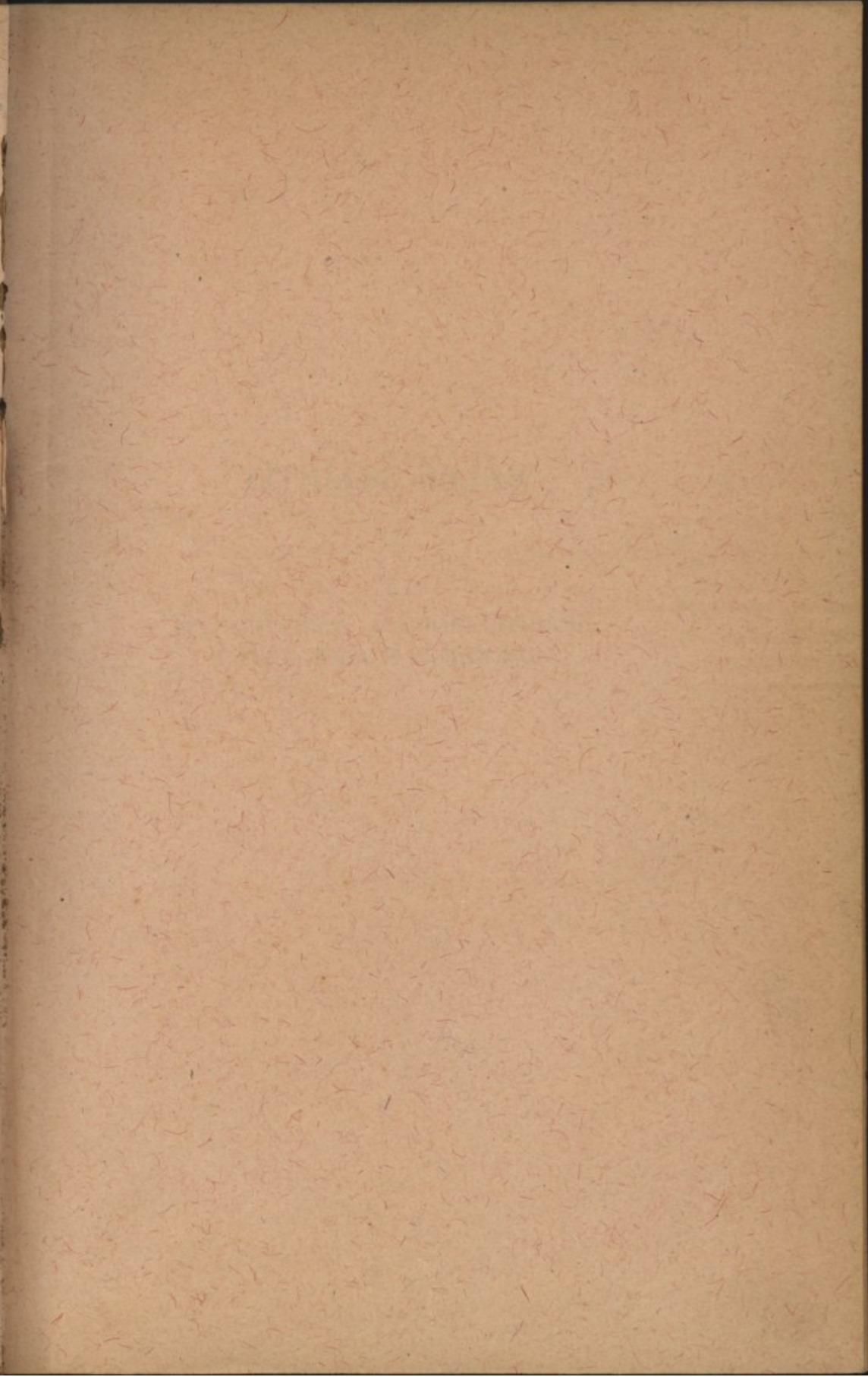
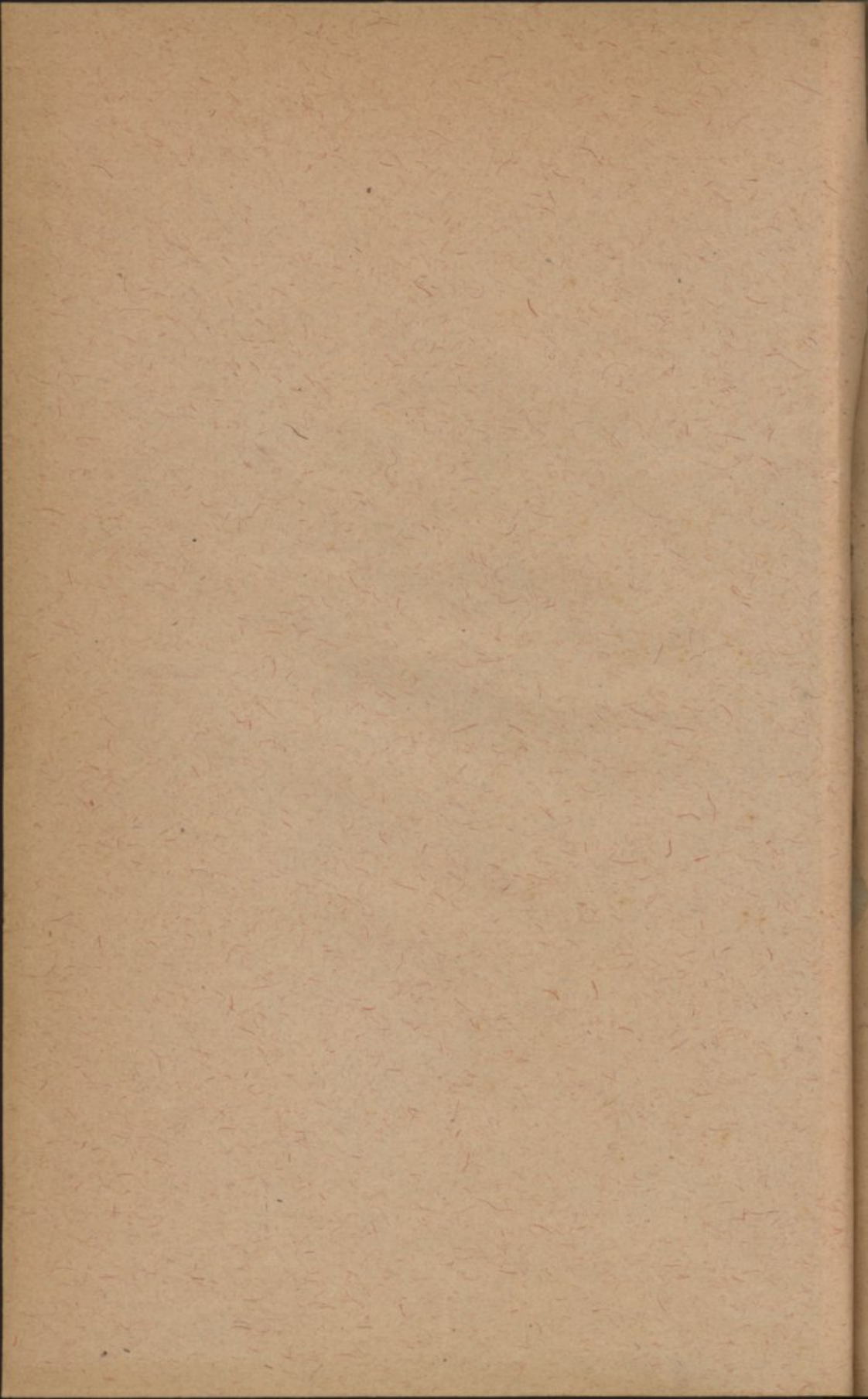


Sala 5
Gab. —
Est. 56
Tab. 8
N.º 7







LITHIASE BILIAR

—

I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASE,
PATHOGENIA E SEMIOLOGIA

REVISED EDITION

LITHIASIS BILIAR

INTRODUCED BY HENRI THIASI
FABRICIUS DE HALL



CHICAGO
PUBLISHED BY THE AUTHOR

ALVARO DE MATTOS
Licenciado em Medicina

LITHIASE BILIAR

I

INTRODUÇÃO À CHOLELITHIASE,
PATHOGENIA E SEMIOLOGIA



COIMBRA
IMPRESA DA UNIVERSIDADE
1909

LETTRESE BILLY

PROFESSOR DE MEDICINA
EQUIVALENTES BARRAS
PROFESSOR DE MEDICINA

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

A. M. P. 1885

A meus Paes

PREFACIO

Estimada familia, he aqui a obra que he o resultado
do meu trabalho de professor de medicina durante
o anno de 1865. A escolha do titulo, he de
primitiva, porque he a primeira que se escreveu
na medicina, e que tem a honra de ser a mais
antiga cirurgia de hebraico. He a obra de outro
autor, e alguns elementos de hebraico para a
deprehensão da obra. He o resultado do meu
trabalho de ensinar a lingua hebraica, e de
cursos de hebraico, e de hebraico e de
hebraico e de hebraico. He o resultado do
especialmente a hebraico e de hebraico e de
hebraico e de hebraico.

PREFACIO

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

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

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

É o que se depreheende das considerações geraes

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

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

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

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

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

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

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

PLANTAGE BILL

CHAPTER I

INTRODUCTION

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

1. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

2. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

3. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

4. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

5. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

6. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

7. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

8. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

9. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

10. The Government may, by order, declare any plantation to be a plantation within the meaning of this Act, and may also declare any plantation to be exempted from the operation of this Act.

LITHIASE BILIAR

CAPITULO I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sabe-se modernamente que as mulheres formam

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

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

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

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

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

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

thologico semelhante, consecutivo a uma forte colica nephritica.

2. Occlusão intestinal aguda dependente de:

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

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

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

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

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

7. Aperto do canal cystico, ou do choledoco.

8. Abscesso do figado.

9. Abscesso peritoneal localizado.

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

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

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

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

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

Total 129 affecções do pancreas,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

curada, uma das suas mais interessantes características clinicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bloch, de Berlin, iniciou outra phase em 1774,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sobre outros trajectos fistulosos de ponto de partida vesicular.

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

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

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

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

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

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

Drenagem secundaria do canal hepatico.

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

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

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

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

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

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

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

Em nada mais insistirei...»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O diagnostico foi incerto até ao ultimo momento.

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

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

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

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

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

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

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

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

Encerramento do ventre.

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

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

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

Segue-se a technica rigorosamente:

20 horas depois da reacção:

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

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

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

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

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

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

Diagnostico : Carcinoma do pancreas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O nosso caso é ainda digno de nota porque :

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

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

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

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

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

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

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

TABELLA I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELLA III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cholecystotomia

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

mortalidade

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

Choledocotomia e duodeno-choledochotomia

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

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

Cholecystectomy

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

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

Cholecystenterostomia

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

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

Cholecystenteroŕstomia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Cholecystectotomias: 5 casos, todos curados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 27 Cholecystostomias.
- 3 Cholecystostomias e cysticotomias.

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

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

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

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

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

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

Em 1904: 50 operações com 7 casos mortaes.

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

..

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

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

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

Kehr, apreciando esta tabella global (1901 a 1906)

Em 1905 : 65 casos, sendo 6 mortaes.

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

Em 1906 : 48 casos, sendo 5 mortaes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cholecystendyse e pyloroplastia	1
Cholecystostomia num só tempo	9 (3 casos mortaes)
» a dois tempos	3
Cholecystectomy	32 (2 " ")
Cholecystectomy e appendicectomy..	1
Drenagem do hepatico, sem outra in- tervenção	2
Cholecystendyse e drenagem do he- patico	1 (1 caso mortal)
Cholecystostomia e drenagem do he- patico	3 (1 " ")
Cholecystectomy e drenagem do he- patico	21 (2 casos mortaes)
Cholecystoduodenostomia	2 (1 caso mortal)
Cholecystectomy e hepaticoduodenos- tomia	1
Cholecystostomia e choledocoduode- nostomia	1
Drenagem do hepatico e cholecysto- gastrostomia	1 (1 " ")
Hepatocholangioduodenostomia	1 (1 " ")
Gastroenterostomia	1
Laparotomias exploradoras	10 (2 casos mortaes)
Total	102 (14 " ")

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

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

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

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

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

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

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

Mortalidade global 20,9 %.

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

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

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

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

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

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

A enumeração das 1.228 operações consta da seguinte tabella:

Cystostomias.....	384
Cystectomias.....	598
Choledocotomias.....	211
Anastomoses.....	13
Ruptura de adherencias....	22
Total.....	1228,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anteriormente tinham sido publicadas em França outras estatisticas.

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

Em 11 doentes havia ictericia.

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

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

No terceiro caso resultou a morte de accidentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

garização da magistral obra de Kehr entre os franceses

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

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

Distribuem-se estas choledocotomias da seguinte forma:

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

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

c) 6 choledocotomias, com angiocholite: 3 mortes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) 1 choledocotomia com cholecystostomia. Cura.

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

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

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

As intervenções cirurgicas de Quénu sam das

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A estatistica de Duval, que apresentou ao Con-

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

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

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

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

Mas na serie de Lisboa, organizada pelas theses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observação I. (Prof. Cabeça).

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

Morte em 4-8-98.

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

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

Não poudo fazer autopsia.

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

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

Entrada a 23-11-99.

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

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

29. — Menos dôres e tem urinado pouco.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. — Calculos e sahida abundante de bilis.

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

9. — Não sahe bilis nenhuma.

24. — Alta.

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

Cholecystite supurada.

Cholecystostomia a 26-1-1900.

Cura a 17-2-900.

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

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

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

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

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

Penso aseptico.

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

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

Observação IV. (Dr. Arthur Ravara).

Angiocholecystite, calculo da vesicula biliar.

Cholecystostomia, em 28-5-99.

Cura da fistula biliar, cinco mezes depois.

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

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

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

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

Em junho de 1900 a cicatriz estava bastante resistente.

Observação V. (Prof. Cabeça) (1).

Ictericia chronica (320).

Cholecystostomia em 10-10-98

Cura com fistula em 25-10-98

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

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

Observação VI. (Prof. Cabeça).

Lithiase biliar (407).

Cholecystostomia em 6-9-99.

Cura com fistula em 7-11-99.

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

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

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

Observação VII. (Prof. Cabeça).

Lithiase biliar (436).

Cholecystostomia em 8-1-900.

Cura em 25-2-900.

Calculo amarello unico do volume de uma amendoa.

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

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

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

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

Mais tarde, tive conhecimento da interessante

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

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

Observação V (Prof. José Gentil)

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

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

Ataques mais ou menos intensos com intervallos de mezes.

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

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

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

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

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

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

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

Observação VI (Dr. Hermano de Medeiros)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observação X (Prof. Cabeça)

(499)

«*Calculos biliares*

Cholecystostomia em 27-10-1900

Cura em 20-1-1901.

Drenagem mediata com tubo e gaze.

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

Observação XI (Prof. Cabeça)

(571)

«*Calculo biliar*

Cholecystostomia em 20-4-1901

Cura em 5-5-1901».

Observação XII (Prof. Cabeça)

(631)

«*Calculos biliares*

Cholecystostomia em 27-10-1901

Anna Miranda, 77 annos casada, domestica.

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

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

Observação XVIII (Prof. Cabeça).

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

Cura com fistula em 20-2-1901.

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

Observação XXI Prof. Cabeça

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

Cura operatoria em 3-2-1902.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sutura do peritoneo á parede abdominal com drenagem.

Cura em 12-3-1902.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Incisão ao longo do rebordo costal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cholecystostomia em 1-7-1903.

Incisão parallela ao rebordo costal.

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

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

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

A fistula dá saída á bilis d'aspecto normal.

Esta doente conserva-se ainda na enfermaria»— .

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

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

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

Em creança teve sarampo e mais tarde sezões.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cura com fistula em 10-9-1902.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O sr. Dr. Franchini refere os seguintes casos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

PATHOGENIA DA CHOLELITHIASE

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

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

Outro tanto affirma a escola de Gilbert doutra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O exame da pelle revela, finalmente, com fre-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

cholemia anteriores aos primeiros symptomas do kysto hydatico do figado.

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

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

Pathogenicamente tambem o valor deste terreno biliar é muito discutivel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mas esta conclusão não é acceitavel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sôro albuminoso artificial:

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

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

Reagente azotico nitroso:

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

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

O frasco que contem este reagente deve estar cuidadosamente fechado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Até para a propria escola de Gilbert teem aquelles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

embora com quantidades minimas de pigmentos biliares.

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

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

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

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

hypotheses, que podem averter-se sobre as intoxicações nos hepáticos.

A presença dos elementos da bilis no sangue não póde explicar a produção destes symptomas. Com effeito a intoxicação experimental pelos cholatos não resulta comparavel aos phenomenos da ictericia grave, podendo faltar naquella as intensas convulsões, a agitação e a febre. De resto observam-se estes symptomas em doenças quasi anictéricas, onde porém as cellulas hepáticas attingem o maximo de degenerescencia e de destruição, não sendo pois as condições favoraveis para a produção de grandes quantidades de cholatos. É a destruição das cellulas hepáticas que deve ter grande valór, sendo conhecidas as importantes e variadas funções do figado no metabolismo. Nalguns casos interveem ainda factores de ordem infecciosa; exemplifica Krehl com a atrophia amarella aguda do figado, que Meder e Marchand attribuem a processos bacterianos, e com a infecção das vias biliares na retenção biliar chronica. Taes sam algumas das eventualidades a considerar, não se tratando talvez de processos univocos.

Pelo que diz respeito aos estados hemorrhagicos tambem é manifesta a incongruencia entre a intensidade da ictericia e a presença de cholatos no sangue, por um lado, e a produção dos phenomenos hemorrhagicos por outro.

É de ha muito conhecido o facto de numerosos ictericos apresentarem grande tendencia para hemorrhagias, que, ou se produzem espontaneamente evolucionando sob o quadro duma diathese hemorrhagica, ou apparecem durante intervenções cirurgicas e por vezes como consequencia immediata destas. As hemorrhagias cholemicas dos hepáticos, rebeldes á therapeutica hemostatica apesar dos progressos incertos que neste sentido teem sido realizados, sam tanto mais delicadas na prática cirurgica que faltam por vezes, antes da operação, quaesquer signaes que levantem a suspeita duma hemophilia

icterica. A maior parte dos ictericos não apresenta com effeito manifestações algumas de diathese hemorrhagica, tendo sido notado que a tendencia para as hemorrhagias, tanto quanto se pôde concluir da experiencia clinica, de modo nenhum se revela com o seu maximo de intensidade naquelles doentes em que a ictericia mais se accentua; pelo contrario, bastante independente do grau de ictericia, tem-se manifestado aquella tendencia electivamente nos casos designados como de ictericia grave, cholemia da nomenclatura alemã. Esta designação de cholemia, como Quincke muito bem accentua na Encyclopedia de Nothnagel, presta-se a confusões; com effeito pôde considerar-se assente a noção de que o excesso de acidos biliares no sangue não é o factor unico, nem tam pouco decisivo, na producção deste complexó symptomatico, mas que um desvio funcional do figado determina a formação de productos toxicos, por emquanto desconhecidos, que promovem o estado morbido que a escola alemã tem designado sob o nome de cholemia. Dahi a substituição proposta por Quincke que preferiu designar este estado morbido por intoxicação hepatica.

As hemorrhagias cholemicas acompanham-se de lesões sanguineas que a litteratura francêsa geralmente reporta a um trabalho de Emile-Weil (1) que reconheceu o atraso da coagulação do sangue nos estados hemorrhagiparos, suppondo em causa perturbações funcçionaes ou alterações hepaticas primitivas ou secundarias.

Era porém aquisição scientifica antiga da escola

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

de Schmidt que os saes biliares retardam notavelmente a coagulação do sangue. Esses trabalhos fôram parcialmente confirmados por Morawitz e Bierich (1) que publicáram sobre a pathogenia das hemorrhagias cholemicas uma importante memoria elaborada na Clinica medica de Strassburgo, nesse tempo dirigida por Krehl.

Sam as seguintes as conclusões deste documento classico.

Em muitos ictericos, provavelmente na maioria, é normal a duração da coagulação do sangue, não ha tendencia para hemorrhagias. Nos cholemicos em que se revela uma tendencia para hemorrhagias, encontra-se fortemente diminuida o coagulabilidade do sangue, frequentemente de 3 vezes o normal. Este atraso da coagulação não póde reportar-se a uma acção directa dos saes biliares, porque, em primeiro logar, nem sempre se póde estabelecer uma coincidencia deste phenomeno com a intensidade da ictericia, e, em segundo logar, dá-se a acção anti-coagulante da bilis e dos cholatos apenas numa concentração tam elevada, como nunca se attinge no sangue. (O mecanismo do obstaculo á coagulação constituido pelos cholatos corresponde ao dos saes neutros, portanto, não a quantidade, mas a concentração dos cholatos é que se torna decisiva, dando-se em primeiro logar um obstaculo á produção do fibrinfermento).

O atraso da coagulação na cholemia tambem não resulta da falta de fibrinogenio, mas da produção lenta do fibrinfermento. Parece tratar-se especialmente duma falta de thrombokinese.

Para a explicação da diathese hemorrhagica dos ictericos é indispensavel admittir alterações vasculares. É provavel que exista uma dependencia, ainda desconhecida, entre a diminuição de coagulabilidade e lesões vasculares.

O atraso na coagulação consecutivo a desvio funcional do figado obedece a um mecanismo diverso daquelle que se realiza

(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.

na coagulação retardada dos cholemicos. É portanto provavelmente indirecta a relação entre as affecções hepaticas e a diathese hemorrhagica e atraso de coagulação nos cholemicos.

Embora a causa do impedimento relativo da coagulação se não possa procurar directamente nos cholatos, é porém possível que a intensidade ou a duração da ictericia influa por alteração do sangue ou dos vasos na produção das hemorrhagias cholemicas.

Regeitada a supposta cholemia physiologica da escola de Gilbert, analysada a cholemimetria de Gilbert, Herscher e Posternak, a substituir com vantagem pela technica de Hamel-Posselt nos casos raros em que se torne necessario confirmar pelo laboratorio o diagnostico clinico da presença de elementos biliares no sangue (1), e apresentado o conceito de cholemia segundo a nomenclatura alemã, analysemos a noção da cholemia simples familiar, que, pretendendo explicar toda a pathologia hepatica, a pouco ou nada se reduz sob esse ponto de vista.

Gilbert, desejando tudo abranger na sua concepção proteiforme da cholemia simples familiar, que é afinal tudo quanto ha de mais complexo, vae a ponto de attribuir tambem ao grau immediato de cholemia, à ictericia chronica simples, uma grande importancia para as determinações morbidas do figado.

Ora succede, como veremos, que Chauffard (2) deu a demonstração pathogenica do character hemolytico dalgumas ictericias anatomo-pathologicamente

(1) Como não aceito a cholemia physiologica, inutil será acrescentar a este respeito, como se lê sempre nos trabalhos da escola de Gilbert, cholemia pathologica.

(2) Chauffard, *Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte*. Semaine Médicale, 1907, pag. 25 a 29.

descriptas por Minkowski (1), Vaquez e Giroux (2), e comprehendidas sob a rubrica ictericia chronica simples, uma das hypercholemias de Gilbert.

Dahi resultou que Gilbert, talvez para conservar a unidade das suas hypercholemias, passou a admittir para ambas uma hyperhemolyse como seductora hypothese, abandonando assim a sua primitiva opiniao segundo a qual a cholemia familiar e a ictericia chronica simples teriam por causa uma menor vitalidade dos ductos biliares, uma tendencia para formas ligeiras de angiocholite chronica, e talvez ainda um desvio congenito na funcção do parenchyma hepatico.

Suppõe-se num artigo de Starkiewicz (3), de janeiro deste anno, que Gilbert ainda se circum-screve á sua opiniao inicial, pois se diz: — «Quant à l'étiologie de leurs observations, M. M. Gilbert et Lereboullet tendent vers la théorie de Hayem-Lévy, infection légère de fines voies biliaires, assez forte pour provoquer la cholémie, mais pas suffisante pour causer la cholurie» —.

Mas a verdade é que Gilbert tem admittido desde 1907 (4), como hypothese pathogenica, a hemolyse e a tendencia hereditaria congenita para uma excessiva

(1) Minkowski, *Ueber eine eigentümliche hereditäre Form von Splenomegalie mit chronischem Ikterus*. Verhandlungen des 18. Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden 1900. Semaine médicale, 1900, pag. 149.

(2) Vaquez et Giroux, *Ictère chronique acholurique avec splénomégalie; ses relations avec l'anémie hémolytique*. Semaine médicale, 1907, pag. 551.

(3) Starkiewicz, *Sur la pathogénie de l'ictère acholurique congénital*. Revue de Médecine. Paris, 10 de janeiro 1909, pag. 68.

(4) Gilbert, *Les trois cholémies congénitales*. Soc. méd. des hopit. 15 de novembro 1907. Semaine Médicale, 1907, pag. 563.

destruição sanguínea e resultante hyperprodução biliar. A estados hyperhemolyticos graduados corresponderia primeiro a cholemia familiar, depois a ictericia chronica simples, que apparece para Gilbert como exagero em dois graus do supposto estado physiologico.

Ora Chauffard affirma num artigo recente (1) que a theoria hemolytica não abrange a cholemia familiar, cuja pretendida autonomia clinica o autor de resto acceta.

Nestas condições, o que pensará actualmente Gilbert, como conceito pathogenico, da sua cholemia familiar?

Voltou muito simplesmente á sua primitiva opinião, como deprehendo dum relatorio recente (2), no qual a cholemia simples familiar reaparece como constituindo o terreno por excellencia da diathese de auto-infecção, admittindo-se a eventualidade da cholemia simples familiar ser a expressão duma auto-infecção já realizada.

Tanta fluctuação de opiniões não depõe muito, a meu vêr, a favor dum typo clinico cuja autonomia se pretende affirmar, um pouco *a priori*.

De resto, assim como a pathogenia dissociou o supposto bloco — cholemia simples familiar e ictericia chronica simples — desfazendo tambem, como veremos, a supposta unidade nosologica desta ultima, assim tambem tenho a impressão de que a clinica

(1) Chauffard, *Les ictères hémolytiques*. Semaine médicale, 1908, pag. 52.

(2) Gilbert, Carnot e Jomier, *Traitement de la lithiase biliaire*. Congrès français de Médecine. Dixième session. Rapports. pag. 174, Genebra, setembro de 1908.

promove o desmembramento do hybridó conceito que a cholemia simples familiar representa.

Neste desmembramento, que no estado actual julgo poder esboçar, e que de futuro, com toda a probabilidade, se ha-de confirmar, figuram, a meu vêr, tambem os estados hemorrhagiparos, cujo estudo se inicia, merecendo as geraes attenções de clinicos e experimentadores.

E assim, se a escola de Gilbert inscreve no quadro da cholemia simples familiar, como dissemos (pag. 107), uma tendencia especial para as hemorrhagias, e aventa a hypothese de que muitas fórmas de hemophilia, pathogenicamente quasi desconhecida até ha pouco, deveriam antes ser consideradas como casos de cholemia familiar de fórma hemorrhagica, deve oppôr-se a estas considerações — por um lado a noção clinica e experimental da incongruencia entre a intensidade da ictericia e a diathese hemorrhagica, que frequentemente tambem complica a cholelithiase, sendo portanto encontrada na supposta cholemia simples, e — por outro lado a conclusão de que trabalhos modernos deixam antever a pathogenia da hemophilia, que parece sahir do estreito ambito duma doença do sangue para constituir não um episodio da cholemia simples familiar, mas uma anomalia commum a todos os tecidos do organismo, e que consistiria num desvio da actividade chimica e fermentativa do protoplasma.

Com effeito, um trabalho recente de Morawitz e Lossen (1) da Clinica medica (Krehl) e da Clinica

(1) Morawitz e Lossen, *Ueber Hämophilie*. Deutsches Archiv

pediátrica (Feer) de Heidelberg, apresenta elementos importantes para o estudo deste delicado problema, que tem sido bastante prejudicado pelo desconhecimento exacto do mechanismo da coagulação normal do sangue, apesar das acquisições scientificas de Schmidt, Hammarsten, Arthus, Fulde e Spiro, e Morawitz.

Fõram os recentes trabalhos de Sahli (1) e de Weil (2), mas especialmente os de Sahli, que iniciáram os progressos na pathogenese da hemophilia, reconhecendo-se em casos typicos de hemophilia hereditaria o atraso da coagulação do sangue.

Sahli formulou a suspeita de que a menor coagulabilidade do sangue na hemophilia resulta de anomalias na producção do fibrinfermento. Por exclusão de partes, admittiu Sahli a hypothese de que, entre os factores necessarios para a formação de fermento, apenas a thrombokinase (substancias zymoplasticas de Alexandre Schmidt) fornecida pelas cellulas, se produz na hemophilia com excessiva lentidão ou em quantidade insufficiente; embora formule outras eventualidades é esta a hypothese que considera mais provavel.

Weil suppõe porém que uma parte das manifestações, especialmente a coagulação retardada, depende da presença no sangue de substancias que se oppõem á coagulação.

Dahi o interesse do citado trabalho de Morawitz e Lossen sobre a conhecida familia Mampel de Kirchheim (arrebaldes de Heidelberg), que desde 1827 tem sido objecto de investigações sobre a hemophilia.

für klinische Medizin. 94. Band. 1. u. 2 Heft., pag. 110.— 15 de setembro de 1908. Desenvolvimento duma communicação anterior: Morawitz e Lossen (Heidelberg), *Untersuchungen an einem hereditären Bluter*. Verhandlungen des 25. Kongresses für innere Medizin, pag. 552.— Vienna d'Austria, abril de 1908.

(1) Sahli, *Ueber das Wesen der Hämophilie*. Zeitschrift für klinische Medizin. 56. pag. 264 (citado por Morawitz).

(2) Weil, Société médicale des hopitaux de Paris. 26 de outubro de 1906 e 18 de janeiro de 1907.

A recente memoria de Morawitz e Lossen insere, com effeito, a confirmação experimental da hypothese inicialmente emittida por Sahli, de que na hemophilia se dá um obstaculo á produção de fibrinfermento por falta de thrombokinase. Trata-se por tanto, em principio, da mesma lesão que Morawitz e Bierich, num trabalho já citado (pag. 127), reconhecêram na diathese hemorrhagica dos cholemicos. Lá, como aqui, levanta-se o problema de saber se esta anomalia do sangue é a causa unica da hemophilia ou se não haverá paralelamente alteração vascular.

Embora se não possa afirmar por emquanto que a falta de thrombokinase no sangue dos hemophilicos é a causa unica da hemophilia, parece comtudo que se trata do factor o mais importante na pathogenese da hemophilia. Este dado é de toda a importancia, pois que a thrombokinase ou as substancias de acção semelhante não se encontram sómente no sangue, mas representam tambem productos protoplasmaticos geraes, tendo sido encontrados em todos os tecidos onde a sua investigação tem sido feita (Rauschenbach, Morawitz, Nolf).

Ha portanto na hemophilia um desvio chimico (fermentativo) hereditario do protoplasma dos elementos figurados do sangue, mas talvez tambem das cellulas de todo o organismo. Esta viciação traduz-se por um enfraquecimento da acção coagulante das cellulas (falta de thrombokinase). As substancias que retardam a coagulação não desempenham papel algum na pathogenese da hemophilia; inclusivamente parece que faltam ou que se encontram diminuidas no sangue dos hemophilicos as substancias, normalmente existentes, que retardam a coagulação.

A incerteza da synthese nosologica de Gilbert, que estamos analysando, decorre evidente da seguinte noção á qual nos referimos (pag. 104) traçando o quadro da cholemia simples familiar.

Segundo Lereboullet, poderia a cholemia pathologica excepcionalmente faltar ou conservar-se minima, em consequencia de certas condições, taes como a tuberculose, a acção do tratamento e finalmente a insufficiencia hepatica, que determinaria um grau mais ou menos accentuado de acholia pigmentar; a

cholemia poderia tambem por vezes ser intermitente.

Portanto, se na cholemia simples familiar pôde faltar o unico symptoma que tem sido considerado constante — a cholemia, se a cholemia simples familiar é a expressão concreta do terreno hepatico de Glénard (como pretende Ridnick), e se é a condição clinica que precede a cholelithiase, a cirrhose, o carcinoma e o kysto hydatico do figado, mais ampla se torna a noção nosologica em analyse.

Consideremos successivamente estes diversos aspectos.

Ha uma critica, em parte exagerada, de Gautrelet com a qual não posso concordar completamente. O conhecido analysta de Vichy escreve (1): — «La réaction analytique: coloration bleue de l'urine en présence d'acide nitrique nitreux a, en effet, prêté à une confusion regrettable.

Elle a fait édifier au professeur Gilbert toute une théorie pathogénique qui, à mon sens, pêche absolument par la base; je veux parler de la cholémie familiale.

Pour le professeur Gilbert tout individu offrant dans son sang ou dans son urine une coloration bleue en présence de l'acide nitrique nitreux fait de l'ictère, qui est acholurique si cette réaction se manifeste seulement dans le sang et non dans l'urine.

Eh! bien, pour moi, l'ictère acholurique n'existe pas!

Toutes les fois que la coloration verte seule

(1) Emile Gautrelet, *Physiologie urosémiologique*. Paris, 1906, pag. 132.

caractéristique des pigments biliaires en présence de l'acide nitrique nitreux est trouvée dans le sang, on la retrouve aussi dans l'urine».

Apesar da consideração que me merecem os trabalhos de Gautrelet, não posso concordar com estes dois ultimos periodos, poisque varias vezes tive occasião de verificar o contrario. Assim, por exemplo, num caso de cholelithiase antiga, da clinica do sr. Prof. Daniel de Mattos, foi possivel constatar por um lado a ausencia de pigmentos biliares na urina (1), e por outro lado a presença da coloração verde, typica da reacção de Gmelin, no sôro do sangue, correspondendo até a cholemia neste caso á elevada concentração relativa de 21% ou 1 para 1.900 de concentração absoluta (technica de Gilbert e Herscher) e a uma coloração icterica muito accentuada nos tubos centrifugados (technica de Posselt).

Existe portanto a chamada ictericia acholurica, e a escola de Gilbert teve o merito de chamar a attenção para a sua frequencia, embora creando a discutivel entidade nosologica cholemia simples familiar.

É tambem apenas parcialmente verdadeira a apreciação clinica que Gautrelet faz da ictericia familiar.

Com effeito, diz Gautrelet, que a leitura do conjuncto dos diagrammas dos diversos autores, que teem escripto sobre a cholemia familiar, revela não só congestão hepato-esplenica, mas tambem

(1) Analyse completa praticada pelo sr. Charles Lepierre, Chefe do Laboratorio de Microbiologia e Chimica biologica.

augmento de volume do baço incidindo especialmente sobre a sua extensão em altura.

Gautrelet, considerando com Bianchi este ultimo signal como pathognomonic da syphilis, conclue nos seguintes termos: — «Pour moi, donc, l'ictère familial serait un trouble fonctionnel hepato-splénique d'origine syphilitique par hérédité, puisqu'on le trouve chez de tous jeunes enfants».

Embora convencido de que muitas observações, em que tem sido feito o diagnostico de cholemia simples familiar, não passam de casos de syphilis congenita, não aceito, porém, de modo algum a identificação entre a syphilis e a cholemia familiar, complexo clinico que comprehende varios outros estados morbidos.

Assim, por exemplo, não só por syphilis hereditaria, mas tambem por anomalias congenitas, por vezes familiares, das vias biliares tem sido descriptas formas familiares de ictericia congenita, nas quaes a necropsia tem permittido reconhecer: angiocholecystite, obliteração do choledoco e do hepatico, dilatação das vias biliares, cirrhose biliar secundaria.

Menciona casos antigos dessa ordem uma estatistica de Courvoisier (1), em que sam incluidos 17 com obliteração congenita do choledoco, 15 do hepatico na sua maioria com oclusão do choledoco. Casos semelhantes se encontram em Harley (2) e numa recente observação de Glaister relativa a uma

(1) Courvoisier, *Zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*, Leipzig, 1890.

(2) Harley, *Die Leberkrankheiten*, Leipzig, 1883.

familia, na qual entre 8 creanças morreram 5 por occlusão congenita do choledoco, sem que na familia houvesse syphilis.

Mathieu (1) dedica uma interessante memoria a estas anomalias congenitas, e Würtz (2), referindo um caso de fórma hemorrhagica, conclue, com Beneke (3) que a atresia das vias biliares principaes não é uma determinação heredo-syphilitica, mas uma anomalia congenita.

Mas, a meu vêr, grande numero de observações da chamada cholemia simples familiar sam casos nitidos de cholelithiase, isto é, de cholecystite com ou sem angiocholite, pois que, como veremos, é insubsistente a distincção entre lithiase septica e lithiase aseptica.

Antecipando conclusões, reconheço com effeito que a cholecystite pôde determinar a cholelithiase e esta, por seu lado, produzir novamente cholecystite recidivante.

Os dois conceitos, cholecystite e cholelithiase, combinam-se por tal fórma que a inflammação primitiva da vesicula biliar pôde ser clinicamente indifferençavel da cholecystite calculosa, embora esta possa, por vezes, diagnosticar-se pelas colicas biliares anteriores.

Na grande maioria dos casos parece tratar-se de

(1) Mathieu, *Rétrécissemens non néoplasiques des voies biliaires principales*. Revue de Chirurgie 1908, tome XXXVII, n.º 1.

(2) Würtz, *Eine Missbildung als Ursache unstillbarer Blutung beim Neugeborenen*. Medizinische Klinik, 27 de dezembro de 1908.

(3) Beneke, *Die Entstehung der kongen. Atresie der grossen Gallengänge*. Marburg 1907.

cholecystite calculosa, mas a cholecystite e a angiocholite sem lithiase tendem a perder muito da sua supposta raridade, como parece resultar, por exemplo, de dois trabalhos da Clinica cirurgica de Riedel (1), um de junho de 1908 e outro de ha poucos dias. Aos ultimos 65 operados de Riedel com lithiase biliar, contrapõem-se no mesmo periodo 11 doentes com cholecystite acompanhada ou não de angiocholite mas sem concreções; destes 11 doentes soffriam 5 de cholecystite, 6 simultaneamente tambem de angiocholite, mas nestes ultimos ha dois não operados, faltando portanto a respectiva confirmação do diagnostico.

A leitura das observações clinicas e do quadro nosologico traçado pela escola de Gilbert auctorizame a formular, ácerca das relações entre a cholemia e a cholelithiase, a enunciada conclusão, que as ideias pathogenicas da propria escola tambem confirmam, como se vê pela seguinte passagem de Lereboullet: «a cholemia familiar é a manifestação provavel duma infecção das vias biliares, embora minima», falando-se noutros trechos em angiocholite chronica como conceito pathogenico.

Sendo na minha opinião a cholemia familiar ge-

(1) Riedel, *Ueber Cholecystitis und Cholangitis sine concremento*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 19. Band. Heft 1 (junho de 1908).—*Neue Erfahrungen ueber Cholecystitis und Cholangitis sine concremento*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 29. Band. Heft 2 (maio de 1909). — Riedel lembra porém que é necessario apreciar com reserva os primeiros casos. Assim, houve tempo em que, no abdomen, tudo quanto fosse susceptivel de torção se torcia: ansas intestinaes, appendices epiploicos, kystos de ovario, etc; agora só estes é que se torcem.

ralmente uma cholecystite ou uma angiocholite, é claro que não passará duma phantasia considerar, com a escola de Gilbert, a cholemia familiar como o substractum dum supposito terreno hepatico no qual a cholelithiase se desenvolveria.

Se Lereboullet pode affirmar, como dissemos (pag. 106), uma relação entre a appendicite e a cholemia simples familiar, é porque esta ultima abrange, como temos dito, no seu conjuncto de syndromas, numerosos casos de cholelithiase constituída. Ora a coexistencia duma cholecystite e duma appendicite, a cholecysto-appendicite, é por tal fôrma frequente, que se não pôde considerar como casual a associação destas lesões.

Embora tivessem sido descriptos alguns casos de cholecystite sob a fôrma de appendicite, é certo que tinham passado despercebidas as relações entre estas duas localizações infecciosas, assim como a sua associação num mesmo doente.

Parece que Tripier e Paviot (1) fôram os primeiros a mostrar a frequencia e a origem das alterações simultaneas da vesicula e do appendice.

Depois, foi esta interessante questão clinica estudada em França por Dieulafoy (2) e na Alemanha por Becker (3), que reuniu 34 casos de Müller,

(1) Tripier et Paviot, *Peritonite sous-hépatique*, Paris.

(2) Dieulafoy, *Communication sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite*. Académie de Médecine, Séance du 17 juin 1903. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1906, 7^e leçon. — *Manuel de pathologie interne*, 1908, tome deuxième, pag. 957.

(3) Becker, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, janeiro de 1903.

Kehr, Riedel, Czerny, Retter, Sonnenburg, Beck, etc. No anno immediato dedica Levy (1), em these inaugural, um estudo de conjuncto a este importante problema clinico.

Accumulam-se nas revistas scientificas novos casos desta associação morbida, que nada tem de excepcional.

Na minha pequena serie de observações de cholelithiase, inscrevi ha dias um interessante caso de cholecysto-appendicite com evolução alternativa das manifestações vesiculares e appendiculares.

Reservando a analyse pathogenica e semiologica da cholecysto-appendicite para o estudo das complicações da lithiase biliar, limito-me aqui a estas summarias considerações que a aproximação estabelecida pela escola de Gilbert entre a appendicite e a cholemia simples familiar me suggeriu.

Nas mesmas condições desta relação entre a cholemia e a appendicite, tambem não tem valor a affirmação de que a cholemia simples familiar representa o terreno hepatico em que o carcinoma electivameute se produz.

Com effeito, por um lado, numerosos doentes comprehendidos sob o diagnostico de cholemia simples familiar não passam de arthriticos. Ora as relações entre o arthritismo e o carcinoma sam demasiado conhecidas para que seja necessario insistir nellas.

Por outro lado, numerosos cholemicos familiares de Gilbert sam infectados chronicos das vias biliares,

(1) Lévy, *Essai sur la cholecysto-appendicite; association de la cholecystite et l'appendicite*. These de Nancy, 1904.

e sam conhecidas as relações, que já foram enunciadas na pag. 7 sobre a rubrica 19, entre a cholelithiase e o carcinoma.

O cancro das vias biliares attinge de preferencia os doentes que já teem soffrido de lithiase, e a coexistencia das duas affecções tem-se affirmado com tal frequencia, que a maior parte dos autores modernos considera o neoplasma como uma complicação dos calculos.

Assim, por exemplo, relativamente ao cancro da vesicula, sam bastante elucidativos os seguintes numeros da these de Cotte :

Courvoisier:	em	103	casos	de	cancros,	calculos	em	90	casos
Zenker:	»	48	»	»	»	»	»	47	»
Heddacus:	»	24	»	»	»	»	»	21	»
Fleig:	»	107	»	»	»	»	»	100	»
Schubert:	»	17	»	»	»	»	»	16	»
Zanowsky:	»	41	»	»	»	»	»	40	»

Goldammer, da Clinica de Kummell, reconhece que a proporção de carcinomas secundarios á lithiase é de 61,5 0/0, ao passo que Brat apresenta a percentagem de 95 0/0

Tem-se levantado a objecção de que os calculos poderiam ser consecutivos ao tumôr e resultarem do obstaculo ao curso da bilis, causado pelo neoplasma. Mas, segundo Berthold, que se occupou recentemente deste ponto numa dissertação inaugural de Munich, encontram-se calculos em 95 0/0 dos casos de carcinomas primitivos da vesicula, ao passô que esta percentagem é apenas de 15 0/0 aproximadamente nos carcinomas secundarios. Ora, se os calculos fossem consecutivos á lithiase, dever-se-hiam encontrar em proporção igual em ambos os casos.

O terreno hepatico, definido, segundo a escola de Gilbert, pela cholemia simples familiar seria ainda um terreno hydatico.

A referida these de Ridnick, enuncia, com effeito, como dissemos (pag. 111), que os kystos hydaticos do figado não se desenvolvem muitas vezes senão em individuos anteriormente predispostos pela cholemia familiar.

Não me parece que se possa ligar valor a semelhante hypothese.

Diz-se, por exemplo (pag. 73 da these): — «malgré la fréquence relative des causes de contamination, les kystes hydatiques sont dans nos pays relativement rares» — e pretende-se explicar a producção dos kystos, invocando um terreno especial tam frequente que delle se diz (pag. 8): — «Ils (Gilbert et Lereboullet) ont, à ce propos (terrain biliaire), insisté sur l'extrême fréquence de la cholémie simple familiale».

Tambem me não parece demonstrativa a affirmacão (pag. 73) de que tem sido reconhecida a existencia de signaes de cholemia familiar anteriores aos primeiros symptomas do kysto hydatico do figado, pois que se escreve (pag. 15) que os kystos hydaticos exigem por vezes muitos annos para o seu desenvolvimento, e que esta longa latencia explica em parte a raridade do kysto em individuos novos. Como se pôde portanto assegurar que não existia já o kysto na epocha em que se descrevem os symptomas cholemicos, que podem muito bem ser secundarios ao kysto?

Nada mais natural do que a producção de symptomas dessa ordem pela compressão que o kysto realiza, favorecendo tambem esta circumstancia a infecção biliar com todas as suas consequencias;

cholecystite, angiocholite, cholelithiase propriamente dita, cirrhose biliar e carcinoma. Dahi tambem as frequentes combinações entre o kysto hydatico e estas affecções que, a seu turno, quando inicialmente determinadas, tambem podem, é claro, crear por vezes uma predisposição para a echinococose, enfraquecendo o orgão alvejado, o que é diverso do que admittir um terreno hydatico tendó por base a cholemia simples familiar.

Não é muito accentuada a cholemia destes doentes. Assim, por exemplo, numa doente operada, ha mēses, na Clinica cirurgica escolar, por um antigo e volumoso kysto hydatico do figado, reconheci uma concentração absoluta da bilirubina de 1 para 11.400, ou 3,5% de concentração relativa (technica de Gilbert, Herscher e Posternak).

Se a escola de Gilbert invoca a cholemia simples familiar para definir um terreno hepatico favoravel á producção duma cirrhose, é porque se estabeleceu uma confusão deploravel.

Não me refiro a algumas cirrhoses por infecção, que, relacionadas com processos de angiocholite ou de lithiase, sam complicações desses processos inflammatorios, em que a cholemia, em maior ou menor grau, é um frequente episodio da doença.

Tenho em vista o conjuncto de cirrhoses hepaticas para as quaes Gilbert e os seus discipulos julgam dever apresentar a cholemia familiar como factor predisponente, tanto cirrhoses biliares, como cirrhoses chamadas alcoolicas designação a substituir com vantagem pela de cirrhoses toxi-alimentares na nomenclatura de Emile Boix.

A confusão que se estabeleceu foi a seguinte. Como muitos cholemicos de Gilbert sam arthriticos,

que, tanto em França como entre nós, se encontram em grande numero, chegou-se a ponto de considerar a noção de cholemia familiar como a expressão do terreno hepatico concebido por Glenard no estudo do arthritismo, e subordinou-se a cholemia familiar ao arthritismo.

Esta ultima hypothese não é porém accetavel, embora muitos cholemicos sejam arthriticos.

Com effeito o hepatismo de Glenard (1), considerado como desvio chronico da nutrição, que tanto pôde ser hereditario como adquirido, reveste, segundo alguns (2), dois aspectos diversos: 1) a fôrma cholemica, e sob esta rubrica tem sido inscripta a cholemia simplès familiar de Gilbert e Liereboullet, e 2) a fôrma uricemica, que corresponde ao arthritismo dos autores francêses e á antiga lithemia de Murchison (3).

(1) Glénard, *Les ptoses viscérales*, Paris 1899.

(2) Rolleston, *Diseases of the liver, gall-bladder and bile-ducts*. Philadelphia, Nova York, Londres, 1905, pag. 39.

(3) O conceito da lithemia de Murchison (*Croonian Lectures*; Royal College of Physicians, 1874. *Diseases of the Liver*, 1877), admittia um estado de deficiencia congenita, muitas vezes hereditaria, da capacidade hepatica, em virtude da qual as suas funcções estariam sujeitas a perturbações por desvios de regimen. Como resultado desta insufficiencia hepatica produzir-se-hia no figado acido urico, em lugar de urêa, sendo aquelle lançado no sangue. Como consequencias da lithemia, enumerava Murchison estados diversos como dypepsia, constipação, gotta, calculos urinarios, calculos biliaries e doencas renaes agudas e chronicas. Esta theoria, inadmissivel no estado actual, tem comtudo aspectos interessantes, como as relações entre o figado e a gotta. É com effeito conhecida a importancia do metabolismo intermediario na gotta e a interferencia do figado no metabolismo intermediario (Bickel und Wohlgemuth, *Die Rolle der Leber in intermediären Erweisstoffwechsel*. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. Wiesbaden, 1908).

A cholemia familiar e o arthritismo sam portanto apresentados como entidades nosologicas differentes, embora se não possa excluir a eventual combinação do arthritismo com o syndroma cholemico.

Estabelecida aquella supposta relação, comprehende-se pois como a cholemia familiar tambem foi invocada especialmente na pathogenia das cirrroses biliares, como diathese de infecção biliar, devida a uma fraqueza congenita do epithelio dos canaes excretores da bilis, embora, na phrase de Emile Boix, pareça que na pathogenia das cirrroses tudo depende antes da propria cellula hepatica.

É que, dum modo geral, as cirrroses hepaticas teem sido consideradas como produzindo-se nos arthriticos, admittindo Hanot, a caracterizar a diathese, uma vulnerabilidade maior do tecido conjunctivo com tendencia para a hyperplasia, para a transformação fibrosa, vulnerabilidade geralmente congenita, mas por vezes adquirida, como o proprio arthritismo.

Ao lado do arthritismo e da hypothetica diathese de Gilbert figura o interessante conceito de Gioranni que assignala nos cirrhoticos um desenvolvimento anormal da linha xypho-ombilical em relação á linha ombilico-pubica, e que incrimina, na pathogenia das cirrroses, os intensos phenomenos congestivos do figado, quando se realiza este desenvolvimento exagerado do abdomen superior, assim como o chamado lymphatismo hepatico.

Conclue-se pois que faltam por completo elementos para que a cholemia simples familiar possa ser considerada como a expressão clinica dum terreno hepatico no qual tão variadas affecções se manifestariam.

Alguns processos morbidos enunciados pela escola de Gilbert desenvolvem-se de preferencia em terreno arthritico, outros, como a ictericia catarrhal, como a cholelithiase, como numerosas cirrhosos biliars, não precisam de modo algum, para se produzirem, de ter por base qualquer diathese familiar, nem a supposta diathese biliar, restaurada pela escola de Gilbert sob o moderno rotulo de cholemia simples familiar, nem, como veremos, a diathese arthritica.

Por outro lado, não me parece de modo algum accetivel a pretendida autonomia clinica da cholemia simples familiar, nem tam pouco da hypercholemia immediata, a ictericia chronica simples.

Os chamados symptomas secundarios comprehendem elementos clinicos dos mais heterogeneos, alguns dos quaes sam duma origem biliar mais do que duvidosa, tendo-se até invadido os dominios da pathologia mental e nervosa.

A cholemia simples familiar, não passa dum complexo conjuncto clinico, no qual nem sequer a cholemia seria constante, e que se desmembra, a meu vêr, em casos de arthritismo, cholelithiase, estados hemorrhagiparos, syphilis hereditaria, anomalias congenitas, por vezes familiares, das vias biliars, ictericias acholuricas congenitas, das quaes algumas hemolyticas (Minkowski e Chauffard) e fórmas familiares de cirrhose de Hanot atypica (Staples e Rosenfeld), além doutras affecções, porque a clinica progride dissociando as preconcebidas syntheses nosologicas.

Estes ultimos casos de ictericia familiar sam designados na nomenclatura de Gilbert sob a rubrica

de ictericia chronica simples, grau hypercholemico immediatamente superior á cholemia simples familiar.

A leitura do quadro clinico correspondente, na interessante these de Vaury (1), inspirada por Gilbert e Lereboullet, não me permittiu encontrar symptoma algum clinico, que comporte uma distincção nitida entre esta ictericia simples e a cholemia simples dos mesmos autores.

Parece apenas uma differença de grau de cholemia como, de resto, a propria escola de Gilbert dá a entender.

Assim Gilbert, na sua communicação (2) sobre as tres cholemias congenitas (cholemia physiologica, cholemia familiar e ictericia chronica simples), diz que se podem distinguir tres typos de cholemia congenita, correspondentes a tres graus do mesmo estado.

Vaury tambem diz (pag. 16 da sua these) que os dados cholemimetricos (3) sam importantes, pois contribuem para mostrar o logar que se deve attribuir ás ictericias chronicas simples em pathologia biliar. Ao passo que nas cirrhoses biliares a percentagem média da bilirubina contida no sôro seria de 1 para 3.000, seria de 1 para 6.700 na ictericia chronica simples e de 1 para 17.000 na cholemia familiar, o que, segundo Vaury, mostra bem que as ictericias

(1) Vaury, *Contribution à l'étude du foie dans la goutte. Ictère chronique simple et goutte*. These, Paris, 1907.

(2) Gilbert, *Les trois cholémies congénitales*. Société Médicale des Hopitaux. (Sessão de 15 de novembro de 1907). Semaine Médicale, 1907, pag. 563.

(3) Gilbert et Lereboullet, *Bulletin de la Société de Biologie*. (3, 10, 17, 24 de junho de 1905, 1 de julho de 1905).

crônicas estabelecem a transição entre as duas affecções.

Num artigo recente Starkiewicz (1), referindo-se á cholemia simples, emite a opinião de que as conclusões de Gilbert e Lereboullet precisam ainda uma detalhada verificação; em todo o caso, considera como um merito de Gilbert e Lereboullet, o terem chamado a attenção para os estados de cholemia minima, que poderiam ser considerados como o periodo inicial ou a fórma abortiva da ictericia hemolytica de Minkowski. Na 5.^a conclusão diz tambem Starkiewicz que, ao lado das fórmas typicas de ictericia hemolytica de Minkowski, se encontram typos aproximados, e que as investigações ulteriores devem constatar se a doença descripta por Gilbert, Castaigne e Lereboullet, sob o nome de cholemia simples familiar, não representará uma fórma abortiva da ictericia de Minkowski.

De facto já a propria escola de Gilbert fez esta aproximação, pois que a these de Vaury, por um lado, denomina de ictericia chronica simples os classicos casos de ictericia de Minkowski, Bettmann, Kramhals, etc. e, por outro lado, affirma que as ictericias chronicas simples estabelecem a transição entre a cholemia simples familiar e a cirrhose biliar.

Se Starkiewicz, partidario da doutrina hemolytica na concepção pathogenica da ictericia de Minkowski, pretende significar nas suas referidas passagens que talvez de futuro a cholemia familiar possa ser considerada como pathogenicamente dependente de phenomenos de hemolyse, não parece verosimil

(1) Starkiewicz, *Ictère acholurique congénital*. Revue de Médecine, 10 de janeiro de 1909.

semelhante hypothèse, pois Chauffard (1), cujas investigações sobre hemolyse sam universalmente consideradas, não encontrando as características do typo hemolytico, emittiu anteriormente, a este respeito, a seguinte opinião: — «Ce que l'on est également, je crois, en droit de dire, c'est que la cholémie familiale si bien décrite par M. Gilbert (2) et par ses élèves n'est pas absorbée par la théorie hémolytique; elle conserve toute son autonomie clinique, et, pour ma part, j'ai observé des cas indiscutables de cholémie familiale du type Gilbert, dans lesquels on ne pouvait constater ni fragilité globulaire ni hématies granuleuses.» —

Pathogenicamente, porém, a these de Vaury acceita ainda, apesar da sua data recente (1907), pontos de vista que nem mesmo Gilbert, desde 1907, admitte para algumas ictericias chronicas simples, isto é, para as ictericias hemolyticas. Nas pagg. 18 e 19 diz-se com effeito: — «No ponto de vista anatomico, podem distinguir-se dois graus de lesões, conforme ha angiocholite pura, embryonaria ou esclerosada, ou angiocholite com espaço-portite secundaria. No ponto de vista pathogenico, relacionam-se estas ictericias chronicas intimamente, por um lado com a cholemia familiar, por outro lado com as cirrroses biliares. Como ellas, teem provavelmente por origem uma infecção biliar ascendente. A physiologia

(1) Chauffard, *Les ictères hémolytiques*. Semaine Médicale, 1908, pag. 49.

(2) A. Gilbert, P. Lereboullet et M. Herscher, *Les trois cholémies congénitales*. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris, séance du 15 nov. 1907, p. 1203, et Semaine Médicale, 1907, p. 563). — Ce mémoire est suivi de la liste des travaux publiés sur ce sujet par M. Gilbert et ses élèves. (Nota de Chauffard).

pathologica dos symptomas descriptos pôde reduzir-se a quatro elementos: a cholemia cõsecutiva á viciação da circulação biliar; a hypertensão portal devida á viciação da circulação sanguinea; o desvio funcional do figado; e finalmente a toxi-infecção biliar e as auto-infecções simultaneas, taes sam as causas que concorrem a produzir os diversos symptomas das ictericias chronicas simples.» —

Este conceito pathogenico de Vaury não é admittivel no estado actual para todas as chamadas ictericias chronicas simples, tornando-se necessario fazer algumas considerações geraes sobre este ponto, pelas suas relações com a cholemia simples por um lado, e com a cholelithiase por outro, assim como pela sua importancia clinica, porque as ictericias hemolyticas constituem um *noli me tangere* na pratica cirurgica.

Por outro lado tambem os aspectos anatomopathologicos mencionados por Vaury, que descreve sempre lesões de angiocholite, não correspondem rigorosamente ás detalhadas descripções que encontro nas memorias alemãs, por exemplo na de Rosenfeld, e que se referem, em parte, aos mesmos casos clinicos considerados por Vaury, como por exemplo á classica observação de Minkowski, apresentada ao Congresso alemão de Medicina interna em 1900 (1). Com effeito nestas ictericias, quasi sempre congenitas, manteem-se em geral regularmente as funcções chemicas da cellula hepatica, excepto em fórmias graves

(1) Minkowski, *Ueber eine hereditäre, unter dem Bilde eines chronischen Ikterus etc. verlaufende Affektion*. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin, 1900. Semaine Médicale, 1900, pag. 149.

que confinam com a anemia perniciosa de fôrma icterica de Chauffard e Laederich (1). Esta integridade funcional explica-se pelo facto de que estes figados hemolyticos não evolucionam para a infecção angiocholitica nem para cirrhose. É o que resulta das duas unicas autopsias conhecidas, a do referido caso de Minkowski e a de Vaquez e Giroux (2). Em ambos os casos se observou a ausencia de angiocholite e de cirrhose, ao passo que a infiltração pigmentar hepatica era enorme. A siderose renal, reconhecida por Minkowski (3) e a siderose hepatica, sobre a qual especialmente Castaigne (4) insistiu, documentam o processo hemolytico que produz estes estados morbidos.

Chama Chauffard a atenção para uma interessante consequencia destes phenomenos de hemolyse, segundo a qual poderiam produzir-se phenomenos de lithiase. É com effeito sabido que, nestas ictericias hemolyticas, a destruição em massa dos globulos vermelhos modifica o estado da bilis, tornando-a espessa, muito carregada de materias pigmentares, pleiochromica segundo a expressão de Stadelmann. Dahi uma resorpção intra-hepatica desta bilis, assim modificada, tendo a ictericia por origem phenomenos

(1) Chauffard e Laederich, *Etude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse*. Revue de Médecine, setembro 1905.

(2) Vaquez e Giroux, *Ictère chronique acholurique avec splénomégalie*. Soc. Med. des hôpit. 8 de novembro de 1907. Semaine Médicale, 1907, pag. 551.

(3) Minkowski pode extrahir da cinza dum rim meio gramma de ferro.

(4) Castaigne, *Les ictères hémolytiques avec sidérose pigmentaire du foie*. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris. Sessão de 15 de novembro de 1907, pag. 1211.

de hemolyse e um processo secundario de retenção biliar relativa (1). Nestas condições, insiste Chauffard em que o espessamento e a infiltração pigmentar da bilis pôdem, secundariamente, arrastar a formação duma especie de lodo biliar ou de calculos pigmentares, com crises dolorosas muito analogas á colica hepatica. É o que tem sido especialmente observado nas ictericias congenitas do adulto.

Estes casos de cholelithiase, como por exemplo a historica observação de Minkowski com um calculo pigmentar na vesicula, teem todo o interesse embora pathogenicamente nada pareçam significar de angiocholítico.

A pathogenese por hemolyse parece-me perfeitamente aceitavel para uma parte pelo menos destas ictericias chronicas simples, que, com a cholemia familiar, constituem o supposto terreno das hypercholemias de Gilbert, sobre o qual — «evolucionam habitualmente não só as doenças das vias biliares, mas tambem as doenças proprias do figado (2)». —

Como Gilbert distingue nas suas ictericias chro-

(1) Sam as conclusões que se deprehendem das numerosas provas experimentaes das ictericias hemolyticas: injeção de agua nas veias (Hayem), inhalações de hydrogenio asseniado (Naunyn, Stadelmann), e finalmente as experiencias feitas com o veneno icterigenico por excellencia, a toluyelena-diamina, e devidas a Schmiedeberg, Afanassiev e Vast.

Clinicamente, porém, deve-se a Chauffard (*Pathogénie de l'ictère congenital de l'adulte*. Semaine Médicale, 1907, pag. 25 a 29) a primeira demonstração duma ictericia de origem hemolytica, com extrema fragilidade globular, reacção sanguinea inversa daquella que se observa nas ictericias devidas a retenção.

(2) Gilbert, *Les trois cholémies congénitales*. Semaine Médicale, 1907, pag. 563.

nicas simples: uma fôrma pura, sem modificações apreciáveis no fígado e no baço, uma fôrma esplenomegalica, uma fôrma hepatomegalica e uma fôrma hepato-esplenomegalica, — com uma symptomatologia que se confunde com a descripta na cholemia simples, não se pôde é claro affirmar dum modo seguro que todos estes estados morbidos traduzam processos hemolyticos, como Gilbert (1), numa dada altura, chegou a admittir, como dissemos (pag. 129), tornando até a hypothese extensiva á propria cholemia familiar.

Com effeito, por exemplo, Widal e Ravant (2) publicaram ha annos um caso de subictericia congenita do adulto em que a resistencia globular era e se manteve normal.

Assim tambem, por exemplo, os casos recentes de Rosenfeld (3) com ictericia acholurica, e interpretados como fôrma familiar de cirrhose d'Hanot atypica, tam pouco apresentavam alteração na resistencia globular; e approximo deste facto a interessante nota de Chauffard (4) quando este diz que, não sendo a ictericia hemolytica esclerogenica, não será provavelmente por esse lado que se deverá procurar a explicação desta doença duma pathogenia ainda tam duvidosa, a cirrhose biliar hypertrophica de Hanot.

Grande numero de casos de ictericia chronica

(1) Gilbert, *Les trois cholémies congénitales*. Semaine Médicale, 1907, pag. 563.

(2) Widal e Ravant, *Ictère chronique acholurique congénital*. Semaine Médicale, 1902, pag. 392.

(3) Rosenfeld, *Ueber familiären Ikterus*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 8 de abril de 1909, pag. 619.

(4) Chauffard, *Les ictères hémolytiques*. Semaine Médicale, 1908, pag. 51.

simples dependem de phenomenos de hemolyse. Já Minkowski, na sua observação classica, admittia que se tratava duma anomalia na destruição do pigmento sanguineo, talvez subordinada a uma lesão primitiva do baço. Bettmann (1), no mesmo anno, admittia para a sua observação clinica uma origem sanguinea por hemolyse de origem esplenica e pleiochromia biliar. Creado o typo clinico com os seus symptomas, a sua evolução, a sua pathogenia, veio mais tarde a confirmar-se a concepção pathogenica destas ictericias, geralmente familiares (2), por esplenohemolyse.

Abstrahindo de quaesquer theorias, distingue Chauffard duas relações possiveis entre a hemolyse e a hypertrophia do baço.

Numa primeira serie de factos, é a esplenomegalia certamente secundaria, sendo apenas a consequencia de destruições globulares subordinadas a lesões do plasma. É o que acontece, por exemplo, nos accessos de hemoglobinuria paroxysmica, depois das injeções de agua distillada, de séros globulicidas, de venenos chimicos do sangue. Este processo seria indicado pela designação de esplenomegalias post-hemolyticas.

Se pelo contrario se observa a integridade do plasma e do soro, e caso venha a confirmar-se a existencia de lesões histologicas analogas ás descriptas na observação de Vaquez e Giroux, pôde admittir-se

(1) Bettmann, *Ueber eine besondere Form des chronischen Ikterus*. Muenchener medizinische Wochenschrift, 15 de junho de 1900.

(2) Sam excepçoes os casos isolados; por exemplo o de Bettmann e os dois seguintes, o de Strauss, *Ueber erworbene Formen des chronischen acholurischen Ikterus* Berliner klinische Wochenschrift, 1906, n.º 50 e o de Möller, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1908, n.º 36.

que se trata de esplenomegalias hemolysantes, sendo a ictericia congenita do adulto o typo mais completo desta segunda serie de factos.

No ponto de vista hematologico, toda a ictericia que se acompanha de diminuição notavel da resistencia globular, de hematias granulosas attingindo no sangue uma percentagem de 10% pelo menos, e muitas vezes tambem de microcytemia (casos de maior duração) deve ser considerada como uma ictericia hemolytica. A retenção biliar acompanha-se duma fórmula sanguinea inversa: resistencia globular frequentemente augmentada, macrocytemia, e ausencia de hematias granulosas.

Clinicamente tambem a ictericia hemolytica não é uma ictericia do typo de retenção.

A bilis continua a lançar-se no intestino, as materias fecaes não sam descoradas e póde reconhecer-se nellas a presença de urobilina e do seu chromogenio. As fezes podem até ser escuras, carregadas de materias corantes, suppondo Chauffard que será no grupo das ictericias pleiochromicas de Stadelmann que, de futuro, se ha-de encontrar o maior numero de casos de ictericia hemolytica.

Em consequencia desta falta de verdadeira retenção biliar, não se produz geralmente o prurido nem a bradycardia.

O soro encontra-se mais ou menos córado e contém bilirubina; as urinas carregam-se de urobilina, mas a reacção de Gmelin é geralmente negativa, excepto por vezes nos momentos em que a ictericia mais se accentua.

O figado conservaria, segundo Chauffard, um volume normal ou ligeiramente augmentado, e a sua superficie, quando exploravel, não parece endurecida.

O baço, pelo contrario, revela-se hypertrophico, ultrapassa as falsas costellas, apresentando-se facilmente á palpação bimanual; o seu diametro vertical na linha axillar attinge frequentemente 15 centimetros. A esplenomegalia é tanto mais pronunciada quanto mais antiga fôr a ictericia, attingindo portanto as maiores proporções nas ictericias congenitas do adulto e na ictericia chronica esplenomegalica de Hayem.

Completa este esquema de Chauffard uma referencia á habitual integridade funcional da cellula hepatica, aspecto da questão que anteriormente (pag. 150) ficou considerado.

Além deste quadro geral, convém mencionar algumas das differenças apontadas nestas diversas ictericias hemolyticas.

Assim, por exemplo, os ictericos congenitos sam antes ictericos do que pallidos, podendo a coloração da pelle e das conjunctivas attingir o amarello de ouro, mas, não se alcançando, ao que parece, os tons esverdeados ou bronzeados.

Pelo contrario, nos portadores de ictericias hemolyticas adquiridas, fôrmas graves descriptas por Widal e Abrami, sobreleva a pallidez á ictericia, apresentando estes doentes o aspecto de grandes anemicos com sub-ictericia da pelle e das conjunctivas. A ictericia fica como que em segundo plano, destacando a pallidez por vezes quasi cachectica dos tegumentos.

Nos seus casos de 1907 (1), hoje classicos, reconheceu Chauffard a ictericia congenita acompanhada

(1) Chauffard, *Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte*. Semaine Médicale, 1907, pag. 25 a 29.

de diminuição de resistencia dos erythrocytos. A technica empregada, modificação de Ribierre (1) do processo de Hamburger para o estudo dos erythrocytos em solutos hypotonicos, permittiu constatar a fragilidade globular. Affirmou-se tambem a mycrocytemia, reconhecendo trabalhos ulteriores (2) a significação semiologica das hematias granulosas nas ictericias hemolyticas, mero caso particular no estudo complexo das granulações basophilas dos globulos vermelhos, e se, em França, poucos trabalhos teem sido consagrados a este estudo, basta lèr o artigo de Askanazy (3) para reconhecer a riqueza da litteratura alemã sobre o assumpto. Chauffard, que faz estas judiciosas considerações, commenta dizendo que tanto os autores alemães nas suas investigações sobre os ictericos, como os autores francêses nos seus trabalhos sobre a resistencia globular, só encontrâram casos negativos, ictericias catarrhaes ou por lithiase, ictericias das cirrhoses, dos cancos biliares, etc. — Desse acaso resultou a falsa conclusão da não existencia de hematias granulosas nos ictericos.

Actualmente a situação é completamente differente, e a investigação das hematias granulosas constitue um methodo clinico muito seguro, precioso

(1) Ribierre, *L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire*. Paris, 1903.

(2) Chauffard e Fiessinger, *Ictère congénital hémolytique avec lésions globulaires*. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris. (Séance du 8 nov. 1907), pag. 1169. Semaine Médicale, 1907, pag. 551.

(3) Askanazy, *Ueber die Körnung der roten Blutkörperchen bei anämischen Zuständen*. Zeitschrift für klinische Medizin, 1907, LXIV, 3-4.

pela sua simplicidade, pela nitidez dos resultados que fornece (Chauffard) (1). O simples exame dumã preparaçãõ bem feita orienta rapidamente. Se nãõ ha hematias granulosas, tambem a ictericia nãõ é de origem hemolytica; se forem numerosas, por exemplo a 15 0/0, serã a ictericia hemolytica, revelando o exame da resistencia a fragilidade globular (Chauffard).

A importancia prãtica deste assumpto, pelas contraindiçãões cirurgicas que se levantam, pois ainda se nãõ conseguiu consolidar os globulos frageis, a sua subordinaçãõ á ictericia chronica simples de Gilbert, as suas relaçãões com a cholelithiase, sam outras tantas razões que justificam estas linhas, em que summariamente me referi a algumas ictericias hemolyticas, que estã na ordem do dia.

Ha pouco ainda, em 25 de maio, uma revista alemã (2) inseria um novo caso sob varios pontos de vista devãras interessante, pois se afasta do eschema clinico estabelecido por Chauffard.

Com effeito, ao passo que nos casos de Chauffard o figado se mantêm sensivelmente normal, apparecem no caso de Blum symptomas hepaticos nitidos: colicas de lithiase biliar, augmento de volume da vesicula biliar.

Este doente tem tido ictericia congenita com pigmentos biliares na urina; embora estes desaparecessem, persistiu a ictericia. No sangue numerosos

(1) Chauffard, *Les icteres hémolytiques*. Semaine Médicale, 1908, pag. 52.

(2) Blum, *Ueber hämolytischen Ikterus* Muenchener medizinische Wochenschrift. 25 de maio de 1909, pag. 1103.

normoblastos e myelocytos, fragilidade dos erythrocytos, microcytemia, granulação; hemoglobina apenas 50%. Grande esplenomegalia.

Parece portanto que se affirmam as relações entre a cholelithiase e as ictericias hemolyticas. Mas estas representam apenas uma parte da supposta unidade nosologica descripta por Gilbert sob a rubrica de ictericia chronica simples, como grau de hypercholemia immediato á cholemia simples familiar.

Ha finalmente a esse respeito um aspecto da questão, devéras interessante para nós. Refiro-me ás relações entre a cholelithiase e o sezonismo cuja importancia em Portugal desnecessario se torna accentuar.

Á primeira vista deslocado, é este comtudo o logar para se fazer uma referencia ao assumpto, pois que o syndroma espleno-hepatico do impaludismo agudo é muito semelhante ao syndroma das ictericias hemolyticas.

Com effeito, Sacquépée (1) estudou recentemente dois doentes nos quaes, durante a evolução do impaludismo agudo, se revelou uma verdadeira ictericia hemolytica adquirida, com os seus caracteres habituaes: «anemia globular pronunciada, presença de hematias granulosas, diminuição da resistencia globular, especialmente accentuada nas hematias desplasmatisadas; ausencia de microglobulia. No ponto de vista clinico: ictericia acholorica, com esplenomegalia, sem descoloração das fezes».

(1) Sacquépée, *Ictères hémolytiques d'origine paludéenne*. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris (Séance du 23 octobre 1908) pag. 361. — Semaine Médicale, 1908, pag. 527.

Chauffard (1) publicou, em janeiro ultimo, resultados semelhantes, com os caracteres duma ictericia ligeira por hemolyse fraca, passageira como a duração da acção pathogenica, curavel por uma medicação especifica como a infecção de que procede.

O estudo clinico que Chauffard dedica, no mesmo artigo, ao syndroma espleno-hepatico no impaludismo agudo, revela, com nitidez, o figado palustre como um dos mais interessantes exemplos das reacções hepaticas de origem esplenica.

Quando o syndroma espleno-hepatico de Chauffard, — variação volumetrica inversa do baço e do figado, apresentando este uma hypertrophia temporaria no momento em que a esplenomegalia decresce, — se não produz como episodio isolado, mas com a intensidade e frequencia dos países palustres, estabelece-se no figado, parenchyma efferente do baço, duplamente distendido na sua rede vascular pelos materiaes de origem esplenica e pela reacção congestiva que os acompanha, um estado de surmenage funcional e de predisposição morbida, quando não se estabelecem tambem as lesões hepaticas palustres de Kelsch e Kiener. E assim, para Chauffard, pôde a malaria abrir, com excessiva frequencia, a porta de entrada ao abscesso dysenterico.

Estas relações nosologicas afiguram-se-me de toda a importancia, pelo estado de imminencia morbida que no figado se constitue em resultado do impaludismo, e porque tambem me não parece de modo algum indifferente para a pathogenia da

(1) Chauffard, *Le syndrome spleno-hépatique dans le paludisme aigu*. Semaine Médicale, 1909, pag. 25.

lithiase biliar a existencia dum virulento ou frequente sezonismo anterior.

Se este aspecto não resulta das estatisticas alemãs, averiguando-se raras vezes a malaria nos antecedentes pessoas dos cholelithiacos, por exemplo apenas duas vezes numa recente serie (289 casos) de Kehr (1), outro tanto não deve succeder nos países onde o sezonismo é endemico, e nos quaes a determinação hepatica palustre pôde frequentemente preceder a lithiase biliar, de resto favorecida na sua determinação por condições doutra ordem, como a falta de hygiene e especialmente a inquinação das aguas.

É um facto de observação clinica, que numa pequena serie de casos pessoas de cholelithiase já tenho tido occasião de constatar varias vezes.

Por outro lado não julgo demonstrada, nem sequer provavel, a subordinação etiologica da cholelithiase ao arthritismo. Alguns autores affirmam esta relação etiologica sem a menor analyse; tem sido uma especie de postulado, do qual nem sequer Gilbert se emancipou, apesar das brilhantes acquisições scientificas com que este professor contribuiu para a doutrina infecciosa na pathogenia da cholelithiase.

Com effeito, ainda num trabalho recente (2) dá Gilbert todo o valor ao temperamento: — «La lithiase biliaire n'est pas seulement favorisée par les

(1) Kehr, Liebold e Neuling, *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908, pag. 552.

(2) Gilbert, Carnot e Jomier, *Traitement de la lithiase biliaire*. Congrès français de Médecine. Dixième session. Rapports pag. 171. Genebra, setembro de 1908.

conditions d'âge et de sexe; le tempérament exerce aussi sur elle une action certaine de prédisposition».

Fundamenta-se no relatorio esta doutrina, geralmente considerada classica, pelas opiniões de Bouchard sobre o arthritismo, de Glénard sobre o hepatismo, e de Gilbert e Lereboullet sobre a cholemia simples familiar como terreno favoravel ao desenvolvimento da lithiase biliar.

Dissemos o bastante deste ultimo ponto de vista para não termos que considerá-lo novamente neste logar.

Glénard attribuiu á lithiase biliar certas affinidades morbidas, particularmente com a dyspepsia, a obesidade e a diabetes. As relações que ligam entre si estas differentes doenças explicam-se, segundo este autor, por uma diathese commum, que teria a sua origem na perturbação persistentê das funcções do figado, e que Glénard, por este motivo, designa sob o nome de hepatismo.

Ora este hepatismo é, como dissemos (pag. 144), sob um dos seus aspectos, o arthritismo doutros autores. Apert (1), por exemplo, diz: — «O substratum anatomophysiologico do arthritismo é-nos ainda incompletamente conhecido, embora numerosos indices provem que a perturbação primordial reside no intestino e nas glandulas annexas (figado, pancreas). É uma concepção deste genero que levou Glénard a substituir a denominação de arthritismo pela de hepatismo. Pouco importa esta modificação de palavra que o uso de resto não consagrou; nada altera ao fundo das coisas».

(1) Apert, *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*. Paris, 1907, pag. 347.

Sem entrar em apreciações sobre o arthritismo, do qual apenas direi que já se encontra autonomo pelo menos o rheumatismo articular agudo, que foi em tempo o eixo da diathese arthritica, vejamos que valor pôde ter a affirmação de Bouchard para quem a lithiase biliar evoluciona sobre o terreno do arthritismo, diathese que o autor caracteriza, certamente por fôrma muito incompleta, pela bradytrophia.

Bouchard deduziu, desde 1879, pelas suas estatísticas, numerosas afinidades morbidas da lithiase biliar, dizendo, numa passagem reproduzida por Gilbert, que: — «L'affection est le lot de ceux qui ont, ou qui ont eu, ou qui sont destinés à avoir des maladies qu'on voit associées aux calculs biliaires deux fois, trois fois, neuf fois plus souvent qu'aux autres maladies: l'obésité, le diabète, l'eczéma, la bronchite sibilante, le rhumatisme articulaire chronique, le rhumatisme d'Heberden surtout, l'asthme, les névrites, ce qu'on a appelé, ce qu'on appellera encore, les maladies arthritiques».

Reconhecer determinações arthriticas posteriores á lithiase biliar, como parte deste trecho dá a entender, não é porém uma subordinação etiologica da cholelithiase ao arthritismo, e traduz uma eventualidade clinica que se tem realizado. É o que pôde succeder em especial com a gotta, como já tive occasião de observar em dois doentes, nos quaes o rheumatismo caracterizadamente gottoso acaba de associar-se á cholelithiase, em ambos os casos muito antiga.

Mas suppôr necessario o terreno neuroarthritico para a producção duma lithiase biliar, é um conceito muito diverso que importa discutir.

Conheço os interessantes argumentos de Le

Gendre, quando elle diz: — «Admittindo que a presença de microbios na vesicula ahi se torne necessaria para provocar uma cholecystite e a precipitação da cholesterina, o papel da predisposição diathesica, hereditaria ou adquirida pelo modo de vida, explica que todos os individuos cuja bilis foi infectada se não tornem lithiacos»; — e quando accrescenta que a lithiase se encontra nos individuos que teem — «contrariedades, preoccupações, tudo que perturbe a nutrição em geral, e, em particular, a do systema nervoso».

Não pretendo, é claro, negar a influencia do systema nervoso sobre o figado, e tenho até, a esse respeito, observação pessoal dum doente muito nervoso, no qual as colicas hepaticas teem sido sempre provocadas por fortes irritações, havendo tambem no passado deste doente a significativa febre typhoide anterior á cholelithiase declarada.

Mas, salvo coincidencias isoladas e como taes sem valor demonstrativo, não me parece que a cholelithiase exija um terreno neuro-arthritico anterior, sendo conduzido a esta conclusão por varias razões.

Assim, por exemplo, sendo a França a patria dos arthriticos de Bazin, donde temos importado tambem largamente os herpeticos de Lancereaux, os neurasthenicos de Beard, os dilatados de Bouchard, os dyspepticos de Hayem, as enteroptoses de Glénard, não se refere em França, nem tam pouco entre nós, aquelle grande numero de casos de cholelithiase que tanto arthritismo faria prevèr, em harmonia com a concepção de Bouchard.

Sam os proprios trabalhos francêses, por exemplo, a recente these de Cotte, que dizem, embora

com exagero, que a lithiase biliar é muito menos frequente nas raças anglo-saxonias do que nas raças latinas.

Ora na Alemanha, por exemplo, onde tantos casos de lithiase biliar se encontram, não ha positivamente a percentagem de neuroarthriticos da França e de Portugal, a ponto de ser frequente os alemães encarregarem autores francêses dos artigos sobre o arthritismo em revistas e annuarios de Medicina de edição alemã.

Entre as concepções pathogenicas desta ordem, a de Glaser (1) é uma das mais curiosas. Este clinico suiso declara-se tambem partidario da theoria da hereditariedade da diathese cholelithiaca, e vê na lithiase biliar uma anomalia de constituição; na sua opinião, a cholelithiase depende inicialmente duma doença do pneumogastrico.

Exprime-se à esse respeito da seguinte fórma: — «Quasi sem excepção, contam-me estes doentes espontaneamente que a sua doença começou com incomodos de estomago (por vezes espasmos de estomago sem causa demonstravel) e que fôram considerados e tratados durante menses e annos pelos mais habeis medicos como uma affecção puramente nervosa. Não é facil suppôr que tantos medicos experimentados se tivessem habitualmente enganado, a ponto de considerarem, durante annos, como nervosa uma doença não nervosa, mas inflammatoria. E o que a todos sempre se tem afigurado como uma affecção nervosa do estomago, é realmente em

(1) Glaser, Wiener medizinische Wochenschrift, 1905 (citado por Kehr).

principio uma affecção nervosa, um estado irritativo dos ramos gastricos do nervo vago.

É apenas de surprehender que em taes casos se contentassem com o diagnostico propriamente pouco satisfactorio de — espasmos gastricos nervosos — e se não indagasse mais frequentemente qual seria a causa que podesse determinar nos nervos gastricos estas funcções anormaes espasmogenicas».

Acompanhemos Kehr (1) nas instructivas considerações criticas que esta hypothese de Glaser sugere.

Concorda Kehr completamente com Glaser quando este affirma que os espasmos de estomago sam diagnosticados e tratados pelos mais abalisados clinicos, durante mêses e annos, como uma affecção exclusivamente nervosa. Mas ao passo que Glaser, cuja deferencia para com os collegas é, na phrase de Kehr, com franqueza commovente, não concebe facilmente um erro da parte destes medicos, affirma Kehr, tomando por base as operações, que constituem o melhor controle dos diagnosticos previamente formulados, que precisamente na cholelithiase sam muito frequentes os erros de diagnostico, mesmo por parte de autoridades medicas, e que todos estes espasmos nervosos do estomago não teem, quasi sem excepção, coisa alguma que vêr com uma simples irritação nervosa, mas que dependem de processos inflammatorios e infecciosos com séde na vesicula biliar.

Glaser parece ter da cholelithiase apenas um conceito theorico. Póde ter observado cuidadosamente

(1) Kehr, *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906, pag. 62.

os seus 236 doentes na sua Casa de saúde e ter autopsiado com rigor os seus cinco casos mortaes, se não tiver feito verificações no vivo, — e o seu modo de escrever e de pensar diria que não, — desconhece a doença. Kehr operou bastantes vezes na chamada phase nervosa de Glaser (1), encontrando sempre na vesicula biliar processos inflammatorios, que eram com effeito tam pouco accentuados que podiam muito bem simular um estado nervoso. Se Glaser tivesse occasião de examinar uma vez ao microscopio uma vesicula biliar depois dum acesso, dando especial attenção ao cystico e ao collo da vesicula, reconheceria que a sua phase nervosa está nas mesmas condições da sua cura pelo chologen. Não reflecte Glaser em que quasi todos os doentes com uma cholecystite, uma appendicite ou um ileo, sentem sempre as suas dôres a principio sómente no estomago, embora o estomago e os seus nervos se encontrem perfeitamente sãos. Kehr refere ter operado muitos cholelithiacos, que durante mêses mal teriam tomado qualquer coisa que não fosse agua, vinho e leite, porque sempre reagiam a uma refeição mais abundante com os peores espasmos de estomago.

(1) Glaser distingue duas phases na cholelithiase, uma phase inicial nervosa e uma phase inflammatoria, a phase da infecção. Este modo de vêr é absolutamente inaceitavel. Sam numerosos os casos em que os doentes sam surprehendidos, sem quaesquer symptomas anteriores dos chamados nervosos, por uma grave crise, que na operação se apresenta como inflamação phlegmonosa aguda da vesicula biliar. Kehr extrahe um calculo do tamanho duma noz do collo da vesicula; este calculo encontrava-se ali havia muitos annos, sem provocar um espasmo nervoso de estomago ou qualquer outro phenomeno nervoso; o primeiro espasmo nervoso de estomago que se produziu foi uma suppuração da vesicula biliar. E os casos desta ordem apparecem muitas vezes.

Mas quando pela operação se acháram livres dos seus calculos, já oito dias depois podiam comer carne de pôrco com salada de batatas. O estomago em si, mucosa, systema vascular, lymphatico e nervoso, encontra-se geralmente são na cholelithiase, mas a dôr da cholecystite é sentida como gastralgia, e assim os cholelithiacos consideram-se muitas vezes como doentes de estomago e julgam dever resguardá-lo com todo o cuidado. Semelhantes doentes sam apoiados no seu modo de vêr por muitos medicos, que tambem não reconhecem sempre bem o verdadeiro ponto de partida das dôres, não podendo reconhecerê-lo por falta de experiencia a este respeito (Kehr).

Além das considerações criticas que estabeleci na pag. 164 contra a subordinação etiologica da cholelithiase ao neuro-arthritisimo, e além desta analyse de Kehr á hypothese de Glaser, ha uma serie de argumentos apresentados por Kehr (1) contra a doutrina classica da diathese calculosa.

Se a cholelithiase fosse uma doença constitucio-nal, deveria a formação dos calculos nos ductos hepaticos e no canal choledoco ser muito mais frequente do que é de facto.

Por outro lado depõe contra a theoria da diathese uma observação feita quasi regularmente na cholecystectomy; a sondagem do côto do cystico deixa vêr bilis côr de ouro claro sahindo do choledoco, ao passo que a vesicula biliar contém bilis turva ou purulenta. Conjunctamente encontra-se quasi sempre

(1) Kehr, *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906, pag. 5.

um limite nitido entre a mucosa pathologica, inflamada, do collo da vesicula e a mucosa sã, delicada, do canal cystico.

Finalmente, admittindo-se uma doença de constituição, deveriam as verdadeiras recidivas depois das operações por cholelithiase ser muito mais frequentes do que até agora tem sido observado.

É assim Kehr conduzido á convicção de que a calculose depende de condições puramente locais.

Oppõe-se o eminente cirurgião tambem ao modo de vêr, exposto por exemplo por Krauss, segundo o qual a cholelithiase affectaria especialmente as pessoas ricas, o que a experiencia de modo nenhum confirma, como dissemoç de passagem (pag. 11) na introduccão, assim como não está averiguada qualquer influencia especial que uma alimentação forte ou os abusos alcoolicos possam porventura exercer a este respeito.

Mas julgo poder oppôr ainda outras razões á subordinação da cholelithiase ao arthritismo.

Com effeito, o arthritismo, uma vez constituido, herda-se. Embora esta herança, ao contrario do que succede com as doenças familiares, não seja rigorosamente similar, mas polymorpha, seria extraordinario que a lithiase biliar se transmittisse tam caprichosamente que se não possa affirmar a respectiva hereditariedade.

O proprio Bouchard apenas encontrou 5 vezes a cholelithiase nas familias de 100 doentes com lithiase biliar (1).

(1) Nesta mesma serie de Bouchard, citada por Apert (*Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*. Paris, 1907,

Em 1892 dividiam-se ainda as opiniões a este respeito, considerando uns, Riedel (1) por exemplo, indispensavel uma predisposição herdada para a lithogenese, não attribuindo outros, com Naunyn (2), influencia especial á hereditariedade. Mas a tendencia das mais modernas acquisições scientificas é neste ultimo sentido.

Assim por exemplo Neuling (3) dá, a este respeito, no ultimo trabalho da Clinica de Kehr, as seguintes informações sobre as doenças dos paes e irmãos de doentes por cholelithiase.

Investigadas as taras hereditarias em todos os casos desta serie clinica, resultou do inquerito feito sobre os 289 operados que, em 221 casos, não havia herança morbida alguma, revelando-se doenças na familia em 68 casos. Havia em 9 doentes taras bilateraes, de modo que se reconheceu uma hereditariedade morbida ao todo 77 vezes, isto é em 26,6% dos casos.

Como doenças que podessem ser tomadas em linha de conta para a cholelithiase, referiram estes doentes: lithiase biliar, affecções hepaticas e de estomago, neoformações malignas, gotta e diabetes, não

pag. 346), inscreve-se o reumatismo articular 45 vezes, o reumatismo articular chronico 20, a diabetes 40, a obesidade 35, a gotta 30, a asthma 20, a lithiase urinaria 15, as nevralgias 10, a enxaqueca e o eczema 5 vezes. Embora algumas destas affecções sejam de character arthritico, nada se póde concluir dada a frequencia do arthritismo em França.

(1) Riedel, *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit*. Berlin, 1892.

(2) Naunyn, *Klinik der Cholelithiasis*. Leipzig, 1892.

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

accusando os doentes quaesquer outras doenças de importancia.

Os elementos da hereditariedade morbida distribuem-se da seguinte fórma:

	Pae	Mãe	Irmão	Irmã	Tios
Gotta.....	1	1	-	-	-
Diabetes.....	3	1	-	-	-
Lithiase biliar.....	9	13	2	11	5
Affecções hepaticas sem mais indicação.....	2	5	-	-	-
Cancro hepatico.....	2	4	-	-	-
Doenças do estomago, espasmos do estomago	2	3	1	-	-
Cancro do estomago....	6	4	-	-	-
Cancro do seio.....	-	2	-	-	-
Total....	25	33	3	11	5 = 77 vezes

Deprehende-se desta tabella que não se pôde ligar grande valôr á hereditariedade na cholelithiase, como de resto tambem se nota nas importantes investigações de Fink (Karlsbad), que tende a restringir o papel da predisposição hereditaria á qual antigamente dava grande importancia.

Na recente monographia de Schwarz (1), averigua-se que, num material de 146 doentes, apenas 17 referem cholelithiase dos ascendentes, em 11 casos na mãe e em 6 no pae, o que dá em 11,6% dos casos uma herança morbida, se assim se lhe pôde chamar.

(1) Schwarz, *Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Cholelithiasis*. Würzburg, 1908.

oito doentes informáram vagamente ácerca de affecções hepaticas dos paes; noutros 6 casos mencionam-se espasmos do estomago nos ascendentes. Mesmo comprehendendo todos estes casos seria uma predisposição hereditaria em cerca de 20% dos casos. Lithiase biliar nos parentes proximos, exceptuando os paes, 9 vezes na mesma serie.

Mas tratando-se duma doença tam vulgar como a cholelithiase, não se póde de modo algum falar em hereditariedade, embora varios membros duma mesma familia soffram de lithiase biliar, o que, a meu vêr, resulta em parte da semelhança de condições de vida e das mesmas eventualidades de infecção.

Apenas a hereditariedade maligna dum cholelithiaco tem importancia pratica, pois que nessas condições se estabelece mais precocemente a indicação duma operação radical.

Considerando finalmente os antecedentes morbidos pessoases dos portadores de cholelithiase tambem se não encontram elementos que autorizem a subordinar a lithiase biliar á diathese arthritica, revelando-se porém doenças cuja influencia pathogenica sobre a cholelithiase teremos occasião de assignalar. É o que succede por exemplo com a febre typhoide, cuja relação com a lithiase biliar não póde ser posta em duvida.

Para dar ideia da distribuição relativa das doenças anteriores podemos reportar-nos ás percentagens publicadas nos 289 operadores de Kehr do periodo 1904 a 1906.

Sam referidas em grande numero as doenças infecciosas, cujo interesse resulta de eventualidades como as seguintes: infecção directa pelo intestino, infecção da bilis por agentes morbidos vehiculados

pelo sangue etc. Enumeram-se nesta serie as seguintes doenças infecciosas :

Typho abdominal.....	em 20 casos
Influenza.....	» 12 »
Rheumatismo articular.....	» 13 »
Dysenteria.....	» 2 »
Malaria.....	» 2 »
Syphilis.....	» 4 »
Peritonite.....	» 1 »

Não menciona esta serie caso algum de pneumonia, embora, como veremos ao apreciar as infecções vesiculares, o pneumo-bacillo de Friedländer tenha sido encontrado em cultura pura em suppurações pericholecysticas.

Enumera tambem a serie de Kehr affecções do aparelho digestivo que, já por infecção de origem intestinal, já pela formação de cicatrizes e adherencias á vesicula biliar, podem provocar perturbações diversas e colicas. Estam nestas condições :

Catarrhos gastro-intestinaes...	em 7 casos
Uulcera do estomago ou do duodeno e hematemeses....	» 10 »
Appendicite.....	» 14 »

É interessante notar o apparecimento da cholelithiase em gottosos, apenas em 5 casos numa serie de 289, não dando Naunyn, por exemplo, tambem valor algum a este antecedente morbido. A lithiase renal pôde acompanhar a cholelithiase como num caso desta serie, associação morbida que tambem já tive occasião de observar.

Ha finalmente neste grande grupo de observações

clínicas seis casos, nos quaes um traumatismo contra a região hepática, interessando o fígado e a vesícula biliar, despertou a cholelithiase da sua phase de latencia para a actual. É possível que num destes casos (n.º 94) o traumatismo fosse a causa directa da doença, pois que se produziu primitivamente uma peritonite local donde resultaram adherencias; é possível que estas adherencias, com origem numa pericholecystite traumática, favoreçam a estase biliar, contribuindo assim para a formação de calculos. Nos restantes, teria a cholelithiase evolucionado silenciosamente, sendo as determinações actuaes apenas provocadas pelo traumatismo

Tem-se tambem reconhecido que o traumatismo tem sido a causa ocasional de cholecystites, sem calculose, operatoriamente confirmadas.

Estes factos pódem ser invocados na applicação de quaesquer regulamentos sobre os accidentes de trabalho, ou em questões medico-legaes, cuja eventualidade, de passagem, enunciei na pag. 3.

Nestas considerações sobre o estado anterior dos cholelithiacos, destaca pela sua importancia a gravidez.

A gravidez, assim como o parto e o puerperio, exerce com effeito na pathogenese da lithiase biliar uma influencia decisiva.

O facto clinico resulta de numerosas observações, sendo a cholelithiase electivamente mais frequente nas mulheres que tiveram filhos. Assim, por exemplo, na referida serie de Kehr encontram-se 196 doentes do sexo feminino: 175 casadas, 21 solteiras; entre as primeiras, 5 não tiveram filhos, restando portanto 170 mulheres com filhos. Destas 52, isto é 30%, relacionavam os seus padecimentos com a gravidez.

Os incómodos ou as colicas biliares tinham-se iniciado, parte durante a gravidez, parte no puerperio ou pouco depois.

No recente relatorio de Gilbert ao Congresso de Genebra, explica-se o papel occasional desempenhado pela gravidez perante a lithiase biliar, pelo desenvolvimento do globo uterino, que póde comprimir e deformar as vias biliares, produzir assim a estase biliar e favorecer a infecção.

Ha porém, outras razões. Assim o utero gravido limita os movimentos respiratorios do diaphragma (Naunyn), ós quaes, segundo Heidenhain, impulsio-nam o curso da bilis por pressão sobre o figado.

Por outro lado a gravidez, pela flacidez abdominal que determina, favorece tambem a hepatoptose, que frequentemente se observa nas operadas por cholelithiase.

Será tambem indifferente para a resistencia hepatica a toxicose gravidica, mais ou menos accentuada, com o correspondente figado gravidico? Supponho que não, e que a imminencia morbida, occasionalmente estabelecida, poderá tambem ter influencia na determinação da cholelithiase. Assim, por exemplo, interrogando uma doente, que tem tido crises intensas de cholecystite, ácerca da epocha em que começou a soffrer, reconheço que a doença se declarou poucos dias depois dum parto complicado de eclampsia.

Caso intervenham infecções puerperaes, tambem estas não podem ser indifferentes para a eventualidade duma infecção vesicular.

É portanto fundamental o papel da gravidez na etiologia da lithiase biliar, especialmente como elemento que favorece a lithogenese pelo impedimento ao curso regular da bilis e pela estase biliar dahi resultante.

Estas relações entre a gravidez e a cholelithiase constituem um dos aspectos a considerar no estudo da distribuição da cholelithiase entre os dois sexos.

É, com effeito, a gravidez um dos elementos que tem sido sempre invocados para explicar a muito maior percentagem de mulheres do que de homens entre os cholelithiacos.

Sabe-se, de ha muito, que a lithiase biliar tem uma predilecção accentuada pelo sexo feminino. Assim, por exemplo, a estatistica clinica de Bouchard include as mulheres na proporção de 77,4% dos casos. Os exames necropsicos de Schroeder registam a cholelithiase na mulher 20,6 vezes por 100 autopsias, no homem apenas 4,4. A mesma influencia do sexo se faz sentir na velhice. Naunyn encontrou-a 25 vezes em 100 velhas e só 10 vezes em 100 velhos.

O material de clinica cirurgica comporta conclusões semelhantes como decorre immediatamente dalgumas estatisticas que ficaram archivadas no primeiro capitulo, com a indicação do sexo dos operados.

Assim, por exemplo, a tabella de Kehr (pag. 42) include 113 homens e 269 mulheres. O material de 1904 a 1906 do mesmo cirurgião comprehende apenas um terço de homens para dois terços de mulheres.

Entre nós tambem esta desproporção parece verificar-se.

Assim as 22 observações colligidas pelo sr. Prof. Francisco Geptil, e ás quaes nos referimos (pag. 89), mencionam 19 mulheres e apenas 3 homens.

Mas a estatistica organizada sobre 646 autopsias praticadas no Laboratorio de Analyse Clinica do Hospital de S. José, e que mencionámos (nota da

pag. 13), abrange em 22 casos de lithiase biliar 12 mulheres e 10 homens, não sendo portanto muito sensível a differença entre os dois sexos neste material necropsico.

Esta questão não tem com effeito a simplicidade que á primeira vista poderia suppôr-se, e que lhe tem sido attribuída.

Acceita-se, como noção incontestavel, o predomínio da cholelithiase entre as mulheres, e explica-se o facto pela estase biliar, dependente da gravidez, como dissemos, do espartilho, em más condições ou demasiadamente apertado, das ptoses visceraes, que, assim como os tumores abdominaes, tem sido constatadas por vezes na origem dos accidentes cholelithiacos, e que se encontram de preferencia na mulher (Gilbert).

Alguns acrescentam ainda a incontestavel influencia da vida sedentaria.

Finalmente as recentes investigações de Chvostek (1), revelando uma frequente hyperemia hepatica menstrual, suggerem-me a ideia de que talvez essas repetidas determinações hepaticas, caso venham a confirmar-se, não sejam indifferentes para a maior ou menor resistencia do figado, podendo assim ter qualquer influencia, embora indirecta, sobre a lithiase biliar.

O facto atrás referido (introducção pag. 4 e 5), de as mulheres constituirem a maior parte dos portadores de bacillos de Eberth, não póde ser invocado

(1) Chvostek, *Die menstruelle Leberhyperämie* (Wiener Klinische Wochenschrift. 1909, n.º 9) citado por Fellner, *Menstruelle Leberhyperämie-Schwangerschaftsleber*. Medizinische klinik, 1909, n.º 21, 23 de maio de 1909.

como explicação da maior frequência da lithiase na mulher, o que apenas equivaleria a deslocar o problema, tanto mais que estes infectados vesiculares ou sam cholelithiacos, ou candidatos á lithiase biliar.

Mas apparecem excepções a esta consagrada distribuição da lithiase biliar entre os dois sexos. É o que succede por exemplo na serie necropsica dos referidos 22 casos de Lisbôa. O sr. Dr. Moniz observa a respeito da sua serie: «Certamente ainda por ser limitado o numero de casos, não é tão accentuada a differença como vejo nalguns auctores». Mas é muito possivel que o facto resulte de differenças de quaesquer habitos entre as mulheres que constituem esta serie necropsica e as mulheres incluídas na referida serie cirurgica, circumstancia esta que de modo nenhum é indifferente.

Assim, com effeito, por exemplo o vestuario da mulher no Japão exclue todo e qualquer aperto na cintura. Pois no Japão a cholelithiase ataca menos as mulheres do que os homens. Este interessante ensinamento, que vae contra a opinião emittida em todos os livros que conheço, deve-se a Mizokuchi assistente da clinica cirurgica de Fukuoka (Japão), que, em 70 operações de Ohmori no systema biliar, menciona 26 mulheres e 40 homens, considerando apenas os casos de lithiase e de cholecystite simples. O autor, no seu interessante e documentado artigo em alemão (1) não se julga habilitado a explicar o facto, aventando comtudo as hypotheses duma differente situação geographica, da diver-

(1) Mizokuchi, *Ueber Operationen an den Gallenwegen*. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 96 Band, 4-6 Heft, pag. 427. Dezembro de 1908.

sidade no modo de vida, e do amplo vestuario das japonesas.

Não ha só uma influencia do sexo, mas tambem da idade na cholelithiase.

É rara a affecção até aos 20 annos. Na referida serie de Kehr (289 operados) encontra-se um unico caso nestas condições; tinha-se tratado dum empyema vesicular sem calculo, consecutivo a um grave typho abdominal, isto é, duma cholecystite typhica; teve então uma cholecystostomia em Veneza, sendo operado por Kehr 2 annos depois por fistula biliar.

A frequencia da doença augmenta a partir dos 20 annos, sendo o maximo dos casos que se apresentam para intervenções entre os 30 e os 50. Nestas idades predomina a calculose propriamente dita, ao passo que as perturbações até aos 30 dependem antes de adherencias, ulcerações, pancreatite chronica, etc. Assim, por exemplo, havia naquella mesma serie, até aos 29 annos inclusive, 3 homens e 7 mulheres solteiras (para 22 casadas); das 7 mulheres só uma tinha calculos, dos homens nenhum.

Entre os 50 e 60 annos ainda apparece um numero importante de casos, mas já em menor quantidade. Supponho portanto que Gilbert, dizendo que a lithiase se torna particularmente frequente depois dos 60 annos (Schroeder), se refere a dados necropsicos e não ás observações clinicas.

Só depois dos 40 é que geralmente apparecem as complicações malignas.

No ponto de vista pathogenico, admite-se, com Naunyn, que se produz um obstaculo ao curso da bilis, resultante do facto de as fibras musculares lisas das vias biliares, que entram em jogo na excreção

da bilis, se encontrarem nas idades avançadas num estado mais ou menos atrophico.

Favorecida a estase biliar e portanto a infecção vesicular, realizam-se as duas condições fundamentais da pathogenia da cholelithiase.

Como esboçamos na pag. 137, combinam-se os dois conceitos — cholecystite e cholelithiase — numa tam estreita affinidade clinica, que importa consideralos conjunctamente. É o que tambem pathogenicamente teremos que fazer.

O estudos das infecções vesiculares levanta algumas questões cuja consideração se impõe.

Assim, estando as vias biliares em livre communição com o intestino, rico em bacterias, occorre analysar quaes sejam as condições que physiologicamente se oppõem á producção duma cholecystite. Haverá por ventura um microbismo normal da vesicula? ou, quer haja, quer não, quaes sam os factores em causa nas determinações infecciosas da vesicula biliar?

Os trabalhos experimentaes de Netter, Gilbert e Girode, Naunyn, Leubuscher, etc. teem divulgado a conclusão unanime de que os diversos departamentos da arvore biliar se encontram isentos de germens; apenas o terço inferior do choledoco se encontraria, segundo Duclaux, «habitualmente» contaminado por infecção ascendente.

Era de esperar que no homem succedesse outro tanto. Naunyn obteve bilis humana esteril, por punção no vivo, e por analyses necropsicas, ao passo que outros reconheceram que a bilis cadaverica, embora desacompanhada de lesões vesiculares, pôde revelar-se contaminada numa percentagem maior ou menor dos casos. Mas semelhantes investigações no

cadaver não comportam conclusões seguras e applicaveis aos seres vivos, pois que se póde tratar de infecções *post mortem*. Só naquelles casos, em que na bilis cadaverica se encontram culturas puras de agentes infecciosos especificos, do bacillo typhico por exemplo, é que se póde concluir com segurança a existencia duma infecção já realizada durante a vida.

Sam especialmente demonstrativas as observações feitas sobre bilis recolhida, no vivo, duma vesicula biliar aparentemente sã. Mas o material nestas condições é muito limitado, pois raras vezes se offerece occasião de punccionar uma vesicula biliar sã.

Se Naunyn reconheceu no vivo a esterilidade da bilis em dois casos, sam mais importantes as observações de Mieczkowski, que, na Clinica de v. Mickulicz punccionou varias vesiculas biliares sãs em individuos laparotomizados por diversas indicações. Decorre das analyses deste cirurgião que a bilis humana, recentemente recolhida duma vesicula sã, se revela esteril, á semelhança do que varios experimentadores reconheceram nos animaes, ao passo que outras investigações rigorosamente conduzidas mostram a possivel existencia de germens na bilis, permanente ou intermittenemente, sem consequencias apreciaveis.

Mesmo que a bilis, em condições normaes, fosse rigorosamente esteril, e veremos as duvidas que a este respeito se levantam, ha sempre o perigo duma infecção ascendente pela proximidade do intestino contaminado e pela infecção habitual da parte inferior do choledoco, que a analogia com os animaes torna provavel.

Aventou-se a hypothese de que o organismo se defendia contra a eventualidade desta infecção ascendente por uma acção bactericida da bilis, como

parecia resultar das experiencias de Mosse. Repetindo e modificando os trabalhos de Mosse, poude Mieczkowski constatar que a bilis dos bovideos, como o mercado a fornece em preparado secco, tem de facto um forte poder bactericida, que falta porém á bilis dos animaes e do homem, recentemente recolhida.

Dum modo geral, resulta até de numerosas experiencias que a bilis recente é um bom meio de cultura para varios germens, como o colibacillo. Embora a bilis não seja o melhor meio de cultura para alguns germens, mostráram as experiencias de Leubuscher que as culturas em meios aos quaes se junte bilis sam geralmente favorecidas no seu desenvolvimento: é o que succede com o colibacillo, o estaphylocócco, aureo e branco, e particularmente com o bacillo de Eberth.

Estas propriedades favorecedoras da bilis, reconhecidas pelas culturas laboratoriae, e pela conhecida noção clinica e experimental de que o bacillo de Eberth póde viver durante muito tempo e em optimas condições de multiplicação no interior da vesicula biliar, constituiram a ideia directriz, da qual resultou o methodo de Kayser para a hemo-cultura do bacillo typhico em bilis. Foi este valioso meio diagnostico, entre nós confirmado num interessante e recente trabalho dos srs. Drs. Nicolau Bettencourt e Garcia Regalla (1), e no qual, em 45 casos de febre typhoide foi possivel isolar 37 vezes o bacillo typhico do sangue, ou sejam 82,2 % de resultados positivos.

(1) Nicolau Bettencourt e Garcia Regalla, *O diagnostico da febre typhoide pela hemo-cultura em bilis*. Gazeta dos Hospitaes do Porto, 1908, pag. 41.

Não sendo pois a bilis bactericida, como se aventou, constituindo pelo contrario um excellente meio de cultura, outro factor haverá que se oppo- nha á infecção da bilis normal, ou ás possiveis complicações, caso esta venha a contaminar-se. Esse elemento que intervem, é a permanente irrigação das vias biliares pela bilis, e só quando se produzam phenomenos de estase, é que pôde installar-se a infecção ascendente, ou manifestar-se uma determinação infecciosa das vias biliares já preexistente, realizada por bacterias que tenham alcançado a bilis, por exemplo por via sanguinea.

Tem sido invocada como paralelo a secreção renal, onde a infecção retrograda por germens pre- existentes presuppõe a estase.

Encontra-se experimentalmente averiguada a im- portancia da estase biliar na invasão de micro-orga- nismos e na etiologia da cholecystite. Charcot e Gombault mostráram, em coelhos e cobaias, como a laqueação do choledoco provoca inflammação das vias biliares e alterações cirrhoticas no figado. Netter, laqueando o choledoco immediatamente acima da empola de Vater, encontrou bacterias na bilis, o que indicaria uma infecção ascendente com ponto de par- tida no terço inferior do choledoco normalmente con- taminado. A bilis conserva-se, pelo contrario, esteril pela laqueação do cystico, e até injectando directame- mente microorganismos na vesicula não se produz, em regra, infecção biliar.

Deve-se a Naunyn o ensinamento de que a conta- minação vesicular pelo colibacillo resulta inoffensiva, acabando por desaparecer, quando se não proceda simultaneamente á laqueação do cholédoco. As bac- terias injectadas na vesicula podem ser obtidas na

bilis, durante muito tempo, em cultura pura, sem que se produzam alterações cholecystiticas apreciaveis, caso não haja obstaculo ao curso da bilis.

Conclue-se portanto que, infectadas as vias biliares, ficam as manifestações dependentes duma estase biliar concommittante.

Esta circumstancia explica a apparente contradição de importantes trabalhos doutros autores, segundo os quaes a bilis se póde revelar contaminada nos animaes, numa importante percentagem de casos, sem perturbações pathologicas ou clinicas.

Assim Létienne encontrou a bilis frequentemente infectada em cobaias apparentemente sãs.

Ehret e Stolz (1), numa importante investigação experimental em animaes, concluíram, ha muito, que a bilis em cobaias, cães e bovideos se revela muitas vezes infectada, mesmo em condições normaes, especialmente quando a vesicula biliar se encontra muito repleta, o que tambem poderia significar uma estase biliar embora apenas passageira.

Contra a doutrina classica que tem considerado como esteril tanto a vesicula como o resto da arvore biliar, tambem se oppõem as mais recentes investigações de Gilbert e Lippmann (2) que confirmam o microbismo normal da vesicula anteriormente conhecido, por exemplo, pelo citado trabalho de Ehret e Stolz.

(1) Ehret e Stolz. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 6, pag. 350 (citado por Förderl. Ueber Cholezystitis. Medizinische Klinik, 30 de maio de 1909).

(2) Gilbert e Lippmann, Du microbisme biliaire normal. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1903, pag. 158.

Teem comtudo estes trabalhos de Gilbert e Lippmann um novo aspecto que os torna interessantes. É que os autores investigaram tambem as culturas em meios anaerobios, o que se torna tanto mais importante, que outro trabalho de Gilbert e Lippmann (1) parece ter mostrado no interior dos calculos biliares do homem grande frequencia de microbios anaerobios, da mesma natureza daquelles que teem sido reconhecidos como habitando normalmente a vesícula.

Gilbert e Lippmann (2), effectuando culturas parallelamente em meios anaerobios e em meios aerobios, distinguiram nas vias biliares cinco zonas distinctas no ponto de vista bacteriologico.

A primeira zona comprehende a empola de Vater e o terço inferior do choledoco; é a séde duma infecção mixta aero-anaerobia, muito accentuada. É esta a zona que muitos autores teem considerado como sendo a unica habitada pelos microbios.

Limita-se a segunda zona ao terço medio do choledoco; os aerobios tornam-se gradualmente mais raros de baixo para cima. É uma zona de transição entre a precedente e a immediata.

A terceira zona comprehende o terço superior do choledoco, o canal cystico e a vesícula biliar. Os aerobios teriam ahi desaparecido, dominando os anaerobios; excepcionalmente todavia podem encon-

(1) Gilbert e Lippmann, *Contribution à l'étude bacteriologique des calculs biliaires, rôle des microbes anaérobies*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1907.

(2) Gilbert e Lippmann. Trabalhos citados, e Gilbert, Carnot e Jomier, *Le traitement de la lithiase biliaire*. Congrès français de Médecine. Dixième session. Rapports, pag. 168, Genebra, setembro de 1908.

trar-se germens aerobios nesta zona; mas apresentariam então, nesse caso, caracteres culturaes que os aproximam muito mais dos anaerobios do que dos microbios aerobios.

A quarta zona corresponde ao canal hepatico e aos seus ramos de subdivisão. Os anaerobios vam rareando para desaparecerem na quinta zona.

Esta abrange todas as vias biliares intrahepaticas. Seria a zona de esterilidade absoluta.

Todos estes microbios aerobios ou anaerobios representam, em regra, as especies que habitam normalmente o tubo digestivo—colibacillo, enterocócco, *b. funduliformis*, *b. perfringens*, *b. fragilis*, *b. ramosus*, *b. radiiformis*.

Conclue-se portanto dos trabalhos de Létienne, Ehret e Stolz, Gilbert e Lippmann, que a vesicula biliar é, no estado normal, a séde duma infecção discreta, tendo os dois ultimos autores chamado a attenção para o papel dos microbios anaerobios nestas determinações infecciosas.

Quando sobrevem um obstaculo temporario ao curso da bilis, pôde accentuar-se na vesicula a invasão microbiana, que não produz necessariamente graves lesões anatomicas quando a virulencia é ligeira ou quando pouco se accentua a duração e a intensidade da estase biliar. Por outro lado, pôde uma cholecystite iniciada, ou já declarada, ceder assim que se restabelece o curso normal da bilis, embora a bilis da vesicula possa continuar infectada.

A experimentação laboratorial, geralmente com injeccões intravenosas em cobaias, mostrou finalmente que a bilis tambem pôde contaminar-se por infecção descendente, por intermedio da circulação sanguinea, sem que necessariamente se produza

infecção da bilis, quando não houver estase biliar. Num trabalho de Lartigan (1), sobre as relações entre as bacterias e a lithogenese, insiste-se em que as bacterias podem attingir a vesicula biliar por quatro vias diversas:

1. Do intestino para o canal choledoco e cystico.
2. Do intestino pela veia porta.
4. Pelo sangue.
4. Do peritoneu pela parede da vesicula.

O laboratorio ensina portanto que a estase biliar é uma condição prévia para a cholecystite. Sem alteração no curso da bilis, não se produz necessariamente perturbação apreciavel, por muito virulentos que sejam os microorganismos invasores. E assim considera-se a integridade da função como a principal defesa contra os processos infecciosos.

A experiencia clinica e anatomo-pathologica confirma tambem os dados laboratoriaes.

Aqui, como no laboratorio, tambem se encontra realizada a infecção ascendente e descendente, directamente do intestino ou indirectamente por via lymphatica ou sanguinea.

Aos diversos methodos experimentaes para provocar a estase biliar, corresponde, em pathologia humana, o catarrho duodenal propagando-se á empola de Vater, a obliteração do canal cystico, a penetração de vermes e principalmente a cholelithiase como condição favoravel á estase da bilis; os cal-

(1) Lartigan, *Relation of bacteria to the development of gall-stones*. California State. Journ. Med. 1906. 4 (citado in *Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie*. Wiesbaden, 1908, pag. 349).

culos em si não comportam uma explicação para a cholecystite, embora Riedel aceitasse uma inflamação em volta dos calculos como corpos extranhos.

Para as infecções descendentes da vesicula biliar invocam-se as doenças infecciosas, inclusivamente no mais amplo ponto de vista cirurgico: suppurações e inflamações em departamentos distantes do organismo, otite média, erysipela, phlegmão, periostite, infecção puerperal, etc. Qualquer que seja a via de infecção, supponho poder incluir sob estes pontos de vista alguns casos de cholecysto-appendicite, á qual me referi (pag. 139). Assim por exemplo num caso, da clinica do sr. Dr. Azevedo Leitão, que ha pouco tive occasião de observar, estabeleceu-se depois da 5.^a crise de appendicite uma cholecystite que já se complica de angiocholite; se no meu caso (pag. 140) ha cholecystite chronica anterior á primeira crise de appendicite, outro tanto não succede neste caso no qual a anamnese e a idade do doente (14 annos) permitem excluir uma cholelithiase anterior, devendo considerar-se a cholecystite como uma determinação secundaria com origem no appendice ileo-cecal.

Favorecida a estase biliar, póde a infecção determinar um processo inflammatorio que, ou se limita á vesicula, ou se propaga ás vias biliares principaes constituindo uma angiocholite, ou se estende ainda ás finas ramificações biliares estabelecendo uma angiocholite diffusa, em phases successivas vesicular, canalicular, e hepatica.

A intensidade da cholecystite determina uma escala de lesões que permite distinguir inflamações da vesicula biliar de varios typos: seroso, fibrinoso, purulento, hemorrhagico, etc., a mencionar adeante em esboço anatomo-pathologico.

Não é frequente a cholecystite agudissima capaz de produzir rapidamente uma peritonite septicã por propagação phlegmonosa em continuidade.

Em todas estas eventualidades, que acabamos de figurar, é fundamental, além da virulencia dos germens, o maior ou menor obstaculo ao curso da bilis, e como a cholelithiase constitue o factor que mais frequentemente intervem neste sentido, comprehende-se como a cholecystite sem lithiase se manifesta muito mais raras vezes do que acompanhando a cholelithiase.

A natureza dos germens não parece influir no character catarrhal ou purulento da inflammação.

Nas cholecystites por infecção ascendente tem sido descriptos os germens da flora bacteriana intestinal, especialmente o colibacillo, para o qual a bilis constitue um excellente meio de cultura; foi o colibacillo que, por exemplo, Berger (1), nas investigações bacteriologicas da Clinica de Kehr, encontrou na maioria dos casos estudados sob este ponto de vista. Menciona-se tambem o estaphylocócco tanto o pyogenico, como o branco e aureo, além das infecções mixtas. Muller (2), que estudou a pathologia da cholecystite, refere uma serie de 144 casos, uns pessoas, outros colligidos da litteratura, em que fôram feitas investigações bacteriologicas. O collibacillo foi encontrado 78 vezes, isto é, em 73% dos casos, o

(1) Kehr, Liebold, Neuling, *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908, pag. 552.

(2) Muller, *Pathology of Cholecystitis*. Brooklyn Med. Journ. 1905. 19 (citado in *Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie*. Wiesbaden, 1908).

bacillo typhico 6 vezes, o estaphylocócco 7 vezes, o estreptocócco e o colibacillo 4 vezes, o estaphylocócco e o colibacillo 8 vezes, o estreptocócco isolado 1 vez e o estreptocócco com outras bacterias 3 vezes.

A infecção hematogena tambem assenta já em numerosos dados, não só experimentaes, mas tambem clinicos e anatomicos.

Assim Föderl (1), que ha dias se occupou deste assumpto numa conferencia onde colhi valiosos subsidios de estudo, colligiu numerosos casos de infecção hematogena por bacillo do mormo (Ferraresi e Guarnieri), bacillo typhico (Chiari), vibrião cholericico (Nicati), estaphylocócco, pneumocócco, bacillos de Friedländer, da pustula maligna, do cholera e typhico (Nicati, Corrado, Oreste, Oemler, Strauss e Chamberland, Pernice e Alessi, Bernabei), bacillo de Koch (Fränkel e Kraus) etc.

Entre estas differentes infecções revestem particular interesse clinico as do bacillo de Eberth e do pneumo-bacillo de Friedländer, porquanto a cholecystite dahi resultante pôde sobrevir como complicação no decurso duma febre typhoide ou duma pneumonia.

A cholecystite devida ao pneumobacillo de Friedländer, embora não seja frequente, tem comtudo particular interesse clinico.

Tanto aquelle germen como outras bacterias capsuladas teem sido encontradas em cholecystites, abscessos hepaticos e peritonites circumscriptas da região hepatica. Aos casos de Canon, Etienne-Netter,

(1) Föderl, *Ueber Cholezystitis*. Medizinische Klinik de 30 de maio de 1909.

Kockel, Wicklein e Kreibich, adicionou Clairmont uma observação de pericholecystite e angiocholite, na qual se encontrou no pus o pneumobacillo de Friedländer, que tambem poude ser reconhecido á superficie da mucosa bronchica inflammada.

Não é sempre possivel averiguar se a infecção se dá por via ascendente ou descendente. Parece resultar dos trabalhos de Frickes que as condições de existencia do pneumobacillo de Friedländer no intestino estam subordinadas á inflamação local por augmento de transsudação e alterações chemicas do conteúdo intestinal. No caso de Clairmont havia um catarrho duodenal chronico, sendo portanto possivel uma infecção ascendente. Canon encontrou o bacillo de Friedländer em abscessos hepaticos e no sangue.

Föderl, no trabalho citado, refere da segunda secção cirurgica do «Rudolf-Stiftung» de Vienna d'Austria, com relação aos ultimos cinco annos, um caso de cholecystite e pericholecystite com bacillos de Friedländer em cultura pura, e tres casos de cholecystite com bacillos capsulados sem mais classificação, tratando-se nos casos restantes duma cholecystite typhica, da invasão pelo colibacillo ou de infecções mixtas com estrepto- e estaphylocóccos. No primeiro caso, no qual se encontrou o bacillo de Friedländer em cultura pura no pus pericholecystico, tinha-se constatado um mês antes da operação uma pneumonia com exsudado pleural bilateral. Nas tres restantes observações de infecção por bacillo capsulado, só uma vez, num caso de cholecystite recidivante (calculo solitario), é que na anamnese se averiguou uma pneumonia 12 annos antes, ao passo que nos outros dois casos, acompanhados de cholelithiase, não havia noticia de qualquer grave affecção pulmonar anterior. Em nenhum

destes casos havia qualquer gastroenterite á qual se podesse attribuir uma infecção ascendente.

A cholecystite typhica é de observação relativamente frequente no decurso duma febre typhoide ou como determinação tardia.

Deve-se deduzir dos trabalhos experimentaes que esta infecção não é de origem intestinal, mas do typo hematogeno. Ás investigações negativas de Miyakes, contrapõem-se com effeito os resultados positivos de infecção hematogena de Dörr, Cushing, Ehret e Stolz, Forster e Kayser.

Já em 1901 colligiram Ehret e Stolz 32 casos de cholecystite typhica, tendo esta serie augmentado muito de então para cá com os casos de Blumenthal, Findlay e Buchanan, Forster e Kayser, etc.

A cholecystite typhica póde evolucionar para uma grave angiocholite suppurada ou entrar em regressão; embora os bacillos desapareçam das vias biliares, é aquisição scientifica averiguada a importante noção de que o bacillo de Eberth póde ser encontrado durante annos na vesicula biliar.

Relaciona-se este facto com o interessante problema clinico e hygienico dos excretores e portadores de bacillo typhico, noções estas que definimos (nota da pag. 5), e que teem sido particularmente estudadas desde 1905 por Forster e Kayser (1).

O alcance epidemiologico e clinico deste problema, cujo estudo, por assim dizer, apenas se inicia,

(1) Forster e Kayser, *Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in der Galle von Typhuskranken und «Typhusbazillenträgern»*. Muenchener medizinische Wochenschrift, 1905, n.º 31.

decorre evidentemente da frequencia (1) dos portadores de bacillos, e dos perigos incontestaveis dahi resultantes, pois é facto averiguado que os bacillos pódem conservar a sua virulencia durante muito tempo; dahi o perigo para a sociedade, e assim affirma Kayser (2), num artigo de ha dias, que, ácerca de 28 portadores de bacillos em Strasburgo, poudé averiguar com segurança que 11 origináram novos casos de febre typhoide, sendo provavel que outro tanto succedesse com 9, e não havendo motivo para admittir esse effeito nos 8 restantes. Segundo Schneider (3), dependem duma infecção por contacto, por portadores de bacillos, 5,01 % de todos os casos de febre typhoide, cuja origem poudé ser averiguada com alguma segurança. As investigações de Forster (4) da escola de

(1) Segundo Kamm (adeante citado), affirmou Schneider, de Berlim, que como commissario regio na lucta contra a febre typhoide, colligiú grande material, que 3% de todos os doentes com febre typhoide se tornam portadores de bacillos; as investigações de Kayser (*Ueber Untersuchungen bei Personen, die vor Jahren Typhus durchgemacht haben, und die Gefährlichkeit von Bazillenträgern*. Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte, 1907, Bd. 25, H. 1) elevam esta percentagem a 5%, attingindo até 6% as de Park (*Journal of the American medical Association*, 1908, n.º 12 citado na Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908).

(2) Kayser, *Ueber die Art der Typhusausbreitung in einer Stadt (nach Strassburger Beobachtungen)*. Muenchener medizinische Wochenschrift de 1 de junho de 1909.

(3) Schneider, *Moderne Typhusbekämpfung*. XIV Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie. Berlim. Setembro 1907.

(4) Forster, *Ueber die Beziehung des Typhus und Paratyphus zu den Gallenwegen*. Muenchener medizinische Wochenschrift, 1908, n.º 1.

Strassburgo elevam aquella percentagem até 20 e 27%. São já muito numerosos os trabalhos que chamam particularmente a atenção para o perigo que constituem aquelles portadores de bacillos, que em especial se occupam da venda de generos alimenticios.

Outro aspecto da questão, não menos interessante, embora quasi por completo descurado até agora, refere-se ao perigo em que incorrem os proprios portadores de bacillos.

Este ponto de vista, do qual a cholelithiase metatypica é um simples caso particular, acaba de ser analysado por Kamm (1), do Instituto de Hygiene de Forster, que, entre outros, apresenta o seguinte caso interessante; trata-se duma alienada de 60 annos, portadora de bacillos em consequencia duma febre typhoide e que morre 7 annos depois, dum insulto apopletico; a autopsia revela, além dum foco de amolecimento cerebral, cholecystite com calculose, e carcinoma vesicular e hepatico, reconhecendo-se bacteriologicamente o bacillo de Eberth em quasi todos os orgãos interiores.

É um caso completo com as successivas phases: infecção typhica da vesicula biliar, cholecystite chronica, cholelithiase, carcinoma vesicular e com uma bacteriemia typhica como episodio terminal, que não póde ser considerado como uma simples invasão dos bacillos num organismo sem resistencia, pois que, em casos semelhantes, os bacillos de Eberth se conservam na vesicula biliar, seu habitat usual.

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

Os trabalhos de Chiari, Forster, Kayser, Dörr (1) etc. auctorizam a admittir que, em continuidade com a febre typhoide, se podem produzir as primeiras determinações na vesicula biliar, inicialmente agudas e em seguida chronicas. No decurso de alguns annos podem então produzir-se os calculos, e, como complicação ulterior, o carcinoma da vesicula biliar e do figado. Dá-se tambem a eventualidade dum completo silencio symptomatico consecutivamente á febre typhoide, sobrevindo muitos annos depois estados clinicos de alta gravidade, especialmente provocados pela estase biliar.

O bacillo typhico póde com effeito existir na vesicula biliar, sem inconveniente de maior quando á infecção não sobrevier uma estase biliar. Alguns até, como Ehret e Stolz, quando uma cholecystite se estabelece primitivamente acompanhando a infecção inicial sem calculose, procuram as condições que favorecem a estase biliar na propria febre typhoide, que exerceria influencia sobre a contractilidade da vesicula e das vias biliares, assim como tambem actua sobre o intestino paralyndo-o.

A cholecystite sem calculos, incontestavelmente reconhecida pelas experiencias laboratorias e por numerosas observações clinicas, apresenta-se comtudo na maioria dos casos combinada com a lithiase biliar sob o aspecto de cholecystite calculosa, na qual os dados clinicos apenas deixam suspeitar a natureza do agente infeccioso em causa, a febre ty-

(1) Dörr, *Experimentelle Untersuchungen ueber das Fortwuchern von Typhusbazillen in der Gallenblase*. Zentralblatt für Bakteriologie. I. Abtheilung. Bd. 39, H. 5, pag. 624.

phoide, a pneumonia e as affecções inflammatorias primitivas.

Corpos extranhos, asepticamente introduzidos na vesicula biliar, não provocam em geral cholecystite alguma; portanto os cálculos interveem apenas secundariamente na producção da cholecystite calculosa, promovendo e accentuando a estase biliar, que pôde, por um lado, assegurar o exito duma invasão por microorganismos e, por outro, se os germens já existiam, collocar o processo infeccioso em condições de se manifestar.

Os calculos podem tambem influir no desenvolvimento duma cholecystite sem que se produza obstaculo directo ao curso da bilis. Ehret e Stolz accentuam, com effeito, que a bilis adhire aos calculos deslocando-se apenas fracções minimas desta camada capillar pelas contracções da vesicula e pelo repetido affluxo de bilis. Nesta camada capillar constituida por bilis antiga, podem installar-se microorganismos; os proprios calculos, em consequencia da sua porosidade, teem sido encontrados impregnados por germens hypervirulentos.

Ensinando a experimentação que a vesicula biliar rapidamente se desembaraça dos agentes infecciosos directamente introduzidos, caso não haja estase biliar, deduz-se do que ficou dito que a bilis na cholelithiase se deve encontrar geralmente infectada. E de facto assim é, como tem sido confirmado por muitos autores, e entre elles por Miyakes, que investigou o material clinico de von Mikulicz e por Fraenkel e Kraus, que estudaram a bacteriologia necropsica nas primeiras 24 horas, para que as conclusões tivessem applicação no vivo.

A riqueza de germens na camada capillar que envolve os calculos, e nos proprios calculos, dá a

ideia de como na cholelithiase póde sobrevir uma inflamação da vesicula biliar, na qual é frequente a falta de concordancia entre os phenomenos clinicos e o processo infeccioso, e de como na cholelithiase se podem produzir recidivas de cholecystite, embora se não dê necessariamente uma reinfeccção:

Neste interessante problema das recidivas interveem tambem, na autorizada opinião de Kehr (1), os canaliculos de Luschka, que importa definir.

A parede vesicular normal compõe-se de quatro camadas — a mucosa, a muscular, a fibrosa e a serosa.

A mucosa, que se apresenta normalmente ás pregas, tem um epithelio cylindrico duma só camada; as cellulas epitheliaes revelam processos secretores, producção de muco, e por outro lado processos de resorpção, como a resorpção de gordura já descripta por Virchow.

A camada muscular não é uma formação continua de fasciculos musculares lisos como no intestino, sendo antes um complexo de fasciculos musculares e de cordões de tecido conjunctivo em disposição irregular; reconhecem-se especialmente nesta camada muscular espaços vasculares.

A tunica fibrosa conduz os grandes vasos sanguineos e lymphaticos e não adhere muito intimamente á serosa, isto é, ao revestimento peritoneal da vesicula biliar; nesta camada fibrosa encontram-se por vezes nodulos lymphaticos.

Na mucosa existem normalmente glandulas iso-

(1) Kehr, Liebold, Neuling, *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*.
Munich, 1908, pag. 541.

ladas. Segundo Luschka, haveria no collo da vesicula biliar 6 a 15 glandulas mucosas. Kehr encontrou-as isoladas e dispersas em vesiculas biliares sãs, e Aschoff estudou-as ultimamente com rigor. Além destas glandulas mucosas ha uns golfos da mucosa, os chamados canaes de Luschka, que partindo da mucosa attingem lacunas da camada muscular.

Analysando vesiculas biliares de cholelithiacos, histologicamente fixadas immediatamente a seguir á operação, para impedir a maceração da mucosa que rapidamente se estabelece, reconhece-se então, em regra, que os elementos glandulares da mucosa se revelam muito mais numerosos do que no estado normal. Mas sam especialmente os canaes de Luschka que se apresentam mais numerosos, proliferados; attingem estes canaes muitas vezes o revestimento peritoneal da vesicula biliar passando através das camadas muscular e fibrosa.

Ora estes canaes de Luschka sam a séde da inflammção, e nelles se encontram, além de muco agglomerado, productos inflammatorios e occasionalmente tambem pequenas concreções biliares.

Os canaes de Luschka teem, segundo Kehr, um papel importante na etiologia das recidivas, assim como na das pseudo-recidivas depois de operações por lithiase biliar.

Se num caso se reconhece um calculo solitario numa vesicula biliar não espessada, quasi não alterada macroscopicamente, é quasi certo, que o operador não dá attenção aos pequenos pontos negros na parede vesicular e se satisfaz com a ablação do calculo solitario; ou sutura immediatamente a vesicula (cystostomia ideal), ou estabelece uma cystostomia que em breve deixa cicatrizar. Ficam

portanto os productos inflammatorios neste recesso da mucosa, e tambem lá subsistem os minusculos calculos biliares.

Preveem-se as consequencias. Os calculos pequenos crescem e forma-se uma concreção que irrompe para o interior da vesicula biliar. Admitte-se que muitas ulcerações da mucosa vesicular, aparentemente devidas aos calculos, devem ser consideradas, com a maior probabilidade, como perfuração dum desses calculos dos recessos da mucosa; Kehr considera este modo de vêr demonstrado pelas suas observações. Assim poderia, portanto, produzir-se uma verdadeira recidiva de calculos.

As pseudo-recidivas comportam uma explicação analogá. Se nos recessos da mucosa não ficam concreções mas sim focos inflammatorios, dá-se nos canaliculos biliares uma compressão de bilis mais rica em muco, e facilmente infectada, e nestas condições pôdem produzir-se colicas typicas. Se num caso destes se faz nova laparotomia, depara-se com um aspecto normal. A bilis revela-se clara, aparentemente inalterada, a pequena rolha mucosa no canaliculo biliar é claro que se não vê, e fecha-se o abdomen com a desagradavel impressão de ter submettido o doente a uma operação inutil, a não ser que se prefira proceder desta vez á extirpação da vesicula (Kehr).

É um facto incontestavel que os calculos entreteem na vesicula biliar um estado infeccioso que bruscammente se pôde revelar numa grave crise de cholecystite. Por outro lado a experiencia e a clinica affirmam que a cholecystite exerce uma indiscutivel acção lithogenica, de modo que se estabelece um circulo vicioso entre a cholecystite e a cholelithiase.

Foi Galippe (1) o primeiro que relacionou a lithiase biliar com uma causa inflammatoria, infecciosa. Fôram porém os trabalhos classicos de Naunyn (2) que fizeram abandonar os antigos conceitos da hereditariedade, anomalias de constituição, diathese, e alimentação como causas da lithiase biliar, baseando a pathogenia da cholelithiase em determinações infecciosas que podem originar o catarrho lithogenico da vesicula biliar.

Assim como a albumina precipita os saes calcareos dos solutos, tambem Naunyn julga provavel que processos semelhantes favoreçam a lithogenese na vesicula biliar, produzindo o catarrho a descamação do epithelio, que, por um lado libertaria cholesterina, e, por outro, precipitaria pelas suas albuminas a cal, ambas necessarias para a formação do calculo.

Os trabalhos de Naunyn fôram pouco depois confirmados por trabalhos experimentaes importantes.

Assim no anno immediato, em 1893, conseguiram Gilbert e Dominici uma angiocholite typhica e cholecystite com concreções verdes, por injeção do bacillo de Eberth na vesicula biliar do coelho.

Mignot e Miyake obtiveram tambem concreções experimentaes contaminando a vesicula biliar.

Como accentuámos na pathogenia da cholecystite, não é a invasão dos microorganismos sufficiente para produzir uma infecção da vesicula biliar, que rapidamente pode desembaraçar-se das bacterias;

(1) Galippe, *Journal des connaissances médicales*, 1886.

(2) Naunyn, *Klinik der Cholelithiasis*, Leipzig, 1892, e *Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin*, 1892.

nestas condições deve presuppôr-se para o catarrho lithogenico a estase biliar e o impedimento na contractilidade da vesicula.

Segundo a experimentação nos animaes, sam especialmente as inflammações ligeiras que favorecem a lithogenese. As infecções de alta virulencia, as graves cholecystites purulentas, não produzem concreções, como se deprehe de das experiencias de Mignot, Cushing e Miyake.

A doutrina da origem bacteriana da cholelithiase documenta-se, não só nestes dados laboratoriales, mas tambem na experiencia clinica e anatomo-pathologica.

Assim, embora a lithogenese não pareça dependente de determinadas especies microbianas, é manifesta a influencia, por exemplo, do bacillo typhico na pathogenia da cholelithiase.

Deixamos expostos nas paginas anteriores alguns elementos relativos a este factor etiologico de toda a importancia, como o que ficou dito ácerca dos antecedentes pessoaes dos cholelithiacos (pag. 173) e sobre os portadores de bacillos de Eberth (pag. 192) a proposito da cholecystite typhica.

É tambem interessante notar que nos casos de Curschmann, publicados na Encyclopédia de Nothnagel, ha em 31 % dos casos de cholelithiase uma febre typhoide anterior

Ereth e Stolz colligiram em tempo 32 casos de cholecystite typhica, em 20 dos quaes a autopsia ou a intervenção cirurgica tinha revelado a presença de calculos. Este facto não era interpretado pelos autores como sendo a cholecystite typhica a causa dos calculos, considerando, pelo contrario, estes ultimos como constituindo condições favoraveis á fixação e

ao desenvolvimento dos bacillos de Eberth e portanto á producção da cholecystite typhica. A critica judiciousa, que a este modo de vêr tem sido feita, assignala porém que entre os 12 casos de cholecystite sem calculos, fôram 9 casos examinados já nas primeiras seis semanas da febre typhoide, faltando referencia á epocha nos outros 3; as crises de cholecystite acompanhadas de lithiase biliar sam, pelo contrario, geralmente mais antigas; 2 casos apenas fôram observados já na segunda e terceira semana, 4 casos na quinta e sexta semana, mas todos os outros mêses ou annos depois.

Quanto ao mecanismo segundo o qual a infecção lithogenica produz a concreção calculosa, não ha apenas a considerar a inflammação parietal da vesicula, expressa na referida doutrina do catarrho lithogenico de Naunyn.

Os trabalhos recentes *in vitro* teem com effeito permittido considerar novos aspectos de ordem chimica sobre a precipitação da cholesterina.

Já Thudichum (1) disse em tempo que os microorganismos não só produzem o catarrho em causa na lithogenese, mas tambem decompõem de per si a bilis, produzindo-se assim as concreções directamente pelos productos da decomposição biliar.

O modo de vêr de Thudichum confirmou-se por uma serie de trabalhos recentes de Gerard (2) e Kramer (3) e até certo ponto tambem pelas investi-

(1) Thudichum, British medical Journal, 1892.

(2) Gérard, Comptes rendus de la Société de Biologie, 1905.

(3) Kramer, Journal of experimental Medecine, 9 de março de 1907.

gações ainda mais recentes de Lichtwitz (1) e Bacmeister (2), que apresentam comtudo uma interpretação diversa.

Attribue Bacmeister um papel importante á decomposição autolytica, esteril, da bilis na precipitação da cholesterina; esta autolyse pôde ser augmentada por substancias ricas em protoplasma (epithelios) assim como pela invasão de microorganismos.

Lichtwitz invoca processos physico-chimicos para a formação das concreções. Tanto este autor como Porges e Neubauer concluem que a cholesterina se encontra na bilis em suspensão colloidal, de modo que a sua precipitação se realiza em harmonia com as leis da chimica das substancias colloides, segundo as quaes a precipitação pôde resultar do encontro de dois colloides differentemente carregados.

Segundo as investigações destes autores teria a cholesterina uma carga anodica e como os restantes colloides em suspensão na bilis estam carregados com o mesmo signal, mantem-se reciprocamente em solução.

Os meios bacterianos seriam comparaveis pela sua acção ás soluções colloidaes, e como segundo Gerard e Kramer a contaminação da bilis por bacterias pôde precipitar a cholesterina, deveriam ahi ser procurados, assim como nas albuminas que o catarrho lança na bilis, os agentes precipitantes de carga cathodica.

(1) Lichtwitz, Muenchener medizinische Wochenschrift, 1908, n.º 12.

(2) Bacmeister, Muenchener medizinische Wochenschrift, 1908, n.ºs 5, 6, 7 e o numero da mesma revista de 11 de maio de 1909.

Gerard mostrou com effeito, em 1905, que o colibacillo é capaz de precipitar a cholesterina duma solução de saes biliare saturada desta substancia.

Kramer obteve *in vitro* resultados analogos fazendo actuar sobre a bilis microbios variados.

Numa recente these de Duranton (1), diz-se (pag. 14) a este respeito: «parece pois, segundo estes autores, que é unicamente por modificações chemicas, produzidas pelos microbios, que a cholesterina se precipita». Mas o qualificativo de unicamente não passa duma affirmacão gratuita, como vamos vêr ao analysar, daqui a pouco, a ultima conclusão desta these de Duranton.

Segundo este interessante trabalho, a cholesterina, lipode aphosphorado, não é apenas uma excreção normal ou pathologica; attribuem-se com effeito á cholesterina tambem propriedades anti-toxicas e antihemolyticas, aspecto da questão mais recentemente estudado por Phisalix, Vincent, Sal-kowski, Iscovesco além doutros.

In vitro é a cholesterina precipitada pela maioria dos microbios aerobios. As toxinas microbianas tambem a precipitam.

Esta precipitação da cholesterina é precedida por uma precipitação de saes biliare; a bilis fica alcalina.

Bouchard suppunha que a precipitação devia ser attribuida a uma modificação do meio alcalino que se tornaria acido.

Duranton (pag. 45 da sua these) não encontrou porém reacção acida ao tornesol em tubo algum.

(1) Duranton, *La cholestérine et ses conditions de précipitation*. These de Paris, novembro de 1908, pag. 57.

Investigou se a alcalinidade da bilis tinha sido modificada pela presença dos microbios. Doseando com um soluto de acido sulfurico decinormal, constatou que a alcalinidade se não tinha modificado com o paratyphico A e o colibacillo, depois de sessenta dias de estufa; que tinha diminuido muito ligeiramente com os bacillos typhico e diphtherico e que tinha augmentado consideravelmente com o pyocyanico.

A acção dos microbios não se exerce, pois, por transformação do meio alcalino em meio acido.

Esta precipitação subordina-se a uma diminuição dos saes biliares na bilis. Gerard, citado por Duranton, tinha obtido glyocola, proveniente do desdobramento do acido glyocolico, nas suas culturas de colibacillo em solução de saes biliares saturada de cholesterina, e concluia «que o apparecimento do colibacillo na bilis diminue a percentagem deste liquido em saes biliares, os quaes já se não encontram em quantidade sufficiente para dissolver a cholesterina que se deposita e que se torna o ponto de partida para um calculo».

Duranton reconheceu tambem nos seus tubos um deposito que precedia a precipitação da cholesterina e que dava a reacção de Pettenkoffer para os acidos biliares.

O resultado da infecção biliar seria portanto uma decomposição dos saes biliares, acompanhando-se dum desdobramento dos acidos biliares. A bilis, faltando-lhe uma quantidade de saes biliares sufficiente para manter a cholesterina dissolvida, faculta assim a precipitação desta.

Diz Duranton, que teria sido interessante investigar experimentalmente a influencia da diminuição

da quantidade de saes biliars em bilis filtrada e esteril, mas que a difficuldade destas investigações lhe não permittiu emprehendê-las in vitro.

Semelhante investigação não tem comtudo o interesse que Duranton lhe attribue, porque já a esse tempo tinha sido realizada por Exner e Heyrovsky, cuja communição apresentada ao 37.º Congresso alemão de Cirurgia (Berlim, 21 a 24 de abril, 1908) foi resumida nas revistas scientificas francêsas muito anteriormente á these de Duranton, que porém não cita este trabalho na extensa bibliographia da sua these, o que dá uma apparente novidade ás suas conclusões sobre o papel dos saes biliars na precipitação da cholesterina.

Exner e Heyrovsky confirmáram com effeito, num trabalho importante, que se justifica a antiga theoria de Thudichum, segundo a qual a cholesterina necessaria á edificação dos cálculos seria mantida em solução pelos saes dos acidos biliars.

Conseguiram Exner e Heyrovsky demonstrar que as bacterias, e especialmente o grupo do typhico e do colibacillo, decompõem os saes biliars em bilis e em caldos; dali resulta uma forte diminuição no poder dissolvente da bilis sobre a cholesterina; esta precipita-se e inicia a lithogenese.

Constatáram Exner e Heyrovsky, por outro lado, que na bilis esteril tambem se dá, embora em ligeiro grau, uma decomposição dos saes biliars, de modo que, havendo estase na vesicula, podem os saes biliars desaparecer com o tempo, resultando sem participação de bacterias uma lithogenese por precipitação da cholesterina em bilis esteril.

Aschoff e Bacmeister, discipulo daquelle conhecido anatomo-pathologista, teem tambem publicado uma serie de importantes trabalhos, o ultimo dos

quaes de ha poucos dias (1), sobre o papel da decomposição autolytica da bilis esteril na precipitação da cholesterina.

Importa distinguir duas eventualidades diferentes para a lithogenese e accentuar correspondentemente um facto que tem passado bastante despercebido.

E que existem tambem duas especies de calculos de cholesterina, distinctas pela diversidade da sua composição chimica e das lesões anatomo-patholicas concomittantes por parte da vesicula biliar.

Para a escola de Aschoff, não ha uma pathogenia univoca da lithogenese.

O calculo de cholesterina constituido em crystal segundo o typo chamado radiado, que apenas contém pequenos vestigios de cal, parece dever contrapôr-se a todos os outros calculos.

Enunciando a conclusão sob alguma reserva, — por não encontrar referencias á pesquisa de germens anaerobios, que poderiam talvez estar em causa duma infecção biliar, embora minima, sem lesão vesicular apreciavel, — direi que Bacmeister reconheceu a formação do calculo de cholesterina chamado radiado na vesicula biliar não inflammada, apenas com phenomenos de estase, por crystallização no liquido, sem que se torne necessaria uma concomittante modificação parietal; o material em cholesterina deriva da propria bilis. A segunda conclusão de Exner e Heyrovsky, que ficou enunciada, sobre a decomposição dos saes biliares em bilis

(1) Bacmeister, *Die Bedeutung des radiären Cholesterinstein für die entzündliche Gallensteinkrankheit*. Muenchener medizinische Wochenschrift, de 11 de maio de 1909.

esteril, pôde tambem ser invocada em abono deste modo de ver de Bacmeister.

Todos os outros calculos teem uma percentagem de cal muito mais importante. A maior parte da cal é fornecida pela mucosa e pela parede da vesicula biliar. Até onde pôde affirmar-se no estado actual, parece que é quasi sempre a inflamação que determina esta anomala producção de cal. Em contraste com o calculo radiado de cholesterina, devem provavelmente todos os outros calculos biliares a sua formação aos processos inflammatorios (1). Estes calculos constituídos por infecção comprehendem tambem os calculos estratificados de cholesterina, cuja superficie e secção ainda apresentam um aspecto crystallino, mas que já teem uniformemente distribuidas pequenas quantidades de cal, circumstancia esta que a sua estratificação concentrica tambem exprime.

(1) O crescimento dos calculos tambem depende da infecção da bilis em estase e da inflamação vesicular. Não havendo estase, desembaraça-se a vesicula de quaesquer agentes infecciosos, de modo que a decomposição dos saes biliares pelos microorganismos não attinge a duração e intensidade sufficiente para, com a continua irrigação biliar, a cholesterina poder precipitar-se. Havendo porém concreções na vesicula biliar, já as bacterias ahi se podem demorar mesmo sem phenomenos de estase. A bilis espessa adhire aos calculos, dando-se portanto nesta camada contigua ás concreções uma deficiente renovação da bilis; dahi resulta, nesta zona, uma accumulacão de bacterias que, decompondo os saes biliares, podem precipitar a cholesterina embora em pequena quantidade, de harmonia com o pouco material.

Portanto os microorganismos, que se encontram nos calculos, podem não ter penetrado em virtude da porosidade de quaesquer concreções, mas podem tambem ter sido incluidos pela cholesterina que se precipita da camada capillar de adhesão da bilis aos calculos.

O calculo radiado de cholesterina póde inicialmente encontrar-se na vesicula sem inconveniente momentaneo, pois que parece ser sufficiente para a sua producção uma estase prolongada. É geralmente reconhecido como calculo solitario, accumulando-se a cholesterina lenta e gradualmente, precipitada em volta dum só nucleo que vae crescendo por apposição de novas massas. O seu crescimento é muito lento. Suppõe Bacmeister que sam provavelmente precisos annos afim de se produzir um calculo radiado de cholesterina com as dimensões duma cereja. Não sobrevindo complicação alguma, tambem este calculo se não revela clinicamente, apparecendo por accidentê numa autopsia, installado numa vesicula biliar não inflammada.

Poderia assim haver na lithogenese biliar, em casos especiaes, um periodo não inflammatorio, correspondente á formação do calculo radiado de cholesterina na bilis em estase, symptomaticamente silencioso e podendo conservar-se nestas condições até á morte do individuo.

Mas nem sempre assim succede. Além de complicações doutra ordem, como num caso recente de apoplexia pancreatica estudado por Bacmeister e no qual se reconheceu como causa determinante um destes calculos radiados, tambem estes calculos de cholesterina estabelecem condições mechanicas, que favorecem a infecção, de resto imminente sobre a vesicula em consequencia da estase biliar. E assim se affirma tambem a importancia clinica destes calculos radiados. Podem provocar uma infecção secundaria e iniciar um segundo periodo inflammatorio, a cholelithiase inflammatoria. O calculo de cholesterina, no decurso dos phenomenos inflammatorios que vam desenrolar-se, adquire, com limi-

tação nitida, novas camadas estratificadas, muito ricas em cal, e produzem-se geralmente novas gerações de calculos do typo mixto.

Mas, sendo os calculos puramente de cholesterina, ou com ligeira percentagem de cal, raros em relação aos calculos mixtos, podem considerar-se as concreções biliares na maioria dos casos como sendo de origem inflammatoria, decompondo as bacterias os saes biliares, o que diminue a solubilidade da cholesterina na bilis, e havendo participação das paredes vesiculares inflammadas na lithogenese.

Estas considerações sobre o mechanismo da lithogenese revelam, portanto, novos e importantes pontos de vista, que ampliaram os nossos conhecimentos sobre esta discutida questão, mas, como da leitura se depreheende, de modo nenhum os trabalhos modernos invalidáram a interferencia da inflammacão parietal enunciada no antigo conceito pathogenico de Naunyn.

Até, pelo contrario, os trabalhos de Kehr, noutra passagem (pag. 198) referidos a proposito dos canaes de Luschka na pathogenia das recidivas, confirmam tambem, como algumas das considerações que acabam de ser feitas, a intervençao da parede vesicular inflammada na constituição dos calculos.

O que equivale a dizer que não concordo com a segunda parte duma conclusao da referida these de Durantou (1) segundo a qual: «*In vivo*, a estase e a infecção desempenham o papel principal, ao passo

(1) Durantou, *La cholestérine et ses conditions de précipitation*. These de Paris, novembro de 1908.

que o epithelio biliar parece ter um papel completamente secundario na precipitação da cholesterina». Noutra passagem (pag. 56) enuncia de modo semelhante: «Julgamos que, *in vivo* como *in vitro*, a lithiase pôde ser o resultado de transformações chemicas causadas pela presença e pelo desenvolvimento de microbios na bilis. As cellulas epitheliaes cahidas na bilis, e provenientes da mucosa biliar que apresenta lesões de cholecystite, desempenham o papel de centro de precipitação para a formação dos calculos».

Basea-se este modo de ver do autor em argumentos negativos. Com effeito, transcrevendo umas conclusões histo-pathologicas de Cornil, Mignot, Harley e Barratt, conclue dizendo (pag. 56): «É-nos difficil concluir a favor do papel activo do epithelio biliar segundo estas lesões encontradas pelos differentes autores», e passa a emittir a opinião enunciada ácerca da pathogenia da lithiase.

Embora reconheça (pag. 53) que: «É certo que, no estado normal, a cholesterina é fornecida em parte pelo epithelio vesicular», e aceite um augmento desta secreção no estado pathologico, recorda que este augmento se pôde produzir sem que resulte necessariamente a precipitação da cholesterina, pois Naunyn mostrou que a quantidade de saes biliares é sufficiente para dissolver uma maior quantidade de cholesterina do que aquella que a bilis contém normalmente.

Quanto á cal que se encontra na quasi totalidade dos calculos e que provém, como dissemos, fundamentalmente, da inflammação vesicular, pelos processos exsudativos que se desenvolvem, apenas encontro a seguinte passagem (pag. 49), que de resto aceito como verdadeira: «Vamos eliminar imme-

diatamente a influencia que a alimentação pôde exercer sobre esta precipitação. Admitte Bouchard com effeito «que a cholesterina pôde precipitar-se se fôr introduzida ou produzida em excesso, se não fôr queimada no organismo, se, por conseguinte, chegar em proporção demasiadamente forte ao liquido biliar». Desde 1891, mostrou Naunyn a constancia da quantidade de cholesterina e de cal na bilis qualquer que seja o modo de alimentação».

Não ha outra referencia á cal; ora se Durantou tinha em vista apenas a cholesterina, não podia concluir, como faz na passagem da pag. 56 que transcrevi, referindo-se á lithiase.

E até relativamente á propria cholesterina ainda ha, além dos mencionados, muitos novos aspectos cujo estudo se inicia.

Assim um recente trabalho de Adami (1), ha dias publicado em resumo no British Medical Journal, enuncia que os globulos myeloides no epithelio vesicular e a cholesterina amorpha de Naunyn sam essencialmente oleato de cholesterylo que normalmente passa em solução para a bilis, mas que, em certas condições e na vesicula biliar, é posto em liberdade no estado solido, tendendo a agglomerar-se em flocos, ao passo que noutras condições se dá a precipitação de cholesterina crystallina.

Com a dissociação das cellulas é posto em liberdade o oleato de cholesterylo, que, sob a acção dos alcalis na bilis, se dissocia, precipitando-se a cholesterina, e convertendo-se o acido gordo em sabões que tendem a ser absorvidos.

(1) Adami, *Gall Stones and their Cholesterin Constituents*. Western Canada Medical Journal. Janeiro 1909 (citado in The British Medical Journal de 5 de junho de 1909).

A cholesterina poderia existir no organismo em combinação definida com ácidos gordos e substancias lipoides, e seria excretada na bilis sob a fórma deste composto facilmente soluvel; uma vez na bilis póde dissociar-se, ou dissolvendo-se na presença de gorduras, sabões etc., ou precipitando-se e fazendo parte integrante de calculos biliares.

Justificam todas estas considerações pathogenicas o papel da infecção na lithiase biliar.

Mas não é só a infecção da bilis, é tambem a inflammação vesicular, que importa considerar nas suas principaes determinações anatomo-pathologicas.

Algumas referencias feitas, como a participação das paredes vesiculares no mechanismo da lithogenese, e como o papel a attribuir aos canaes de Luschka nas recidivas, deixam entrever a importancia das lesões que se installam nos tecidos onde os phenomenos de lithiase se produzem.

É a falta de inflammação e de infecção que explica as lithiases reveladas por autopsias, sem que em vida se declarassem quaesquer symptomas.

Os calculos, com effeito, não perturbam, e realizam uma phase de latencia, segundo a nomenclatura consagrada, emquanto se mantêm a permeabilidade do cystico e o curso normal da bilis, e emquanto faltar a inflammação e a infecção. Só quando o canal cystico se tumefaz ou se oblitera por calculose, é que se produzem symptomas que revelam um doente no portador de calculos. Não suppõem autores da competencia de Kehr que exista dôr causada por contracção da parede vesicular não inflammada; se tal houvesse deveriamos, como Kehr acrescenta, sentir sempre as contracções da vesícula quando

esta impulsiona a bilis para o choledoco. Ora as investigações numerosas daquelle cirurgiaão teem verificado que, em especial, o collo da vesiculas e encontra anatomo-pathologicamente vulnerado na cholelithiase vesicular. Ahi se encontra muitas vezes, com inflamação serosa ou purulenta da vesicula, um calculo que provoca o edema e o espessamento das camadas mucosa, muscular e serosa, e que se oppõe á eliminação das secreções inflammatorias em estase na vesicula biliar. Affirma Kehr ter observado que a oclusão do cystico, quando gradualmente produzida, não é necessariamente dolorosa, como por exemplo succede com o cancro do cystico; por outro lado tambem uma infecção do conteúdo vesicular sem oclusão do cystico quasi não dá reacção.

A subita oclusão do cystico, mas com infecção simultanea do conteúdo vesicular, determina a cholecystite, mais ou menos grave, conforme o typo da infecção e a quantidade dos germens infectantes. Não ha cholecystite sem infecção; se nalguns casos, após as operações, se não teem encontrado bacterias, deve o facto resultar quer das deficiencias dos methodos de investigação, — e depõem neste sentido os trabalhos da escola de Gilbert sobre os germens anaerobios — quer de se tratar duma infecção já extincta quando se deu a intervenção cirurgica.

A cholecystite pôde ser serosa ou purulenta, menos frequentemente hemorrhagica, podendo tornar-se saniosa ou revistir character diphtherico ou necrotico e gangrenoso. Thromboses vasculares podem produzir gangrena da vesicula biliar, apesar da intensa irrigação sanguinea, por um lado pela arteria cystica, por outro lado pelos vasos que se lançam do leito vesicular sobre a vesicula.

O aspecto e a fórma da vesicula modificam-se

consideravelmente com estas diferentes gradações das determinações inflammatorias.

Póde uma vesicula parecer quasi normal e, apesar disso, ter sido pouco antes a séde duma infecção grave. Quasi que se não encontram signaes de inflamação nas intervenções cirurgicas em phase de latencia.

Não é raro que as operações, durante o ataque, surprehendam a vesicula constituindo uma tumefacção cystica dum vermelho azulado, gravemente inflammada, do tamanho duma cabeça de feto, tendo à superficie abundantes depositos fibrinosos e na mucosa ulcerações profundas e em varios pontos signaes de necrose incipiente. É frequente as camadas serosa e muscular augmentarem intensamente de espessura, de modo que as camadas vesiculares, habitualmente delgadas, podem, segundo Kehr, attingir uma espessura de um centimetro a um centimetre e meio.

As considerações estabelecidas na pag. 198, a proposito da pathogenia das recidivas, dam ideia da interferencia dos canaes de Luschka nestas importantes determinações histo-pathologicas.

Nada tem de extraordinario que, á semelhança do que succede na appendicite, o processo inflammatorio, inicialmente limitado ao interior da vesicula biliar, attinja as suas camadas externas. Produz-se então uma peritonite local, uma pericholecystite, geralmente serofibrinosa, e raras vezes purulenta. O exsudado póde ser reabsorvido ou encapsular-se; como residuos da inflamação ficam porém em toda a volta adherencias, que ligam a vesicula com os orgãos vizinhos e podem constituir nova origem de symptomas, conformê se dispõem em cordões, em ligamentos ou em superficie. Neste ultimo caso, fal-

tariam frequentemente quaesquer incommodos, na autorizada opinião de Kehr; mas com as adherencias em cordões podem produzir-se colicas, que quasi se não distinguem das colicas cholelithiaticas typicas.

As adherencias estabelecem-se entre a vesicula biliar por um lado, e o peritoneo parietal, o colon, o epiploon, o duodeno, o pyloro e o estomago por outro lado. Podem criar uma dilatação gastrica e uma estenose pylorica por tracções do duodeno para cima e por fixação do pyloro; e assim revela-se num cholelithiaco um doente do estomago, que já não pôde ser curado apenas por uma operação contra a lithiase, mas no qual se devem eliminar as consequencias incuraveis da estenose pylorica por meio duma gastroenterostomia. Era por exemplo esse o caso numa observação historica de Kehr, no seu primeiro operado (maio, 1890); tratava-se com effeito duma estenose pylorica devida a um empyema da vesicula biliar.

É muito frequente que uma cholecystite, embora violenta, se torne espontaneamente silenciosa de symptomas, podendo tambem curar. Cessando a tensão da vesicula distendida, tambem desaparecem as dôres que constituem o symptoma mais em destaque da cholecystite aguda. O doente considera-se curado e o medico, na phrase de Kehr, confirma por já não poder reconhecer dôr á pressão, nem tumefacção da vesicula biliar. Mas caso se offereça occasião de operar um doente desta ordem, admira encontrar a vesicula repleta de pus apesar do silencio symptomatico. Sam estes casos que tanto surpreendem os que não teem visto, mas que de modo nenhum sam uma raridade para um operador que se occupe especialmente da cirurgia biliar (Kehr).

É muito mais facil de comprehender a falta de

symptomas naquelles casos que a litteratura medica ha muito inscreve sob a designação de hydropisia da vesicula biliar. Se um calculo mantem a oclusão do cystico, se a infecção vesicular se extingue ou se de principio apenas havia uma cholecystite serosa, permanece nessas condições uma tumefacção cystica da vesicula biliar, a qual se supporta sem quaesquer incommodos, precisamente por faltar a inflammação. Como a vesicula não póde receber bilis pelo cystico, mas subsiste a secreção das glandulas mucosas, com o tempo, o conteúdo da vesicula hydropica torna-se limpido como agua; a tumefacção póde crescer sem quaesquer symptomas e attingir taes proporções que já se pensou até num kysto de ovario. A crescente diminuição de espessura das camadas augmenta o perigo de ruptura destas hydropisias vesiculares.

Os casos mais frequentes sam aquelles em que a cholecystite cura—ou porque se estabelece a permeabilidade do collo da vesicula,—ou porque esta irrompe para o estomago ou para o intestino, formando-se assim communicações fistulosas do intestino ou do estomago com a vesicula ou com o cystico.

Se esta cura natural é em muitos casos realmente duradoira, é tambem certo que esta cura espontanea póde em muitos outros collocar o cholelithiaco em perigo de vida. Kehr exemplifica a este respeito com aquelles casos nos quaes as secreções inflammatorias da vesicula impellem um calculo para o choledoco, ao passo que uma fistula entre a vesicula e o intestino dá passagem a pus e a calculos: ora o calculo no choledoco oppõe-se ao curso regular da bilis dos ductos hepaticos; a descarga pelo estreito canal cystico é em geral insufficiente, e a communicação entre a vesicula e o intestino faculta a infecção do

systema biliar; assim se insinuam aquellas infecções do systema biliar, que evolucionam sem grandes colicas sob o quadro da cachexia e da inanição e que sam geralmente mortaes. Casos desta ordem só podem ser salvos por operações destinadas a eliminar a fistula, a suturar o intestino, a remover a vesicula e a drenar o canal hepatico.

Embora a cholecystite calculosa possa curar na maioria dos casos, não só em sentido clinico, tornando-se silenciosa de symptomas, mas tambem — naturalmente na minoria dns casos — por fórma completa, importa accentuar que a cura da cholecystite aguda não equivale á cura da cholelithiase.

A expulsão de todos os calculos e a *restitutio ad integrum* da mucosa vesicular é um facto rarissimo, como Kehr é conduzido a affirmar com a sua incontestavel experiencia clinica.

Na maior parte dos casos resulta da cholecystite aguda uma cholecystite chronica.

A parede vesicular torna-se cada vez mais espessa. A mucosa apresenta ulcerações superficiaes ou profundas. Descrevem-se tambem perfurações para a cavidade abdominal livre ou para focos encapsulados. Todos estes processos ulcerativos produzem-se:

- 1) como ulceras de decubito, causadas por calculos;
- 2) como ulceras typicas, em resultado de destruição necrotica da mucosa intensamente inflammada;
- 3) por destruição de infiltrações hemorragicas inflammadas;
- 4) por profuração dos productos accumulados no interior dos canaes de Luschka, para o interior da vesicula pela superficie mucosa, ou para fóra na direcção da serosa.

Os apertos que podem produzir-se no cystico difficultam cada vez mais a livre saída da secreção vesicular, e a infecção chronica é entretida pela estase de bilis residual.

É também possível uma obliteração do cystico, e a vesicula pôde atrophiar-se por processos de retracção, assim como o conteúdo vesicular pôde perder quasi por completo o character infeccioso.

Mostram estas considerações anatomo-pathologicas, como ainda alguns annos depois se pôde estabelecer uma latencia completa, tornando-se os calculos inoffensivos por uma especie de encapsulamento.

Pôde affirmar-se que a tendencia para os phenomenos de latencia é uma das characteristics da cholelithiase, realizada em 80 % dos casos recentes e em 50 % dos antigos (Kehr), embora deva considerar-se como uma eventualidade rarissima a cura no sentido cirurgico, isto é, a eliminação de todos os calculos, o restabelecimento da permeabilidade das vias biliares, e a remoção nos microbios que entreteem a infecção biliar e dos processos inflammatorios dependentes da infecção.

A proposito desta frequencia das fôrmas latentes de cholelithiase, lembra Kehr que, com toda a probabilidade, a irritação dos calculos favorece o carcinoma vesicular, raras vezes ao alcance das intervenções cirurgicas embora precoces.

Sam também importantes os estados anatomo-pathologicos devidos á presença de calculos no choledoco.

Quanto á migração do calculo da vesicula para o choledoco, é possível que entrem em jogo factores

diversos. Póde succeder, em casos muitos raros, que a eliminação se dê sem reacção dolorosa, mediante contracções musculares da vesicula, mas quasi sempre é o calculo impellido para o choledoco pelas secreções inflammatorias estagnadas da vesicula biliar.

É em todo o caso raro que se produza a occlusão aguda do choledoco sem cholecystite anterior; segundo Kehr, existiria quasi sempre uma cholecystite, embora muitas vezes não seja possivel diagnosticá-la.

Acompanhando o calculo, passam geralmente muitos microorganismos da vesicula para o choledoco; produz-se uma choledochite quando a papilla se não mantem bem permeavel e o calculo se não lança rapidamente no duodeno.

Do mesmo modo que na vesicula, tambem no choledoco se produzem inflammções serosas e purulentas, revelando-se á choledocotomia, na occlusão aguda do choledoco, a bilis limpida transformada em sôro e pus, e a mucosa com inflammção e frequentemente ulcerada, devendo-se o conhecimento destas importantes noções ás investigações cirurgicas, que tambem teem mostrado a grande frequencia das pancreatites concomitantes, que se documentam pela accentuada dureza do orgão e pelo seu consideravel augmento de volume. Segundo Kehr, apresentar-se-hia a bilis como um liquido misturado com flocos de pus. Para outros que interveem mais precocemente, como Mayo-Robson, raras vezes o liquido seria francamente purulento. Tem este liquido tambem sido descripto com caracteres variaveis, como constituido por bilis normal, ou por bilis espessada e escura quasi preta, ou contendo grumos (lôdo biliar). Em observações excepçionaes, por exemplo, de Quènu, tem sido assinalado o cheiro fecaloide deste

liquido, dependendo todas estas modificações do grau de obstrucção e de infecção das vias biliares.

A choledochite aguda extingue-se assim que o calculo passa pela papilla, ou quando a obstrucção não fôr completa. Neste ultimo caso, tambem se estabelece no choledoco, apesar da presença do calculo, uma latencia completa.

Em geral porém a choledochite aguda reveste nestas condições uma fôrma chronica. O choledoco dilata-se por influencia do calculo e da bilis estagnada detrás d'elle; as suas camadas augmentam de espessura e o canal, que em condições normaes tem o diametro dum lapis, póde attingir a circumferencia duma ansa de intestino delgado, a ponto de o choledoco ter sido varias vezes tomado pela vesicula biliar e incisado.

Quanto ás relações entre a espessura da parede do canal e a sua consistencia, parece que, na occlusão com infecção accentuada, o choledoco se dilata e a sua parede augmenta de espessura, mas a consistencia póde ser friavel; se pelo contrario a infecção é attenuada, póde a dilatação ser ainda maior, e a parede espessada e esclerosada é em geral bastante resistente.

Segundo Riedel, tambem o grau de dilatação dependeria das dimensões do calculo obstruente e da intensidade dos phenomenos inflammatorios concomitantes, Poude, com effeito, reconhecer, com infecção pouco intensa, um calculo pequeno produzindo uma dilatação ligeira, e, pelo contrario, um calculo de volume analogo determinando uma forte dilatação, sendo porém o processo infeccioso intenso.

À semelhança do que póde succeder com a vesicula biliar, tambem aqui se póde estabelecer uma fistula choledocoduodenal, quando o calculo se en-

contra por detrás do duodeno, junto á papilla, e assim pôde resultar uma cura espontanea numa occlusão chronica do choledoco embora com alguns annos de existencia. Mas se o calculo se installa, como geralmente acontece, na porção supraduodenal do choledoco, ha muito poucas probabilidades para semelhante cura espontanea: então impõe-se o tratamento cirurgico.

Além da calculose vesicular e do choledoco, que acabamos de analysar em esbôço anatomopathologico, devemos completar estas noções com uma rapida referencia á lithiase do hepatico e das vias intra-hepaticas.

Sabe-se, com effeito, que nalguns cholelithiacos tem sido reconhecidos calculos mais ou menos volumosos nas vias biliares intrahepaticas, sendo ainda discutivel o seu modo de formação.

Parece consideravel a frequencia da lithiase do canal hepatico, pois que, por exemplo, Kôrte regista 17 casos pessoases entre as suas intervenções.

Se a classica monographia de Courvoisier poude incluir em 1891 50 casos considerados como de lithiase intrahepatica, foi especialmente um trabalho recente de Beer (1), citado por Cotte (2), que chamou a attenção para a frequencia desta lithiase intrahepatica que se manifestaria em 8,3 0/0 dos casos de lithiase. Deprehende-se deste importante trabalho que a lithiase intra-hepatica se acompanhava sempre

(1) Beer, *Intrahepatische Cholelithiasis*. (Langenbecks Archiv. Bd. LXXIV. H. 1. 1904).

(2) Cotte, *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*, These de Lyão, 1908, pag. 154.

de calculose das vias extra-hepaticas; mas havia tambem sempre simultaneamente uma obstrucção calculosa com angiocholite.

Contra Beer, suppõe Cotte, porém, que existem casos de lithiase intra-hepatica isentos de qualquer concreção nas vias extra-hepaticas. A 9 casos citados por Courvoisier e a 2 de Naunyn, acrescenta Cotte uma observação muito interessante de Jaboulay, na qual nem os exames operatorios nem as investigações necropsicas permittiram encontrar calculos nas vias extra-hepaticas, ao passo que havia numerosas concreções nos canaes intra-glandulares.

Pathogenicamente admittiam Charcot e Langenbuch que a maior parte dos calculos intra-hepaticos veem da vesicula pelo cystico e pelo hepatico. Tambem accetavam a possibilidade duma formação de concreções nos canaes intra-glandulares mas attribuiam caracteres especiaes a estes calculos: de pequeno volume, constituídos por bilirubinato de cal, nunca de estructura radiada, nem com camadas concentricas, nem facetados como os calculos vesiculares.

Para outros, porém, seriam excepçionaes os calculos intra-hepaticos de origem vesicular, tendendo a admittir-se a eventualidade duma formação autochtona de calculos intra-hepaticos, embora se não conheça o processo que lhes dá origem. Parece que a retenção, invocada por Frériche, não é sufficiente para os produzir, pois não teem sido encontrados nas obstrucções biliares de origem estranha á lithiase. Para Gaspard Meyer e Courvoisier seria a estase biliar apenas um factor predisponente; seria necessario juntar-lhe, segundo Naunyn, a influencia da mucosa e, segundo Mosler, a da angiocholite.

O citado trabalho de Beer mostrou o papel da

estase na obstrucção calculosa e a importancia da angiocholite, pois que, segundo estas investigações, a lithiase intrahepatica presuppõe estas duas condições para o seu desenvolvimento. Cotte observa que estas duas causas não são sufficientes, pois em muitos casos, em que ambas se realizam, não se encontram calculos intra-hepaticos.

Suppõe Riedel que se trata duma producção secundaria a uma obstrucção calculosa do choledoco, em individuos predispostos. Esta predisposição, accete por exemplo na citada these de Mathieu, embora seja um conceito muito vago e deva corresponder, com toda a probabilidade, a uma angiocholite em condições especiaes, parece deduzir-se de casos como a seguinte observação de Körte.

Homem de 43 annos. Colicas hepaticas havia 6 annos.

1.^a operação. Cystotomia. Ablação de calculos vesiculares. As dôres reaparecem.

2.^a operação. Cystectomy. Drenagem do hepatico. Ablação de calculos no cystico, no choledoco, no hepatico. Sahida de areias pelo dreno. Cura e depois recidiva.

3.^a operação. Ablação dum calculo retro-duodenal. Melhoras passageiras, morte ao 17.^o dia.

Autopsia.—O figado contém, em todas as vias intra-hepaticas, concreções analogas áquellas que saham pelo dreno do hepatico.

O interesse destes casos de lithiase intra-hepatica resulta finalmente delles conduzirem á conclusão de que existe por vezes lithiase biliar independente de lithiase vesicular anterior, embora esta ultima seja realmente a determinação fundamental da cholelithiase.

Outra serie de factos interessantes conduz áquella mesma conclusão.

Assim Stone (1) descreveu recentemente um caso de ausencia congenita da vesicula biliar no qual o hepatico e o choledoco fortemente dilatados continham calculos, respectivamente 6 no primeiro e 2 no segundo, tendo todos o volume duma avelã. Gay colligiu 19 casos semelhantes, em 5 dos quaes a ausencia da vesicula era o unico facto digno de menção; em todos os outros encontrava-se o canal biliar principal fortemente dilatado, quer por obstrucção, quer por compensação, como pôde succeder depois de cholecystectomias.

Para terminar, applicuemos, com Kehr, algumas destas noções anatomo-pathologicas á classificação das fôrmas de cholelithiase.

É classica a distincção estabelecida por Naunyn entre fôrma regular e fôrma irregular. Apesar da competencia dos autores que adoptam esta classificação, não parece haver grande vantagem em empregá-la. Naunyn, com effeito, entende por cholelithiase regular a oclusão aguda do choledoco com eliminação de calculos. Ora este facto é relativamente raro, se o compararmos com as determinações morbidas da vesicula biliar, e por outro lado esta chamada fôrma regular é geralmente uma consequencia da cholelithiase irregular, isto é, da cholecystite. Mas não é muito logico chamar regular a um processo que precisamente resulta dum processo irregular.

Tam pouco parece verosimil a irritação mechanica aseptica de Körte, que comprehende sob

(1) Stone, The American Journal of the Medical Sciences, junho 1908, n.º 435.

esta designação casos ligeiros de cholecystite serosa attribuindo um certo papel á irritação mechanica dos calculos.

Afigura-se-me mais simples e mais rigorosa a distincção de Kehr entre cholelithiase latente e actual. Esta ultima depende sempre duma infecção, podendo attribuir-se os casos muito ligeiros a uma infecção rapidamente extincta e de virulencia minima. Convém de resto distinguir entre cholecystite aguda e chronica, occlusão do choledoco, aguda e chronica e as respectivas subdivisões. Na occlusão chronica do choledoco importa tambem distinguir a natureza da obstrucção, ponto a discutir no interessante problema clinico das pancreatites. Podem assim estabelecer-se as seguintes subdivisões:

- I. Cholecystite aguda, com as fôrmas:
 - a) serosa ou serofibrinosa; b) purulenta;
 - c) gangrenosa (necrose aguda).
- II. Cholecystite chronica:
 - a) Hydropisia vesicular; b) empyema da vesicula (cholecystite ulcerosa).
- III. Occlusão aguda do choledoco.
- IV. Occlusão chronica do choledoco:
 - a) por calculo; b) pelo pancreas (carcinoma, pancreatite chronica).
- V. Carcinoma da vesicula biliar e do figado.

Mas de modo nenhum se deve esperar que a cholelithiase, com as caprichosas irregularidades da sua evolução, se adapte sempre rigorosamente a este esquema de Kehr. E assim pôde, por exemplo, encontrar-se a combinação clinica do empyema (II, b) com a occlusão chronica do choledoco (IV, a).

CAPITULO III

SEMIOLOGIA DA CHOLELITHIASE

A feição clinica, que procurei imprimir ao capitulo anterior, torna este capitulo tributario do segundo e permite-me ser neste logar menos extenso do que num capitulo sobre semiologia seria necessario, se não estivessem já expostas muitas noções fundamentaes.

O proprio quadro clinico traçado nas paginas 103 a 108, sob a rubrica de cholemia simples familiar, é muitas vezes, embora apenas nos seus traços geraes, um quadro symptomatico de cholelithiase, como se deprehende de considerações feitas ao apreciar a cholemia de Gilbert.

Nestas condições, limito-me a apreciar em especial alguns symptomas que offereçam particular interesse, começando por considerar em conjunto o diagnostico precoce da cholelithiase.

Foi especialmente Moynihan quem num artigo

recente (1) insistiu sobre o que elle chama os symptomas inauguraes da lithiase biliar, os quaes o conhecido cirurgião de Leeds diz não ter encontrado nos Tratados de Medicina.

Dum autor contemporaneo illustre, espirito de eleição muito sabedor de pathologia cirurgica, como Moynihan diz, transcreve as seguintes passagens: «Os calculos biliares, na maioria dos casos, não produzem symptomas. A vesicula biliar tolera a presença de muitos durante um periodo indefinido»; e noutro trecho: «Será talvez melhor considerar a cholelithiase sob os seguintes aspectos: os symptomas produzidos pela passagem dum calculo através dos ductos — colica biliar; os efeitos da obstrucção permanente do canal cystico; do calculo no choledoco; e os efeitos mais remotos devidos a ulceração, perfuração e producção de fistulas».

Segue depois uma descripção detalhada, dos symptomas da doença nestas diferentes phases terminaes.

Não ha a menor referencia a qualquer symptoma precoce, nem aos symptomas dependentes de quaesquer complicações que não sejam as tardias e evitaveis.

Suppõe Moynihan ter sido Kraus o unico que tem chamado especial attenção para os symptomas precoces, causados pelos calculos como Moynihan diz, descrevendo o que Kraus denomina de phase prodromica da cholelithiase.

Dá Kraus uma descripção de symptomas pelos quaes os calculos annunciam a sua presença; mas o quadro não corresponde, como elle suppõe, ao

(1) Moynihan, *An Adress on Inaugural Symptoms*, The British Medical Journal de 28 de novembro de 1908.

periodo durante o qual os calculos poderiam formar-se, significando antes o periodo em que já existem e se revelam.

É de toda a importancia accentuar que os symptomas inauguraes devidos á cholelithiase, sam referidos, na anamnese, não ao figado ou á vesicula biliar, mas ao estomago.

Os doentes queixam-se de repleção, peso, distensão ou oppressão no epigastro, estabelecendo-se pouco depois das refeições, geralmente meia hora a tres quartos depois, alliviando com as eructações, e desaparecendo quasi immediatamente pelo vomito, sendo aquelle mal-estar constantemente provocado por certos alimentos e dependendo antes da qualidade do que da quantidade da alimentação. Sente-se uma grande constricção, que se pôde converter em dôr aguda, da qual o doente allivia flectindo o corpo para deante, flectindo a coxa direita sobre o abdomen, ou alliviando o vestuario que comprime a cintura.

Emquanto este incommodo subsiste, pôde o doente accusar uma impressão no peito, e reconhecer, talvez, que lhe é impossivel tomar ar fundo, sem sentir uma pontada aguda no reborço costal direito.

Pôde haver uma sensação de desfallecimento e nauseas, e raras vezes apparece espontaneamente um vomito.

Depois duma destas «indigestões» mais accentuada do que de costume, pôde o doente sentir o corpo ou o lado preso durante alguns dias.

Um symptoma que Moynihan considera frequente, precoce e muito caracteristico da cholelithiase, é uma ligeira sensação de arrepio, durante uma destas indigestões, especialmente ás tardes, depois duma refeição. O doente pôde tremer de frio durante alguns minutos e pôde sahir da mesa para se preci-

pitar para junto dum fogão. Em todo o caso, duvido que possa com rigôr chamar-se precoce a este symptoma, que deve corresponder a uma infecção já bastante accentuada.

É finalmente frequente os doentes experimentarem a sensação de «pelle de gallinha», e varios medicos operados por Moynihan referiam que nas phases mais graves havia um arrepio muito ligeiro, rapidamente seguido por uma sensação de calôr.

Todos estes symptomas fôram designados por Leonard Molloy sob o nome de dyspepsia da vesicula biliar.

Criticando com energia a pouca attenção que estes elementos clinicos teem merecido, diz Moynihan: — «É sem duvida devido ao facto de estes symptomas inauguraes da cholelithiase não serem geralmente reconhecidos, que a perniciosa e inveterada heresia, segundo a qual se affirma que os calculos podem com frequencia existir na vesicula biliar sem causarem perturbações, ainda é completamente acceite como artigo de fé por todos os medicos e por muitos cirurgiões».

Nesta critica ha porém um certo exagêro, porque é o proprio Moynihan que, mais abaixo, figura uma hypothese na qual, apesar da presença de calculos na vesicula, haveria silencio symptomatico, que, com Kehr, tambem temos admittido (pag. 213 e 219) quando não existam phenomenos inflammatorios concomitantes.

Invoca Moynihan a oclusão do canal cystico como sendo com probabilidade a unica circumstancia que, havendo calculos na vesicula, impede estes de se revelarem, ou antes, que é responsavel pelo desapparecimento dos symptomas. Tem Moynihan então em

vista os processos de regressão anatomo-pathologica descriptos na pag. 218, e em resultado dos quaes se produz o que Rutherford Morison chama a cura natural, uma especie de cholecystectomy que a natureza faz, isolando a vesicula.

E assim é Moynihan conduzido á conclusão seguinte: — «Com as mais raras excepções, julgo ser verdade que os calculos se não desenvolvem na vesicula biliar e se não mantem ahi, uma vez formados, sem provocarem symptomas dum genero que nos temos descuidado de estudar convenientemente».

Apesar da verdade que esta opinião em parte encerra, parece-me comtudo que Moynihan, embora tenha uma orientação moderna, não dá neste ponto aos processos inflammatorios da cholelithiase a importancia que lhes compete; pelo menos não vejo apontá-los neste artigo, aliás muito recente, quando sam precisamente essas determinações que imprimem feições symptomaticas á lithiase biliar, como accentuámos ao intepretar (pag. 213 e segg.) a anatomia pathologica da cholelithiase.

O facto clinico é incontestavel, descrevendo, por exemplo, Riedel e Kehr periodos de latencia nos quaes os cholelithiacos se sentem completamente bem, até que novas infecções venham despertar este silencio symptomatico.

Os calculos em si, grandes ou pequenos, solitarios ou numerosissimos, não produzem necessariamente symptomas especiaes, sendo compatíveis com uma phase de latencia clinica. As dimensões dos calculos não teem a importancia que á primeira vista pôde parecer, e assim não ha razão para que alguns distribuam o tratamento dos calculos mais pequenos aos medicos, e dos maiores aos cirurgiões;

até pelo contrario, sam os maiores geralmente os menos perigosos por não poderem passar pelo cystico.

Não sam os calculos em si que se denunciam symptomaticamente, mas sim a tumefação da mucosa no collo da vesicula e no cystico, e a bilis infectada e em estase por detrás do calculo, dependendo as multiplas eventualidades clinicas da diversidade das condições segundo as quaes a infecção tem logar.

Tambem Moynihan não é justo considerando Kraus como o unico que tem insistido sobre os symptomas iniciaes da cholelithiase. Tem sido esse, com effeito, um dos merecimentos da escola de Kehr, e assim por exemplo, num trabalho desta clinica, anterior de alguns mēses ao artigo de Moynihan, fala Neuling nas suppostas gastralgias, ás quaes nos referimos na analyse á theoria pathogenica de Glaser (pag. 166), como sendo frequentemente o primeiro symptoma da cholelithiase.

E até, em parcial opposição com as descrições de Moynihan, importa accentuar, dada a importancia clinica deste ponto para o diagnostico differencial, uma característica frequente destas dôres espasmodicas, geralmente localizadas no angulo epigastico, na região da linha branca, e mais para o hypocondrio direito, e que irradiam para a região dorsal e por vezes tambem em cintura; é que estas dôres produzem-se em geral independentemente das refeições, ao contrario do que succede com as dôres da ulcera de estomago.

As dôres sam geralmente independentes da quantidade e da qualidade dos alimentos ingeridos, e produzem-se muitas vezes de noite, com o estomago vasio, em consequencia da estase da bilis no sistema biliar, porquanto a bilis só, durante a digestão,

corre do choledoco para o duodeno. É frequente nos cholelithiacos que a qualidade da alimentação não apresente qualquer influencia sobre o apparecimento destas dôres; outros doentes teem, porém, uma exquisita sensibilidade perante os menores desvios de regimen, sendo especialmente incriminados os alimentos acidos ou as gorduras; pôde tambem estabelecer-se uma repugnancia pelos acidos ou pela carne. Alguns doentes attribuem as suas crises dolorosas a alimentos indigestos, ás bebidas frias ou alcoolicas.

Fômos assim conduzidos a referir symptomata gastro-intestinae na cholelithiase, que muitas vezes assumem taes proporções que chegam a encobrir a verdadeira natureza da doença, falseando-se o diagnostico por os doentes localizarem no estomago a dôr da cholecystite, como já dissemos.

A proximidade dos orgãos interessados pôde dar em resultado uma participação morbida do estomago nas affecções da vesicula, quer pela formação de adherencias, quer por desvios na digestão relacionados com uma secreção biliar insufficiente.

Os symptomata attingem o seu maximo de intensidade, quando se produzem estenoses do pyloro e phenomenos de ectasia.

É tambem possivel uma combinação entre a ulcera de estomago e a cholelithiase; aquella pôde ter-se manifestado anteriormente pelo caracter da dôr e pelas hematemeses, assim como nas intervenções por cholelithiase teem sido encontradas ulceras cicatrizadas no pyloro e no duodeno. A peripylorite com adherencias á vesicula biliar acompanha-se de symptomata gastricos e vesiculares.

Ha, porém, cholelithiacos que nos intervallos das

crises não apresentam symptoma algum por parte do estomago; estes doentes teem bom appetite, e comem de tudo sem inconveniente, mantendo a sua nutrição habitual. É por exemplo o caso do doente ao qual me referi na pag. 164.

Geralmente, porém, accentuam-se os symptomas gastro-intestinaes com a evolução da cholelithiase.

A anorexia, que acompanha habitualmente as crises, augmenta e torna-se persistente; o continuado mal estar de estomago e o receio de que as dôres voltem dam em resultado que os doentes se alimentam muito deficientemente, accentuando-se a desnutrição. Como tambem se produzem desvios das secreções e das funcções motrizes do estomago, estase alimentar, e nestas circumstancias eructações, repleção, nauseas e vomitos, ha, portanto, além da dôr, outros elementos que afastam semelhantes doentes da alimentação que lhes convém; numa observação pessoal era especialmente o vomito que entretinha esta reluctancia pelos alimentos, rareando porém mais tarde o symptoma e augmentando tambem o appetite com as melhoras que no estado biliar se iam estabelecendo.

Accusam muitos destes doentes eructações acidas e um estado nauseoso, que pôde terminar-se pelo vomito ou repetir-se em paroxysmos, por vezes acompanhados de ptyalismo. Este vomito é geralmente esverdeado e amargo, —facto que Naunyn accentua ser de importancia para a existencia dum livre curso de bilis para o duodeno. Sam tambem frequentes os vomitos mucosos.

Embora o facto não seja tam frequente, pôde tambem o vomito faltar por completo, mesmo durante a colica hepatica, como já tive occasião de observar; reciprocamente, tambem podem produzir-se

vômitos paroxysmicos, mais ou menos abundantes, sem cólica biliar typica, embora acompanhados de dôres mais ou menos persistentes, queixando-se os doentes tambem de pyrosis.

O vomito é geralmente independente das refeições, embora possa ser observado depois destas, especialmente quando haja obstaculo á passagem normal dos alimentos para o duodeno.

Sam especialmente a gastropose e a dilatação que podem determinar vômitos espontaneos, sem crises dolorosas. Quando symptomas desta ordem se revelam em idades medias ou avançadas, deve sempre pensar-se na possibilidade duma neoformação pylo-rica.

Tambem na cholelithiase se podem produzir hematemeses e enterorrhagias.

Sam diversas as causas que podem dar logar a estes estados hemorrhagicos.

Geralmente trata-se dum symptoma cholemico, entendendo-se a cholemia segundo a noção clinica da escola alemã (pag. 126).

Naunyn accentua a importancia desta diathese hemorrhagica e enuncia como outros factores das hemorrhagias gastro-intestinaes na cholelithiase: a thrombose aguda da veia porta, as ulcerações ao formarem-se as fistulas entre as vias biliares e o estomago ou o intestino, e além disso hemorrhagias das proprias vias biliares por aneurysmas da arteria hepatica ou cystica, ou por calculos biliares irrompendo para o figado (Aufrecht). Acrescenta Neuling que as ulcerações vesiculares tambem podem occasionar hemorrhagias.

As conhecidas relações entre o estado do figado e a regularidade das evacuações intestinaes, afirmando-se os effeitos constipantes da diminuição na secre-

ção biliar (1), levam a prevêr que estes affectados das vias biliares devam soffrer de constipação; e de facto assim é na maioria dos casos, sendo o symptoma muitas vezes tam pertinaz, que se tornam habitualmente necessarios os meios artificiaes para regularizar as evacuações.

É muito frequente vêr desaparecer esta constipação rebelde depois da ablação de calculos da vesicula biliar e depois de desfeitas adherencias, como se deprehe de das series operatorias de Kehr: assim num caso, citado por Neuling, desapareceu immediatamente uma constipação, rebelde a todos os tratamentos, e que tinha alguns annos de duração, logo que o calculo foi removido e que fôram desfeitas as adherencias entre a vesicula biliar e o colon transverso.

Sam especialmente as adherencias do colon com o figado e com a vesicula, frequentemente constituidas em superficie, que parecem influir sobre o intestino.

Tambem inversamente tem sido descripta a diarrheia nos cholelithiacos, por vezes alternada com periodos de constipação.

Em resultado de todas estas perturbações digestivas, soffrem estes doentes muito de flatulencia e de meteorismo.

A tendencia nos ictericos é, dum modo geral, para a constipação. As evacuações nestes doentes podem ter caracteres especiaes, como veremos no paragrapho immediato sobre a ictericia na cholelithiase; nesse mesmo logar se estabelece a oportunidade de fazer referencia á expulsão dos calculos.

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

A ictericia (1), que não é uma doença *sui generis*, mas apenas um syndroma que pôde acompanhar os mais variados estados pathologicos, tambem se encontra na cholelithiase, onde porém não apparece com a frequencia que os autores, ainda não ha muito tempo, assignalavam.

Uma passagem da minha dissertação de licenciatura sobre a appendicite affirmava que: «É classico, mas falso, dizer-se que a ictericia decide o diagnostico differencial. Ha colica hepatica sem ictericia, e ha appendicite com ictericia».

Por outro lado, lê-se por exemplo em Kehr, que a muitos medicos ainda se não representa a possibilidade de calculos biliares existirem sem ictericia. Esta nota, sendo feita na Alemanha, onde os trabalhos clinicos, quer nos hospitaes, quer nas sociedades scientificas e na litteratura medica, realizam o seu maximo de intensidade, tem por esse facto uma significação muito especial; mas, quanto á geração moderna que está sendo educada sob uma organização de ensino clinico absolutamente modelar, impossivel será, de futuro, vê-la ainda eivada de tam falsas noções.

Sirvam de ponto de partida para a minha exposição as seguintes passagens de Dieulafoy (2). Como discordo muito destas affirmações, decorre da analyse a fazer o meu modo de pensar que, nos seus traços geraes, synthetiza as idéias expostas na lit-

(1) Designação ésta que se refere a um antigo mytho *ixtepos*, como os gregos chamavam a uma pequena ave amarella. Pela simples vista desse animal julgava-se obter a cura da ictericia.

(2) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, Paris, 1908, tome II, pag. 890 e 922,

teratura alemã, inglêsa e norte-americana, muito anterior á edição de Dieulafoy, na qual a ictericia na choletithiase merece ao conhecido professor as seguintes linhas:

«A ictericia é um symptoma frequente da colica hepatica 1), mas para que a ictericia se produza, é necessario que o calculo oblitere completamente e durante tempo sufficiente o canal choledoco 2).

Resulta dahi uma ictericia pela retenção 3), que apparece algumas horas depois ou no dia immediato ao da colica hepatica. Se a obliteração do canal choledoco dura tempo sufficiente, descóram-se as materias fecaes e tomam um aspecto esbranquiçado, argiloso, que é devido em parte á ausencia da bilis, em parte á presença das gorduras não emulsionadas pela bilis. As urinas sam fortemente carregadas de pigmento biliar e teem uma côr acajú característica.

Todavia a ictericia não é constante, pois que, em quarenta e cinco casos de colicas hepaticas analysados por Wolff, e nos quaes os calculos biliares tinham sido constatados nas dejecções, faltou a ictericia vinte e cinco vezes 4), o que prova que o calculo pôde seguir com difficuldade através do choledoco, sem comtudo o obliterar completamente».

A affirmação traduz uma verdade clinica que acceito, embora com restricções; mas os casos de Wolff de modo nenhum provam o que se affirma. A phrase — com difficuldade — pretende talvez relacionar a colica hepatica com a migração ao longo do choledoco, que nada prova que nesses casos se desse, encontrando-se o calculo, ou provavelmente os calculos, ao tempo da colica, no collo da vesicula ou no cystico; assim como nada prova que esses calculos fossem expulsos pelo canal choledoco. Com effeito, nas eliminações de calculos, sem ictericia, trata-se em geral de pequenas concreções que passáram pela papilla sem retenção demorada; as operações mostram frequentemente, nes-

ses casos, numerosos calculos de pequenas dimensões (300, por exemplo, num caso de Kehr) na vesicula biliar. Noutro caso em que 16 calculos, tendo 2 destes as dimensões duma avelã, foram observados pelo assistente que os attribuia a uma perfuração, demonstrou a operação muitos calculos pequenos na vesicula e um grande como uma noz no choledoco; o cystico revelou-se muito dilatado e a papilla tam ampla que se podia pensar numa fistula choledoco-duodenal. Ora decorre dos trabalhos de Roth, que a supposta travessia de grandes calculos através da papilla resulta da existencia de uma fistula choledoco-duodenal, e assim a dificuldade acima enunciada tem um limite que lhe é imposto pela papilla, que pôde tornar-se obstaculo bem maior. Mesmo quando nas operações o choledoco se apresenta fortemente dilatado, encontra-se sempre uma papilla apertada, que muitas vezes apenas comporta exactamente uma sonda (Neuling). O diametro nunca é superior a 20^{mm} (Fiedler e Roth) e não pôde admittir-se grande extensibilidade.

Kehr aconselha que se pense sempre na perfuração da vesicula biliar para o intestino, quando apparecem calculos grandes nas dejeções. Naunyn admite tambem que os calculos até ás dimensões dum caroço de avelã ainda podem ser eliminados pelas vias naturaes, os maiores não. Contra Courvoisier, tambem Fiedler diz que os calculos de dimensões superiores ás de uma ervilha só podem ser eliminados por tracto fistuloso. A affirmação feita comporta portanto tambem restricções impostas pela dimensão do calculo.

Continua Dieulafoy a sua descripção dizendo: «A coloração icterica pôde ser muito ligeira e deve ser investigada com cuidado. Não esqueçamos de resto como eu disse ha pouco, que toda a scena dolorosa pôde não ter tido por sêde senão o canal cystico, caso em que não ha ictericia 5).

Lembremos finalmente que algumas crises dolorosas, consideradas como colicas hepaticas sem ictericia, podem ser na realidade crises de cholecystite 6)).

A segunda passagem (pag. 922), a proposito da semiologia da cholecystite calculosa, enuncia os sym-

ptomas seguintes: — «Um doente soffreu alguns annos antes colicas hepaticas verificadas pela presença de calculos biliaries nas evacuações. Mais tarde as dôres perdêram os caracteres classicos da colica hepatica 7). A região do figado encontra-se dorida. Movimentos bruscos, solavancos, fatos demasiadamente apertados, tudo desperta a dôr do hypocondrio. As funções digestivas estam perturbadas. Ha por vezes descargas biliaries com vomitos de bilis e diarrheia biliosa. Não se constata ictericia 8), nem urinas ictericas. A febre não é rara, com ou sem arrepios; a lingua está secca, o appetite perde-se. Em certos momentos sobreveem episodios dolorosos que lembram um pouco a colica hepatica 9); durante estas crises, julgam alguns doentes — que apparece um alto debaixo do figado — ».

Analysemos estas considerações clinicas. As passagens 1) e 4) referem-se ambas á frequencia do syndroma icterico e importa apreciá-las.

Como se deprehende das passagens 7) e 9), Dieulafoy separa os casos com colicas hepaticas, de caracteres classicos, como elle diz, dos casos com crises dolorosas de cholecystite calculosa, dissociação clinicamente insustentavel mas de que, neste paragrapho sobre a ictericia, me não posso occupar. Se accentuo esse modo de vêr de Dieulafoy, é por me parecer que se pôde — mas apenas até certo ponto — explicar, pela differença de material clinico, do mesmo modo que este autor nos diz ser frequente a ictericia na colica hepatica 1), quando nos ensinamentos das melhores auctoridades neste assumpto se considera esse symptoma pouco frequente. Digo: — mas apenas até certo ponto — na minha explicação, porque me parece que Dieulafoy não classifica muitos

casos como representando os taes «episodios dolorosos que lembram um pouco a colica hepatica», aliás não poderia affirmar a ausencia de ictericia 8) nestes seus casos de cholecystite calculosa.

Moynihan, o eminente cirurgião de Leeds, diz: «a ictericia é infelizmente um symptoma raro de lithiase biliar; se a ictericia apparecesse mais frequentes vezes, seria a doença diagnosticada mais precoce e frequentemente».

Murphy, cuja experiencia na cirurgia dos calculos biliares é muito consideravel, encontrou a ictericia apenas em 14 % dos seus doentes, em qualquer phase da respectiva cholelithiase.

Fürbringer refere a ictericia em 25 % dos seus casos e Wolff em 50 % aproximadamente, mas, como ficou dito 4), a serie de Wolff só comprehende casos em que se esperou pelo apparecimento dos calculos para verificar o diagnostico. Ora parece-me que semelhante percentagem, assim limitada, não tem valor, porque os casos dessa ordem não sam, por varias razões, tam frequentes como geralmente se suppõe.

A maioria das colicas hepaticas é esteril na expressão de Riedel; o calculo fica no choledoco ou na vesicula biliar. Torna-se tambem necessario ter em conta que o exame das fezes não é geralmente feito pelo doente ou pelos enfermeiros com sufficiente cuidado e durante tempo bastante, e que os calculos se decompõem no intestino, facto este para o qual Naunyn chamou especialmente a attenção. Segundo Naunyn, só os calculos duros de cholesterina se encontram nas fezes, ao passo que os de bilirubina e de cholesterina se desfazem.

Em grandes series de Kehr apparece a eliminação

de calculos, referida pelos doentes, apenas em 9,3 % dos casos.

Relativamente á frequencia do syndroma icterico, que é o ponto em questão, como no texto quero apenas referir-me aos resultados publicados antes da edição de Dieulafoy (1908), reporto-me á estatistica de Kehr (1), de 1906, relativa a 1108 operações num material de cerca de 3000 observações pessoas.

Nos casos em que foram encontrados calculos só na vesicula biliar e no canal cystico, produziu-se a ictericia apenas na percentagem de 20 %.

Tendo havido casos em que se produziu, opponho, desde já, este dado clinico á passagem 5) de Dieulafoy, transcripta na pag. 239, em que se affirma a ausencia de ictericia quando o calculo occupa o cystico.

Por outro lado deduz-se que o symptoma não tem no diagnostico da cholelithiase o valor que geralmente se lhe attribue, pelo seguinte resultado da mesma estatistica: faltou a ictericia em 33 % dos casos de calculose no canal choledoco, mesmo sem que simultaneamente existissem quaesquer fistulas da vesicula e do intestino (2).

Depõe no mesmo sentido a estatistica de L. Arns-

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

(2) No relatorio de 1908 da Clinica de Kehr mencionam-se 67 casos de calculose do choledoco em que a ictericia faltou sempre na percentagem de 6 %; acrescentando 9 casos, que não apresentavam ictericia ao serem admittidos na Clinica, faltou o symptoma em 19,4 % dos operados. Como a ictericia póde ser de variavel intensidade na oclusão chronica do choledoco, não admira que 9 casos, anteriormente ictericos, se apresentassem isentos desse symptoma.

perger, publicada na mesma epocha e que accusa calculos do choledoco sem ictericia em 15,5% de todos os casos de calculose no choledoco (material da Clinica cirurgica de Heidelberg)(1). A clinica confirma pois as antigas investigações anatomicas de Cruveilhier, que, em casos isolados, reconheceu sufficiente permeabilidade do choledoco apesar da presença de numerosos calculos.

Dejerine disse em tempo que 75% dos doentes de estomago sam creados pelos medicos. Kehr faz uma apreciação critica até certo ponto semelhante, dizendo que os numerosos assim chamados espasmos do estomago dependem em 95% dos casos de calculos biliares; e como estes espasmos do estomago teem por base anatomo-pathologica inflammações serosas da vesicula biliar com subita oclusão do canal cystico, é raro que semelhante espasmo de estomago se acompanhe de ictericia.

Como a ictericia pôde não se produzir, por isso tambem raras vezes se estabelece o diagnostico de cholecystite. Considerando globalmente todos os casos de cholelithiase, mesmo os muito ligeiros, que apenas se denunciam por eventuaes espasmos do estomago, e por causa dos quaes os doentes não costumam consultar nem o medico nem o cirurgião, julga Kehr poder constatar com segurança: a lithiase biliar decorre apenas em 10% dos casos (2)

(1) L. Arnsperger, *Zur Differentialdiagnose des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 52 H. 1. Tübingen, 1906.

(2) É interessante notar como os numeros podem apparecer diversos em pequenas series onde predominem os casos delicados. Assim no relatorio da Clinica cirurgica do mesmo professor, relativo ao periodo 1904 a 1906, publicado por Neuling em 1908,

com ictericia; esta falta por completo nos 90% restantes. Semelhante conclusão não difere muito da percentagem de Murphy (14%) que, como ficou dito, corresponde aos dados operatorios desse eminente cirurgião.

Encontra-se uma percentagem elevada (66%) publicada por Fink, de Karlsbad. Kehr observa porém que esse resultado não pôde dar uma indicação rigorosa sobre a frequencia da ictericia na calculose hepatica. Para Karlsbad vam especialmente aquelles doentes em que o diagnostico de calculos biliares é assegurado pelo apparecimento de ictericia. Doentes com hydropisia da vesicula, que evoluciona sem ictericia com espasmos do estomago, sam muitas vezes considerados doentes de estomago e tratados em casa. E assim poude Fink constatar tantas vezes na anamnese o apparecimento de ictericia, ao passo

e extensivo a 289 casos de cholelithiase, diz-se que se investigou cuidadosamente no decurso da doença a eventualidade de ictericia no sentido de Naunyn (isto é, apreciavel coloração amarella da pelle e das escleroticas ou nitida reacção urinaria de pigmentos biliares). O inquerito revelou ictericia passageira, intermittente ou chronica, no decurso da doença, em 149 vezes, isto é, em 51% dos casos, o que estaria em harmonia com a experiencia de Naunyn que disse em tempo não ter encontrado a ictericia pelo menos em metade dos ataques de cholelithiase. Esta percentagem comprehendese, porque Naunyn, apesar das contribuições scientificas importantes com que pessoalmente desenvolveu os conhecimentos sobre a lithiase biliar, tem comtudo modos de vêr particulares ácerca da semiologia especial na cholelithiase, como teremos ensejo de expor. No mesmo relatorio se exemplifica com 8 casos clinicos a noção de que a ictericia se pôde installar subitamente como symptoma inicial sem se fazer preceder de dôr: 1 caso de hydropisia da vesicula biliar com calculo, 4 casos de oclusão do choledoco por calculo, 2 casos de carcinoma do pancreas e 1 caso de cirrhose hepatica e appendicite.

que esta se encontra muito mais raras vezes no material clinico de Kehr.

Feitas estas considerações sobre a frequencia da ictericia na lithiase biliar, vejamos o interessante problema da sua pathogenia.

As passagens 2, 3, 5 e 8 de Dieulafoy, reproduzidas nas pagg. 238 a 240, dam, com toda a nitidez, a ideia de que a ictericia na cholelithiase ou é de retenção ou não existe.

Ora esta conclusão, que decorre immediatamente das referidas passagens, encontra-se em conflicto irreductivel com as observações clinicas, assim como com os estudos de que o syndroma icterico na colelithiase tem sido objecto, e que condemnam, pela sua unilateralidade, aquelle ponto de vista da obstrucção lithogenica do choledoco.

A passagem 5) allusiva á ausencia de ictericia na calculose do cystico é desmentida, por exemplo, pelos casos de Kehr com ictericia, em que a operação apenas revelou a existencia de calculos na vesicula ou no ducto cystico, e por numerosos casos semelhantes que doutros autores seria facil apresentar.

Nalguns desses casos dam-se processos inflammatorios, noutros ha um grande calculo do cystico exercendo pressão sobre o choledoco.

A ictericia depende muito mais frequentemente de determinações infecciosas, isto é, de angiocholite, do que de obstrucção, além de que este ultimo elemento pathogenico póde revestir varios aspectos que importa analysar.

Sam classicos os trabalhos de Riedel, que estabelecia uma distincção entre ictericia realmente lithogenica e ictericia inflammatoria.

Nesta ultima, segundo o conceito de Riedel, poderia dar-se uma tumefacção da mucosa do choledoco, sem calculo neste canal, pela propagação do processo inflammatorio vesicular ao longo dos canaes cystico e choledoco, produzindo-se assim um obstaculo ao curso da bilis para o duodeno. Assim como a doutrina da ictericia catarrhal se encontra abalada, assim tambem este ponto de vista de Riedel, que é, em ultima analyse, um aspecto particular de ictericia catarrhal, se revelou em desharmonia com os factos da clinica, embora pela via indicada possa dar-se a infecção biliar. Com effeito o proprio Riedel abandonou ultimamente a sua antiga explicação, inharmonizavel com as observações de Kehr.

A ictericia inflammatoria, no sentido de Riedel, resulta por vezes de que a inflammação da vesicula biliar se propaga aos territorios hepaticos contiguos: produz-se uma hepatite circumscripta com alteração directa das cellulas hepaticas (Kehr). Attribute-se a ligeira intensidade desta ictericia inflammatoria ao facto de a inflammação interessar apenas um pequeno departamento hepatico. E portanto a ictericia na colica hepatica não denuncia necessariamente a existencia dum calculo no choledoco; póde tambem significar que o figado, á vizinhança da vesicula biliar, participa do processo inflammatorio.

Mas a pathogenia do syndroma icterico na cholelithiase reveste ainda varios outros aspectos.

Assim suggerê Kehr a importancia que, na determinação desta ictericia, devem ter as adenopathias agudas com séde nos ganglios do ligamento hepato-duodenal e do pancreas. No phlegmão do antebraço estabelece-se uma adenopathia axillar, no phlegmão da vesicula biliar produz-se uma reacção ganglionar nos lymphaticos do cystico e choledoco; os ganglios

atingem muitas vezes as dimensões duma nóz ou mais ainda, podendo então crear obstaculo ao curso da bilis.

Não ficam porém esgotadas as concepções pathogenicas ácerca da ictericia na cholelithiase.

Noutra ordem de factos, considera Kehr como frequentes na cholelithiase os casos em que a ictericia depende duma pancreatite concomittante, tendo então por causa a simultanea inflammação da cabeça do pancreas, que pôde alcançar a consistencia duma pedra. Trata-se nestas condições de ictericia por pancreatite e não de ictericia inflammatoria segundo o conceito de Riedel.

Assim como Kehr, pela sua larga experiencia clinica, invocou a frequencia das pancreatites na determinação dos estados ictericos da cholelithiase, assim tambem o eminente cirurgião inglês Mayo Robson, numa conferencia recente na Universidade de Liverpool, affirma que a chamada ictericia catarrhal é geralmente a resultante dum catarrho do pancreas, desse interessante órgão que tão enjeitado tem sido pelos pathologistas classicos e por muitos clinicos.

Acceita-se com effeito geralmente que a assim chamada ictericia catarrhal é sempre devida a catarrho dos canaes biliares, de que resultaria tumefacção da mucosa e obstrucção á passagem da bilis. A grande experiencia colhida por Mayo Robson na mesa de operações determinou-lhe a conclusão de que a compressão do canal choledoco pela cabeça do pancreas tumefeita realiza numerosos casos da assim chamada ictericia catarrhal, de ambas as variedades, aguda e chronica.

Como a ictericia catarrhal aguda não é de per si

mortal, só podem obter-se dados necropsicos quando a affecção coincida com qualquer outra ou com um accidente fatal, e nesses casos em que semelhante oportunidade se tem offerecido não teem sido encontrados signaes alguns de obstrucção interna dos ductos, como se tem podido mostrar pela facil passagem duma sonda pela papilla e abrindo os canaes biliares. Nem tam pouco os dados da autopsia sempre podem demonstrar a pressão que a cabeça do pancreas inflammada é capaz de exercer, porque *post-mortem* póde diminuir a tumefacção pancreatica por congestão, e só o exame microscopico ou o exame cirurgico em vida, com o abdomen aberto, podem tornar possivel a demonstração das condições em que o pancreas se encontra. Mayo Robson prosegue nas suas interessantes considerações apresentando um caso de ictericia em que interveio cirurgicamente por lithiase biliar, em que a morte foi causada por apoplexia que se produziu durante a anesthesia, e em que um exame *post-mortem* do tecido pancreatico envolvente do choledoco, não revelou anomalia alguma á vista desarmada, mas em que uma cuidadosa investigação microscopica demonstrou uma infiltração de pequenas cellulas entre os lobulos do pancreas e tumefacção das cellulas secretoras da glandula. Neste caso apreciou-se na operação a cabeça do pancreas tumefeita, depois de ter sido demonstrada a presença duma inflammação pancreatica pelo exame da urina e das fezes.

Se, comtudo, é difficil demonstrar pelos elementos necropsicos a causa da obstrucção na ictericia catarthal, não existe a menor difficuldade em demonstrar a causa na chamada ictericia catarthal chronica, que, Mayo Robson julga praticamente sempre dependente de catarrho do pancreas ou de pancreatite intersticial.

Não sam, porém, apenas os cirurgiões, dos que cultivam a cirurgia abdominal, como Kehr e Mayo Robson, que oppõem duvidas de valor á frequencia da chamada ictericia catarrhal, de que a ictericia inflammatoria na cholelithiasis, segundo o primitivo conceito de Riedel, é apenas um caso particular.

Com effeito a tendencia moderna dalguns internistas, como Eppinger, restringe notavelmente a doutrina classica da ictericia catarrhal, conceito nosologico, que deve ser substituido, com vantagem, pela noção de ictericia simples, destinada a comprehender a ictericia catarrhal aguda, muito mais rara do que geralmente se suppõe, e alguns outros estados ictericos benignos que tambem na cholelithiasis se podem produzir.

Ha com effeito fórmas benignas de ictericia, que representam nos seus traços geraes um quadro morbido univoco, e que teem sido objecto de tentativas no sentido de as explicar por um conceito pathogenico uniforme. Como estes casos de ictericia sam geralmente ligeiros, e quasi sempre terminam pela cura, só um acaso pôde tornar possivel um exame anatomo-pathologico de semelhantes fórmas. Considerando — por um lado o facto, de que esta fórma de ictericia apparece geralmente depois de perturbações gastro-intestinaes, e em especial depois de gastro-enterites agudas, e — por outro lado a tendencia de querer explicar todas as variedades de ictericia mechanicamente, isto é, por impermeabilidade das vias biliares, — tentou-se apresentar como causa desta ictericia benigna um catarrho que se estendesse do duodeno á mucosa da papilla de Vater. Tomando-se especialmente por base o facto de que mesmo uma pressão ligeira pôde ser sufficiente para

impedir a secreção biliar, tem-se julgado encontrar no espessamento catarrhal da mucosa dos ductos biliares uma causa sufficiente que explicaria mechanicamente esta ictericia.

Esta hypothese, inicialmente emittida por Virchow, hoje muito restringida pela influencia das pancreatites, das hepatites circumscriptas e das infecções na pathogenia do syndroma icterico, tem sido comtudo verificada algumas vezes anatomopathologicamente, de modo que se pôde acceitar como doutrina verdadeira a possibilidade dum catarrho dos ductos biliares dando causa a estados ictericos deste typo. Sam nesse sentido demonstrativos os casos de Toelg e Neusser, Ryska e Eppinger. Nos dois primeiros constatava-se uma obstrucção mucosa na parte inferior do canal choledoco, quasi sem alteração sensivel na eliminação da bilis; havia em ambos os casos catarrho muito accentuado no estomago e no duodeno. No caso de Eppinger encontraram-se não só notaveis alterações catarrhaes nos ductos biliares, mas tambem nos capillares biliares as lesões histologicas descriptas pelo autor na ictericia mechanica por estase.

Os interessantes trabalhos de Mayo Robson restringem portanto notavelmente mas não destroem por completo a base etiologica desta fórma de ictericia simples, que frequentemente succede aos catarrhos gastroduodenaes, e justifica-se pois ainda o conceito de ictericia catarrhal.

Os internistas porém reclamam contra o abuso que se tem feito de semelhante noção nosologica.

O primitivo conceito de Riedel sobre a ictericia inflammatoria na cholelithiase é, como ficou exposto, um abuso dessa ordem corrigido pelos dados operatorios de Kehr e de Mayo Robson.

Outros exemplos semelhantes se encontram nos estados ictericos passageiros, excepcionalmente mais persistentes, sem dôr ou febre elevada, em que, á falta de elementos pathogenicos (calculos, etc.) a invocar, se fala por analogia, mas sem quaesquer elementos demonstrativos, em ictericia catarrhal, quando, de facto, esse conjuncto de fórmas benignas, tambem realizaveis na cholelithiase e nas quaes a etiologia do typo catarrhal nada tem de averiguado, constitue com a ictericia catarrhal o grupo nosologico: ictericia simples.

A circumstancia de que talvez parte destes casos de ictericia benigna resulte de papillite catarrhal determinou que se generalizasse para o conjuncto de casos desta ordem a designação univoca de ictericia catarrhal, a substituir, com vantagem, pela designação menos etiologica de ictericia simples, pois que nem todos estes estados ictericos resultam necessariamente de catarrho nos ductos biliares.

Esses casos pseudo-catarrhaes revestem na sua maioria aspectos clinicos, que parecem defini-los como elementos parciaes de affecções generalizadas.

Supponho que se podem produzir generalizações semelhantes nos cholelithiacos com ictericia ou subictericia. Assim num subicterico, que tive occasião de observar, estabeleceu-se este estado após uma intensa colica hepatica e acompanhado de reacção geral: febre, albuminuria, e cylindruria, symptomas que desaparecerám com a crise.

Aquelles casos, apresentam, com effeito, em contraste com a ictericia catarrhal typica, consecutiva a perturbações gastro-intestinaes, movimentos febris, prostração intensa, augmento de volume do baço e do figado e varias vezes até nephrite ligeira; se

alguns destes casos se fazem preceder de vomitos, dyspepsia e diarrheia é tambem frequente faltar por completo qualquer elemento etiologico de catarrho nas vias biliares.

Importa accentuar nesta apreciação pathogenica que podem apparecer accumulados em certas epochas, e até sob a fórma de pequenas epidemias, casos de ictericia apresentando clinicamente a symptomatologia da chamada ictericia catarrhal. Esta noção de ictericia catarrhal epidemica determinou o conceito de uma etiologia infecciosa. Ha um complexo symptomatico de character infeccioso, a doença de Weil, que, acompanhando-se de phenomenos geraes graves, póde ser mortal. Neste quadro morbido tam obscuro destaca notavelmente o syndroma icterico. O conhecimento dessa nova doença conduziu á hypothese de que a ictericia catarrhal, até ahí sempre considerada como um catharrho gastrointestinal com participação da mucosa do canal choledoco, seja um mero symptoma duma doença generalizada (Botkín).

Houve até quem chegasse a affirmar que a ictericia catarrhal, a ictericia infecciosa e a doença de Weil não seriam nitidamente differencaveis entre si. A differença que existe entre esses estados pathologicos, seria apenas de grau, sómente determinada pela variavel sensibilidade do individuo attingido (Sommer).

Quem por estas considerações quizesse admittir que estas ictericias sam doenças infecciosas, desejaria tambem saber como se exerce a acção infecciosa para que possa produzir-se a ictericia. A esse respeito, porém, existem apenas hypotheses sem base anatomica. Ha, por exemplo, quem supponha que o germen especifico tem a propriedade de se installar

electivamente no duodeno e de produzir por via ascendente uma angiocholite especifica.

A multiplicidade dos quadros morbidos e especialmente a falta de substractum anatomo-pathologico invocavel (falta tam sensivel que autoridades como Eppinger qualificam de questão aberta a pathogenese da ictericia simples pela carencia de estudos anatomo-pathologicos sufficientes), deram logar a que se aventassem as mais variadas hypotheses tendentes a explicar todas as fórmas de ictericia de pathogenia desconhecida por alteraçõs funcçionaes das cellulas hepaticas.

Essa corrente de ideias, em que se attingiu o abuso de querer pôr completamente de parte a incontestavel genese mechanica de alguns estados ictericos, tinha naturalmente que se produzir em especial perante aquelles casos de ictericia em que se não pôde pensar com segurança nos obstaculos mechanicos.

Considera Krehl nestas condições, algumas intoxicaçõs e especialmente, as doenças infecçiosas.

A pathogenia da ictericia toxica invocando a pleiochromia da bilis segundo a expressão de Stadelmann, á qual nos referimos (pag. 151) a proposito de algumas ictericias hemolyticas a considerar na pathogenia da cholelithiase, levantou duvidas pela incongruencia entre a intensidade da ictericia e da hemoglobinuria concomitante, e pelas experiencias de Pick, revelando em fistulas biliares de cães, pelo estudo da viscosidade da bilis nas intoxicaçõs pela toluylena-diamina, que a bilis só se torna espessa depois de se ter produzido ictericia apreciavel. Como as substancias toxicas determinam simultaneamente alteraçõs degenerativas das cellulas hepaticas, passou a considerar-se na ictericia toxica a

pleiochromia mais em segundo plano, e a admittir-se tambem para estas fórmãs de ictericia a influencia de desvios funcçionaes da cellula hepatica.

Os recentes e interessantes trabalhos de Eppinger (1), que neste logar não posso analysar, sobre a ictericia toxica e hemolytica, importam comtudo reservas relativamente aos estados ictericos por intoxicações. Assim na ictericia por intoxicação pelo phosphoro constata-se uma alteração nos capillares biliars sob a fórmula de thrombose biliar. Encontram-se de resto atrás dos thrombos biliars os caracteres histologicos descriptos por Eppinger na estase biliar com ruptura dos capillares biliars. Considerando o autor os thrombos como causa da estase biliar, o que poderia discutir-se, designa esta fórmula de ictericia, tanto quanto uma apreciação histologica o permite, como uma especie de ictericia mechanica. Inicia Eppinger tambem trabalhos histologicos semelhantes nas ictericias em doenças infecciosas.

As difficuldades pathogenicas levantam-se tambem nalguns estados ictericos de cholelithiacos, documentando-se a cada passo, como, por exemplo num caso recente de ictericia por cholelithiase chronica, autopsiado por Fischer (2) e no qual foram reconhecidas apenas aquellas lesões histologicas descriptas por Eppinger nos capillares biliars, não se podendo facilmente intepretar a physiologia pathologica deste doente como o proprio autor do artigo confessa.

Nas condições enunciadas por Krehl (pag. 253) é

(1) Eppinger, *Ikterus*. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Berlin 1908.

(2) Fischer, *Beitrag zur Pathologie des Ikterus*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie-Band 20. Heft 2. Jena, 1909.

contudo por determinação hepatogénica que a icterícia se produz. Não pôde haver duvidas a esse respeito desde que os classicos trabalhos da Clinica de Naunyn demonstraram que não ha icterícia sem participação do figado. É porém obscura a determinação das condições, que desviam a bilis do seu trajecto para o intestino; e a fazem proseguir pelas vias lymphaticas e sanguineas. Dahi a multiplicidade das hypotheses que se tem apresentado.

Fala-nos Kehr, como eventualidades a considerar nalguns estados ictericos em cholelithiacos, na icterícia por diffusão de Liebermeister, na secreção pervertida das cellulas hepaticas segundo a theoria de Minkowski e Pick. Sam outras tantas hypotheses, a que devemos referir-nos pelas suas relações com o conceito clinico da icterícia funcional, cujo valor não se pôde desprezar no diagnostico e na therapeutica medico-cirurgica da icterícia na cholelithiase.

Liebermeister admittiu que as cellulas hepáticas anatomicamente adulteradas não podem conservar a bilis nos ductos, facultando-lhe a passagem directa para as vias lymphaticas. Krehl oppõe a esta hypothese a judiciosa consideração de que a experiencia clinica não constata qualquer relação entre a degenerescencia das cellulas hepaticas e o apparecimento de icterícia.

Pick, que se tem dedicado especialmente aos difficeis problemas da icterícia, formúla a seguinte relação: as bacterias, ptomainas e toxinas do intestino, desenvolvidas por condições pathologicas, sam conduzidas pela veia porta ao figado e vam ferir as cellulas hepaticas de fórma tal, que estas deixam de dirigir a respectiva secreção para o intestino, lançando-a no sangue.

Esta hypothese é semelhante á concepção anteriormente apresentada por Minkowski, que, considerando em especial a secreção da cellula hepatica, admite a possibilidade destes elementos histologicos, quando pathologicamente vulnerados, dirigirem a bilis directamente para os vasos lymphaticos e sanguineos.

Como o problema da pathogenia da ictericia em muitas doenças continua sem solução no estado actual, emite Krehl o voto de que trabalhos futuros, seguindo aquella tendencia de Minkowski, considerem particularmente as cellulas hepaticas, e em especial aquellas alterações cellulares que possam determinar o syndroma icterico.

Como as hypotheses de Pick e Minkowski appellando para alterações funcçionaes da cellula hepatica, não têm base anatomica, faltam tambem argumentos anatomopathologicos para lhes oppôr. Ha porém uma noção que julgo dever accentuar. O conceito de funcional suppõe o desconhecimento de qualquer base anatomo-pathologica. Trata-se portanto de uma concepção pathogenica invocavel no estado actual da sciencia, mas que fica á mercê dos progressos da histologia pathologica. É portanto com todas as reservas inherentes ao conceito funcional, que acceto a ictericia funcional de Minkowski.

A distincção entre ictericia mechanica ou por estase, e ictericia funcional — estabelecida por Minkowski (1) é adoptada nas interessantes monographias de Arnsperger, sobre a significação ci-

(1) Minkowski, *Icterus und Leberinsufficienz*. Die Deutsche Klinik (Leyden-Klemperer) V Band. Berlin 1905.

rurgica da ictericia (1) e sobre o diagnostico differencial da ictericia, elaboradas com material da Clinica cirurgica de Heidelberg.

Como o prognostico e a therapeutica do syndroma icterico dependem essencialmente do diagnostico differencial a estabelecer, pois que as differentes fórmas de ictericia reclamam tratamentos diversos, e como ao discutir a eventualidade duma intervenção cirurgica é imprescindivel um conhecimento exacto da fórma de ictericia em discussão, importa expôr os elementos desse diagnostico differencial.

Nos interessantes trabalhos de Arnsperger (2) sobre este diagnostico differencial dos diversos estados ictericos, colhi valiosos elementos de estudo.

As variedades de ictericia, a ter em vista no diagnostico differencial, agrupam-se no conceito de Minkowski, ha pouco enunciado, em duas fórmas pathogenicamente diversas: 1) a ictericia mecnica ou por estase e 2) a ictericia funccional.

A primeira resulta dum obstaculo no systema biliar, quer por obstrucção dos canaes biliares, ou por compressão externa. Realiza portanto o seu maximo de frequencia na cholelithiase, e aqui tambem com calculos que não determinem obstrucção completa, por angiocholite, como ictericia inflammatoria cujos differentes aspectos fôram expostos nas paginas anteriores.

Designa Minkowski tambem sob a mesma rubrica

(1) L. Arnsperger, *Die chirurgische Bedeutung des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. B. 48. H. 3.

(2) L. Arnsperger, *Zur Differentialdiagnose des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. B. 52. H. 1.

a ictericia, que apparece noutras affecções por angiocholite simples sem calculos, por lombrigas no canal choledoco, rim fluctuante, processos inflammatorios chronicos consecutivos a ulcera do estomago ou do duodeno, e aneurysma da arteria hepatica.

O terceiro grupo de doencas que podem produzir uma ictericia mechanica é constituido pelos carcinomas. Estabelece-se uma distincção entre aquelles que de per si não determinam ictericia, que apenas apparece como consequencia de complicações (angiocholite, adenopathia portal, invasão do tumor para o canal choledoco): os carcinomas do figado, da vesicula biliar e do canal cystico; e por outro lado aquelles que provocam necessariamente ictericia pelo simples crescimento do tumor primitivo: os carcinomas do canal choledoco, da empola de Vater e da cabeça do pancreas.

A ictericia funcional depende dum desvio de funcção das proprias cellulas hepaticas, sem que haja um obstaculo mechanico ao curso da bilis. É o icterus per parapedesin de Minkowski, a ictericia por diffusão de Liebermeister, a paracholia de Pinck.

É provavel que o numero de ictericias comprehendidas sob esta rubrica tenda a decrescer com os progressos da sciencia. Em todo o caso a noção clinica vae entretanto prestando serviços, e Arnsperger oppõe aos que duvidam da existencia duma ictericia puramente funcional algumas observações pessoaes interessantes.

A ictericia funcional produzir-se-hia, segundo Minkowski: 1) por alterações da circulação sanguinea do figado, por affecções cardiacas, thrombose da veia porta; 2) por modificações na innervação hepatica, ictericia emotiva; 3) por acção de venenos (phosphoro, acido arsenioso, etc.) e de productos bacte-

rianos toxicos, quer exogenicos (ptomainas) quer endogenicos (pneumonia, febre amarella, syphilis etc.).

É frequente a combinação de ambas as fórmulas de ictericia. A uma ictericia, no seu inicio puramente mechanica, pôde associar-se uma perturbação funcional das cellulas hepaticas.

É evidente a importancia que o diagnostico differencial entre as duas fórmulas fundamentaes de ictericia tem para o prognostico e para a therapeutica. A intervenção cirurgica a pôr em pratica só tem probabilidade de exito numa ictericia mechanica na nomenclatura de Minkowski, ao passo que na ictericia funcional a operação frequentemente se acompanha de graves complicações, como a fraqueza cardiaca e a diathese hemorrhagica, contra a qual a sciencia moderna apenas inicia os tratamentos.

Já a anamnese pôde elucidar muito no diagnostico da fórmula de ictericia. Todo o caso de ictericia exige portanto uma historia clinica exacta. Impõe-se a investigação de antecedentes hereditarios (syphilis), de quaesquer intoxicações agudas ou chronicas; de ataques ictericos anteriores, da duração da manifestação actual, de quaesquer variações de intensidade na ictericia. É de importancia saber se a ictericia se produziu de repente, ou se lentamente se foi accentuando cada vez mais; se começou com dôres ou sem ellas. Indaga-se da possivel existencia de crises dolorosas anteriores, talvez sem ictericia, de colicas typicas. Prosegue o inquerito, tendo em conta symptomas que podem acompanhá-la a ictericia: febre, arrepios e vomitos.

É finalmente importante o conhecimento duma eventual inutilidade de tratamentos especificos anteriores.

Uma ictericia, installando-se subitamente com

dôres e symptomas angiocholíticos, depõe de preferencia a favor duma obsturação do choledoco por calculo com ictericia mechanica; uma ictericia sem dôr, augmentando com lentidão, e com cachexia crescente, indica antes uma compressão do choledoco por tumor; mas se a ictericia dura ha annos, geralmente com remissões e sem colicas typicas, trata-se em regra duma ictericia funccional por affecção do parenchyma hepatico e sem obstaculo mechanico ao curso da bilis.

Alcançada assim, pela anamnese, uma impressão geral sobre o caso sujeito a estudo, procede-se ao exame objectivo.

Consideramos em primeiro logar o estado geral do doente, qualquer cachexia, que possa apresentar-se, ou qualquer estado morbido septico agudo; indagamos em seguida dos signaes de doenças geraes, syphilis, tuberculose, etc. É particularmente importante o exame dos pulmões e do coração; na cholelithiase é frequente encontrar perturbações cardiacas de natureza nervosa, e em phases mais avançadas da ictericia tambem graves affecções organicas do myocardio.

Observamos ainda a intensidade da coloração icterica da pelle e das mucosas, sendo possiveis todos os cambiantes entre a ligeira coloração amarella das escleroticas e a ictericia melanica dum tom acastanhado escuro. Chama Arnsperger especialmente a atenção para a intensidade relativa da ictericia, isto é para a relação entre a intensidade da coloração cutanea e a descoloração das fezes. Ictericia accentuada com evacuações bem coradas indica muito uma ictericia funccional. Em todo o caso a experiencia clinica ensina que não ha parallelismo entre a gravidade da ictericia por um lado, e a sua duração ou a intensidade da coloração cutanea por outro lado.

O exame do figado e da região vesicular pode revelar sensibilidade anormal, que naturalmente sugere de preferencia um processo inflammatorio, uma producção de calculos nas vias biliares; em todo o caso pôde existir uma notavel sensibilidade na simples distenção da vesicula biliar por estase biliar, por exemplo na pancreatite chronica. Na calculose do choledoco encontra-se, em regra, a sensibilidade á pressão mais para o meio, no epigastro.

A palpação da vesicula pôde tambem fornecer elementos para o diagnostico differencial.

Courvoisier enunciou a lei de que a vesicula biliar se furta em regra ao exame, retrahindo-se, na oclusão do choledoco por calculo, ao passo que se offerece ao exame, fortemente distendida e com accentuada tensão, na constricção do choledoco por um tumor.

Este symptoma corresponde á maioria dos casos, especialmente no sentido negativo: uma vesicula biliar inaccessivel ao exame com ictericia forte é uma valiosa presumpção a favor dum calculo do choledoco.

Relativamente á segunda parte da lei, não faltam causas de erro. Assim pôde sentir-se um augmento de volume da vesicula biliar tambem na oclusão do choledoco por calculo, quando por exemplo exista tambem um calculo no cystico com hydropisia ou empyema da vesicula biliar. Em casos dessa ordem só o conjuncto dos symptomas pôde elucidar.

É tambem importante o estado do figado; é necessario investigar quaesquer metastases carcinomatosas; um lóbo hepatico direito desenvolvido sugere muito a colelithiase; um augmento generalizado do figado com cirrhose biliar encontra-se depois dumá ictericia mechanica muito persistente

ou ainda na ictericia funcional. A esplenomegalia corresponde antes ao diagnostico de affecção parenchymatosa do figado; mas tambem apparece na angiocholite chronica acompanhada de calculo no choledoco. Adenopathias apreciaveis com ascite relacionam-se com um tumor maligno.

O exame das fezes e da urina tambem fornece indicações uteis.

Ficou accentuada a importancia da coloração das fezes em relação á ictericia da pelle (intensidade relativa da ictericia). Uma acholia completa das fezes é symptomatica de ictericia mechanica, produzindo-se uma coloração variavel especialmente na calculose do choledoco. É frequente observar na ictericia steatorrhea em grau elevado; a presença da gordura resulta por um lado da exclusão da bilis do intestino, e por outro lado pôde ser a expressão duma lesão simultanea do pancreas, como especialmente succede nas affecções da empola de Vater (calculo, carcinoma). Sangue nas evacuações com ictericia intensa faz pensar numa diathese hemorrhagica e tem grande valor para o prognostico duma intervenção cirurgica.

Cs elementos que decorrem da analyse da urina sam ainda mais elucidativos. O apparecimento de bilirubina na urina (reacção de Gmelin, anel verde) traduz uma resorpção de bilis em estase, e portanto uma ictericia mechanica.

Por outro lado urobilinuria accentuada e persistente, traduzindo na crase urinaria a dysfunction hepatica, significa com probabilidade a existencia duma affecção parenchymatosa do figado com desvio da função hepatica. Esta conclusão pôde considerar-se demonstrada pela clinica e pelo laboratorio; assim o aspecto clinico defendido por Arnsperger, além doutros, confirma-se, por exemplo, nos traba-

lhos experimentaes de Fischler (1) da Clinica medica da mesma Universidade, enunciando a conclusão de que a urobilinuria é a consequencia duma certa insufficiencia da actividade hepatica, que se revela, ou pela impossibilidade em dominar a corrente normal de urobilina do intestino, ou, havendo affecção grave, até pela falta de elaboração conveniente do material de producção da bilis que normalmente lhe afflue. Este estado encontra-se clinicamente realizado nos casos em que inicialmente se revela uma pura ictericia por estase com simples bilirubinuria, e em que mais tarde se installa urobilinuria, o que deveria relacionar-se com uma perturbação das cellulas hepaticas em consequencia da persistente ictericia por estase.

Taes casos exemplificam as referidas combinações das duas fórmulas de ictericia.

Mas o maior valor diagnostico da urobilinuria tem logar naquelles casos em que, havendo ictericia, se encontra urobilina na urina, faltando porém a bilirubina, portanto nos casos mais nitidos de ictericia funcional.

Tambem não sam para desprezar as investigações usuaes de albumina e de glycose. Uma albuminuria embora ligeira, pôde indicar uma alteração renal em consequencia da ictericia, e denunciar que a resistencia do organismo cede aos elementos biliares toxicos absorvidos. Dahi a sua importancia para o prognostico duma intervenção cirurgica.

O assucar pôde apparecer especialmente naquelles casos em que a causa da ictericia determina simultaneamente uma affecção pancreatica, isto é, no

(1) Fischler, *Das Urobilin und seine klinische Bedeutung*. Habilitationsschrift. Heidelberg. 1906.

cancro do pancreas, nas pancreatites ou affecções da papilla de Vater.

Ha outras investigações urinarias de menor interesse para o diagnostico da fórma de ictericia, mas importantes para apreciar o grau de alteração hepatica.

Estam nestas condições a galactosuria e especialmente a levulosuria alimentares, cujo valor diagnostico na insufficiencia hepatica tem sido reconhecido por exemplo nos trabalhos da Clinica medica de Innsbruck (1).

Tem algum interesse no ponto de vista do prognostico o exame do sangue na ictericia. Uma forte diminuição de hemoglobina levanta a suspeita dum carcinoma latente.

Encontra-se varias vezes na ictericia funcional uma anemia em alto grau com poikilocytose; uma leucocytose mais accentuada suggere uma affecção suppurada nas vias biliares ou uma pylephlebite.

Recorrem alguns autores tambem á cholemimetria (2) (Gilbert e Herscher), isto é á investigação e dosagem dos pigmentos biliares no sôro do sangue, methodo este que pôde ter applicação diagnostica nas affecções do systema biliar que evolucionem sem ictericia apreciavel, embora tenha evidentemente menos importancia nos estados ictericios como taes clinicamente reconhecidos.

Outro tanto se pôde dizer da simples investigação dos pigmentos biliares no sôro, segundo a technica de Hamel, recentemente aperfeiçoada por Posselt (3).

(1) Posselt, *Moderne Leberdiagnostik in funktioneller und ätiologischer Beziehung*. Medizinische Klinik de 26 de julho e de 2 d'agosto 1908.

(2) e (3) A technica destes processos de investigação laboratorial foi descripta anteriormente pagg. 118 e 123.

Moynihan porém recommenda o processo de Hamel mesmo para a determinação da ictericia, quando a coloração natural da pelle dificultar a apreciação pelo simples exame.

As esperanças na possivel applicação clinica dos trabalhos de Ajello, Meis e Parascandalo sobre a cryoscopia do sangue e da urina na ictericia nos quaes havia a pretensão de que o indice de insufficiencia renal indicaria simultaneamente o grau de insufficiencia hepatica, cahiram por completo depois dos trabalhos de Pflughœft.

Comporta conclusões para o prognostico o exame da duração da coagulação do sangue. Quando esse tempo excede doze minutos julgava Arnsperger, em julho de 1906, muito provavel que existisse uma diathese hemorrhagica. Trabalhos mais recentes, como os referidos de Moravitz e Bierich e de Emile Weil (pag. 126 e 127), affirmam a importancia deste signal nos estados hemorrhagiparos.

Investigações desta ordem sam tanto mais para desejar que a grande maioria de casos mortaes em ictericos operados é tributaria da diathese hemorrhagica post-operatoria. O diagnostico precoce dessa grave complicação é de presumir pelo conjuncto das investigações hematologicas. A diathese hemorrhagica é especialmente para recear na ictericia dependente de carcinomas com oclusão das vias biliares profundas e na ictericia functional consecutiva a grave affecção parenchymatosa do figado.

Como synthese deste diagnostico differencial dos estados ictericos estabelece Arnsperger os seguintes eschemas para as principaes fôrmas de ictericia:

1. Ictericia mechanica por calculo no cho-

ledoco: inicio rapido com dores; colicas anteriores com ou sem ictericia. Estado geral grave, muitas vezes septico, signaes de angiocholite, febre, arrepios, vomitos. Se a ictericia dura, figado augmentado de volume, biliarmente cirrhotico; nas primeiras phases apenas o lóbo direito augmentado de volume. Vesicula biliar inaccessivel. Dôr á pressão na região da vesicula biliar e no epigastro; fezes ás temporadas completamente acholicas, noutras occasiões um pouco córadas. Bilirubinuria intensa, sem urobilina na urina; sangue pouco alterado. É claro que em casos isolados podem faltar alguns destes symptomas.

Este quadro symptomatico typico comporta diferentes modificações.

a) Á icteria *mechanica* simples pôde associar-se uma ictericia funcional por alteração hepatica, especialmente quando a ictericia se mantém bastante tempo. Encontra-se então urobilinuria, esplenomegalia, alterações hematologicas, especialmente poikilocytose, atraso na cogulação. Esta ictericia não cede geralmente mesmo depois da operação. O prognostico duma intervenção cirurgica é mais grave do que no simples calculo do choledoco.

b) Além da occlusão do choledoco por calculo pôde existir tambem um carcinoma da vesicula biliar. Encontra-se então tambem cachexia, tumefacção vesicular apreciavel e ascite, sendo possiveis as metastases hepaticas.

c) Podem os calculos do choledoco existir sem ictericia como ficou enunciado (pag. 242 e 243) nas considerações sobre a frequencia da ictericia na cholelithiase. O facto dá-se muito mais frequentes vezes do que geralmente se suppõe. O diagnostico dos casos dessa ordem pôde tornar-se muito difficil. É de toda a importancia nesse delicado problema

clínico a anamnese, assim como ligeira febre intermitente e arrepios como foi especialmente accentuado por Ehret e Stolz. Estes calculos do choledoco sem ictericia teem algumas vezes passado despercebidos até na operação.

2. Ictericia mechanica consecutiva a occlusão do choledoco por um tumor maligno: augmento lento da ictericia, em geral sem dores; cachexia sempre crescente. Fígado augmentado de volume *in toto*. Vesicula palpavel, tensamente distendida (Courvoiser). Ascite, acholia completa das fezes. Na urina geralmente apenas bilirubinuria. Diathese hemorrhagica, baixo valor hemoglobinico.

3. Ictericia funccional por affecção parenchymatosa do figado: iniciando-se lentamente, dura com remissões muitas vezes durante annos; dores ás temporadas, mas sem colicas typicas. Anamnese: syphilis, intoxicações chronicas. Fígado augmentado de volume, esplenomegalia. A região da vesicula biliar não é sensivel á pressão. Vesicula não palpavel. Na urina muita urobilina, pouca ou nenhuma bilirubina. Fezes bem coradas. Sangue algumas vezes muito alterado, poikilocytose, atraso na coagulação.

A observação seguinte da Clinica cirurgica de Heidelberg refere-se a um caso desta ordem, em que o diagnostico de ictericia funccional levou a pôr de parte a ideia de qualquer intervenção operatoria.

N.º 1527. 1906. A. K. 25 annos. Operario numa fabrica. O pae morreu de diabetes, a mãe vive com saude, um irmão não se desenvolveu, uma irmã soffre tambem frequentemente de ictericia sem dores, tres irmãos morreram na infancia. O doente soffre desde os 6 annos de ictericia com intensidade variavel e que augmentava especialmente no inverno, com mudanças de tempo e com excitações nervosas. Nunca se deram propriamente crises

dolorosas, varias vezes uma pressão surda na região do estomago. As evacuações tinham sido em tempo, por varias vezes, cinzentas e descóradas, mas nos ultimos annos sempre acastanhadas. Prurido faltava quasi por completo. Havia repugnancia pela carne, pão, e farinaceos, vertigem e peso de cabeça. Um tratamento com chologen assim como uma cura em Langenbrücken foram inuteis. O doente nega a syphilis e o alcoolismo. Uns annos antes, na inspecção para o serviço militar, teria o medico encontrado o figado muito augmentado de volume. O doente ficou isento. Havia a esse tempo prisão de ventre.

Entrada 30-VI-06. Homem de estatura regular em estado de nutrição média. Ictericia nitida da pelle e das mucosas; em parte nenhuma arranhaduras, nem hemorragias. Ganglios inguinaes tumefeitos de ambos os lados, á esquerda cicatriz dum abscesso ganglionar; de resto nenhuma adenopathias, nenhuns signaes de syphilis. Figado augmentado de volume, um dedo abaixo do rebordo costal; bordo endurecido, não sensivel. Baço augmentado de volume, duro, dois dedos abaixo do rebordo costal. Nenhuma ascite. A vesicula inacessivel á palpação. Estomago dilatado, mas sufficiente no ponto de vista motriz. Evacuações só com purgantes, duras, friaveis, intensiva e uniformemente coradas de castanho. Urina sem albumina e assucar. Nenhuma bilirubina, urobilina em abundancia, tambem algum urobilinogenio. Ausencia de bradycardia. Sangue: hemoglobina 80%. Duração da coagulação cerca de 10 minutos; nenhuma poikilocytose.

Diagnostico clinico. Ictericia funcional por affecção organica do figado (hepatite principalmente intersticial e em menos grau parenchymatosa), talvez syphilis congenita, juntamente talvez pancreatite chronica.

Ensauiu-se um tratamento pelo iodeto de potassio, visto que, na falta dum obstaculo mechanico ao curso da bilis, se afigurou inutil a intervenção cirurgica. Como se estabelecesse coryza, foi o tratamento substituido por uma cura de fricções. Estabeleceram-se melhoras apreciaveis dos incommodos subjectivos, mas a ictericia não se modificou sensivelmente emquanto o doente, que sahiu em 24-VII-06, foi observado.

Poderia talvez tratar-se dum caso de ictericia acholurica congenita, typo que descrevemos anteriormente pelas suas relações com problemas pathogenicos da cholelithiase.

As considerações feitas mostram como pelo exame clinico se podem distinguir varias formas de ictericia, etiologica e pathogenimicamente diversas, e que tambem devem ser differentemente apreciadas tanto no prognostico como na therapeutica.

Para estabelecer exactamente a indicação operatoria na ictericia e seleccionar com rigor os casos que devem ser destinados ao tratamento cirurgico daquelles em que é preferivel o tratamento interno, importa aperfeiçoar o diagnostico differencial.

A observação seguinte exemplifica bem as difficuldades que semelhante diagnostico differencial pôde apresentar; trata-se dum caso da Clinica cirurgica de Heidelberg, incluido na referida serie clinica (pag. 54) e publicado no Anuario de 1907 que sahiu em setembro de 1908, circumstancia esta que permittiu incluir dados receptes na seguinte resumida observação.

N.º 1434. 1907. Mulher de 41 annos, ictericia ha 2 annos e meio, de variavel intensidade, nunca completamente desvanecida; com isto poucas dores. Fígado e baço fortemente augmentados de volume, na urina urobilina em abundancia, menos bilirubina. Acholia das fezes. Pouca ascite. Diathese hemorragica intensa: epistaxis, hemorragias cutaneas.

Diagnostico clinico: cirrhose hepatica? Doença de Hanot? Calculo do choledoco com ictericia funcional?

Em 12 de junho, operação: em logar da vesicula biliar encontra-se apenas uma lamina fibrosa retrahida. No canal choledoco, fortemente dilatado, cercado em toda a volta por adherencias duras, encontra-se um calculo quasi com as dimensões duma noz, á vizinhança do duodeno. Choledocotomia, extracção. Existia um segundo calculo, pequeno, em situação proximal num diverticulo (canal cystico?). Drenagem do canal hepatico, forte hemorragia na incisão; por esse motivo fica uma pinça na ferida. Drenagem, tampões. Sutura da parede abdominal em andares. Evolução favoravel. Ao retirar o tampão ligeira hemorragia. Ao 3.º dia tira-se a pinça; extrahidos todos os tampões e o tubo

de drenagem, a principio bilis em abundancia, fechando depois a ferida rapidamente.

A doente sahe curada em 11 de julho. A ictericia quasi desapparecida.

Primavera 1908. Estado geral excellente, grande augmento de peso, cicatriz solida. Nenhuns incommodos.

A duração da ictericia (2 annos e meio), a difficuldade do diagnostico differencial, o exito da difficil operação e a cura completa sam as circumstancias que tornam este caso de cholelithiase devêras interessante e instructivo.

Outro symptoma a considerar em especial na semiologia da cholelithiase é a febre.

Arrepios e grandes elevações thermicas ou ligeiros accessos têm sido descriptos na semiologia da lithiase biliar, e a cada passo se encontram na prática clinica.

Estas elevações de temperatura produzem-se de repente. A temperatura sóbe rapidamente, attinge o seu maximo e depois volta á normal tambem com celeridade. Nos intervallos das determinações infeciosas mantêm-se a temperatura sensivelmente normal.

Quando a infecção se circunscribe á vesicula biliar, ou nesta se localiza de preferencia, pôde dar-se uma elevação de temperatura a 38°-40° conforme a natureza da infecção.

Em casos mais ligeiros pôde a temperatura attingir 38°, estabelece-se á pressão uma certa sensibilidade local, mas dahi a dois ou três dias tudo entra em ordem: assim, por exemplo, num caso pessoal onde a temperatura maxima foi de 38° aproximadamente; e noutro caso, quasi monosymptomatico pela colica, onde a temperatura accusou apenas dois

accessos, respectivamente em duas noites consecutivas, com 37,2 na manhã seguinte, sem que tornasse a produzir-se outra elevação thermica; a sensibilidade á pressão sobre a vesicula manteve-se neste caso durante cêrca de duas semanas.

Neuling, escrevendo sobre o grande material clinico de Kehr, accentua mesmo o facto, não mencionado por alguns tratadistas dos mais autorizados, de que numerosas crises hepaticas evoluem sem febre e mesmo sem quaesquer sensações subjectivas de calor.

Por outro lado os casos mais graves podem acompanhar-se de arrepios, podendo resultar da intensidade da infecção uma cholecystite aguda por vezes phlegmonosa.

Sam numerosos os casos em que a elevação thermica ou um arrepio precedem a dôr.

Moynihan dá da respectiva physiologia pathologica a seguinte noção: o processo inflammatorio agudo na vesicula biliar determina a elevação a 38° ou mais e promove augmento da secreção da mucosa para a vesicula; esta circumstancia por sua vez dá causa a um augmento de tensão e á dôr.

Quando os ataques de cholecystite se succedem, a temperatura não se mantém elevada nos intervallos, mas, a produzir-se, sóbe rapidamente de cada vez, normalizando-se em seguida. Se, porém, uma suppuração se estabelece, pôde constatar-se uma contínua elevação de temperatura a 38 ou 39, embora, como veremos, a apyrexia não seja condição sufficiente para se excluir o empyema da vesicula.

Na calculose do choledoco pôde a colica acompanhar-se ou ser seguida de um arrepio, por vezes intenso, de outras vezes em miniatura. A temperatura oscilla rapidamente, mantendo-se normal entre os

ataques. O traçado, representando graphicamente estas determinações infecciosas, caracteriza-se pelas bruscas elevações com intervallos normaes.

Moynihán considera estas elevações angulares no traçado da temperatura pathognomonicas da lithiase biliar; exceptuando talvez as curvas no sezónismo, suppõe que não haverá traçados semelhantes com os quaes um cirurgiãõ possa confundir-se. No dominio da pathologia cirurgica decerto que não, comtanto que sejam tambem incluidas as angiocholites embora sem çalculos, mas em pathologia interna occorre-me por exemplo a febre intermittente do typo ephemero de Comby, que nada tem de raro em pediatria; nestes casos ainda se pôde incriminar o figado porque pathogenicamente se fala numa auto-intoxicação hepatica a frigore.

Pela sua grande importancia clinica no diagnostico differencial a fazer, importa accentuar tambem a febre intermittente na syphilis visceral terciaria, especialmente na syphilis hepatica, da qual Dammert (1) e Pariser (2), além doutros, publicáram casos interessantes. Como é natural tem se dado erros de dignostico especialmente com o sezonismo, até que o tratamento especifico vem aclarar a situação.

Murphy, referindo-se, com mais propriedade, ao angulo de temperatura nas angiocholites, diz: a temperatura sóbe numa hora a 40° ou $40^{\circ},6$, mantém-se estacionaria durante algumas horas, e depois baixa rapidamente tambem ao normal, e conserva-se normal durante horas, dias ou mesmo semanas,

(1) e (2) Dammert e Pariser. Deutsche medizinische Wochenschrift de 27 d'agosto de 1908.

segue a mesma rapida variação, e repete-se com intervallos irregulares. Nas historias clinicas de Kehr encontram-se numerosos casos nesse genero, em que, com intervallos maiores ou menores, se succedem os accessos de 39° a 40°: num caso regularizaram-se, produzindo-se todos os 5 e 6 dias. Para estas characteristics modificações de temperatura propõe Murphy a designação de *the temperature angle of cholangic infection*.

De facto, qualqúer angiocholite, independentemente de phenomenos de lithiasis, pôde apresentar curvas de temperatura deste typo, com accessos mais ou menos elevados, conforme o grau da infecção; é o que tive occasião de verificar numa angiocholite ligeira, consecutiva a um embaraço gastro-intestinal, e numa angiocholite muito intensa, com cholecystite, numa creança na qual todas as razões levaram a excluir a lithiasis (caso da pag. 188).

A febre que pôde acompanhar os calculos do choledoco explica-se geralmente pela angiocholite concomitante; prejudica-se o livre curso da bilis infectada, e a estase favorece a absorpção das toxinas; quando a retenção desaparece, costuma a febre ceder.

Ha casos em que os successivos accessos com arrepios sam os unicos symptomas a denunciar grandes calculos no choledoco; tanto as colicas como a ictericia podem faltar por completo. O choledoco apresenta-se nesses casos fortemente dilatado, de modo que o calculo, embora grande, apenas determina obstrucções passageiras ao curso da bilis. Ha um caso de Kehr (n.º 159 do relatorio de 1908) que mostra bem o papel preponderante do calculo no choledoco na determinação da febre: num forte ataque com ictericia intensa produziu-se uma

elevação thermica de 39°,6, que desapareceu com a migração do calculo para não voltar, embora a intervenção (cholecystectomy e drenagem do hepatico) revelasse ainda infecção no choledoco, onde já não havia calculos.

Finalmente em phases mais avançadas do processo inflammatorio, se uma infecção intensa se diffunde pelos finos canaliculos biliares, póde a temperatura não apresentar remissões, mas conservar-se persistentemente elevada. Em taes casos póde a temperatura attingir 39°,5 a 40°,5 e não voltar á normal. Em regra, porém, a febre deste typo é precedida pela febre intermittente anteriormente descripta, e traduz uma infecção mais generalizada e mais intensa.

Tanto nas obras classicas de Charcot, como nas de Naunyn, se encontram reproduzidas as curvas caracteristicas daquelle typo febril.

A febre intermittente hepatica de Charcot merece largas referencias a Dieulafoy, numa pretendida justificação de archaicas concepções pathogenicas, inaceitaveis no estado actual.

A designação de febre intermittente hepatica, introduzida por Charcot, é suggestiva e corresponde de facto a uma noção clinica assente; mas as ideias de physiologia pathologica do symptoma febre na lithiase biliar, actualmente expostas por Dieulafoy, não podem de modo algum ser admittidas por quem conhecer, embora muito superficialmente, quaesquer trabalhos modernos inglêses ou alemães sobre a lithiase biliar.

Em antigos escriptores como Budd, Schmidt, Schüppel, etc. tambem se encontrava referencia aos arrepios e ás elevações de temperatura, como sendo

de origem nervosa e comparaveis aos arrepios da febre urethral.

Moynihan, porém, na sua monographia de 1905 sobre a lithiase biliar, commenta dizendo: «actualmente reconhecemos que tanto esta febre como a febre urethral sam de origem bacteriana, e a resultante duma infecção incontestavel».

Neste segundo typo febril instala-se um arrepio com elevação thermica algumas horas depois dum catheterismo geralmente difficil; pensa-se naturalmente num ferimento urethral com subsequente absorpção de urina pathologicamente alterada; e alguns affirmam que não ha febre urethral com urina normal, tratando-se naquelle caso de febre por infecção ou intoxicação.

Quanto á febre na cholelithiase, importa analysá-la mais detalhadamente.

Dum modo geral, não irei cair no extremo opposto e seguir aquelles que, não acceitando uma elevação thermica qualquer sem participação de microbio, subordinam sempre a febre á infecção, o que nem sempre corresponde á verdade dos factos.

A clinica, com effeito, subjugando sempre a theoria, e pôr outro lado o laboratorio nos trabalhos de Krehl, Rouquès e Klemperer, deram a demonstração prática de que a febre, a verdadeira febre, pôde existir no homem e nos animaes de sangue quente independentemente de qualquer agente microbiano.

É com effeito noção assente que os derivados de tecidos organicos, produzidos num metabolismo normal ou pathologicamente alterado, podem, sem intervenção de quaesquer germens, provocar febre elevada num organismo de sangue quente.

Assim é conhecida a febre aseptica nas fracturas subcutaneas, estudadas por exemplo na Alemanha por Volkmann e

Génzmer, em França por Broca, que a descreveu em crianças, consecutivamente a fracturas fechadas e a arthrites traumaticas com hemarthroses sem ferida exterior. As fracturas acompanhadas de grandes derrames sanguineos ou sero-sanguineos de productos musculares sam as que mais expõem a esta febre; assim encontro-a apontada por Hennequin e Loewy electivamente em consequencia das soluções de continuidade do femur, do humero e da tibia. Tive occasião de a observar durante uma semana aproximadamente, precedida de grande arrepio poucas horas depois do traumatismo, num caso pessoal de fractura da rotula, em que a hemarthrose foi muito accentuada. Pathogenicamente tem-se incriminado um accrescimo de trabalho physiologico necessario á formação do callo (Famechon, Dermisch), a reacção do systema nervoso ao choque (Bowlby), a coexistencia duma fissura articular ou duma entorse (Verneuil), uma febre septicemica attenuada (Weber), uma repetição de affecção febril anterior (Maunoury), etc., segundo a enumeração de Hennequin-Loewy, sendo aproximavel duma destas concepções a opinião de Raffray que, em casos desta ordem, considera a febre resultante da excitação dos centros thermogenicos produzida por uma irritação peripherica num systema nervoso predisposto que facilite os reflexos. De facto esta febre é função da resorpção dos elementos anatomicos em necrose e dos productos de secreção dos tecidos necrobiosados. Sabe-se, por outro lado, que os extractos do musculo e de sôro sanguineo sam thermogenicos. De resto, as urinas accusam urobilina, derivada do pigmento sanguineo, e os ganglios lymphaticos, assim como as visceras, revelam-se com hematoidina e globulos vermelhos.

É tambem conhecida a febre aseptica em grandes derrames sanguineos, estudada por von Bergmann e Angerer, e que tem a mesma significação pathogenica. Sirvam de exemplo os accessos nas inundações sanguineas causadas pela ruptura de gravidez ectopica, sem que Hartmann e outros podessem encontrar no sangue evacuado quaesquer germens. A escola de Berlim insiste no valor diagnostico da urobilinuria ligada á absorpção desses productos, quando possam excluir-se as doenças que se acompanham deste signal. Nunca insistencias dessa ordem, acompanhadas pela vulgarização dos restantes symptomas seram excessivas, tratando-se da gravidez tubar tam frequente, muito embora tam pouco diagnosticada.

Deduz-se do exposto que a febre não resulta sempre duma infecção. Conhecida da physiologia a grande importancia do sys-

ema nervoso na funcção dosapparelhos centraes reguladores do calor, não ha motivo para rejeitar, *à priori*, que as sédes da regulação calorifica possam adoecer primariamente ou ser excitadas por vias nervosas por outros pontos do systema nervoso.

Krehl classifica, porém, esse terreno de discussão de muito incerto e oscillante.

Trata-se dum assumpto em aberto, pelo menos nalguns dos saus aspectos, e que, por muito interessante que seja, não devo desenvolver neste logar. Limite-me pois a tocar dois pontos.

Por um lado, que se admite ainda muito uma febre nervosa: a febre hysterica. Ha uma tendencia muito legitima para a receber sempre com desconfiança. Em todo o caso, Krehl escreve: «Eu nunca a vi. Quem quereria porém negar a possibilidade de febre psychogenica, depois de termos adquirido cada vez mais a experiencia de que a hysteria faz por assim dizer tudo. Ha notaveis historias clinicas que mal se podem interpretar doutro modo que não seja o de febre hysterica». Por outro lado, julgo dever emittir a opinião de que se abusa da noção de febre nervosa; assim Raffray, a quem se deve um interessante syndrôma (febre nos desequilibrados do systema nervoso por excitação dos centros thermogenicos) qualifica de nervosa a febre consecutiva á hemorrhagia cerebral, que se segue á queda inicial da temperatura, e que Gilles de la Tourette tam bem estudou, dando um elemento differencial para o diagnostico entre as apoplexias por hemorrhagia e aquellas que dependem de amollecimento cerebral. Ora semelhante pathogenia é inaceitavel, porque a resorpção de sangue e productos histicos justifica a febre.

Abusa-se ainda da febre nervosa quando se pretende definir a febre urethral como febre reflexa, assim como é inteiramente falsa a concepção da febre na cholelithiase como uma febre reflexa.

Na crise de lithiase biliar ha sempre vicios de circulação nas vias biliares, e quasi sempre inflamação das paredes com infecção. Offerece-se, pois, occasião para que productos pathologicos (bacterias, toxinas) possam ser absorvidas.

Não faltariam, pois, como acabamos de vêr, analogias pathogenicas para conceber na cholelithiase tambem uma febre aseptica ou nervosa, e não é, por-

tanto, por opinião antecipada que invoco no caso em questão os processos infecciosos, que dominam a pathologia da lithiase biliar, como os exames clinicos e especialmente os operatorios tem demonstrado plenamente.

Taes sam as condições clinicas e anatomo-pathologicas na cholelithiase, embora Dieulafoy (1) supponha ainda poder abstrahir da infecção hepatica, e defenda uma distincção entre a febre satellite da migração calculosa e os accidentes febris tributarios de infecções biliares graves.

Affirma que semelhante distincção entre a febre satellite e a febre de infecção tem sido descripta ha muito tempo; Pentray Magnin, Charcot, Besnier estabelecêram «que a febre intermittente que sobrevem por occasião da lithiase biliar apparece em duas circumstancias differentes, e pôde ser o indicador de dois estados morbidos diversos».

Para distinguir nitidamente estas duas especies de febre intermittente, chamava Charcot á primeira febre hepatalgica ou febre satellite da colica hepatica, e á segunda febre hepatica ou biliar (de origem toxi-infecciosa). Os accessos febris dos chamados satellites, mesmo violentos, pôdem existir com as fórmas attenuadas e incompletas das colicas hepaticas; por vezes até dominam a situação de tal fórma, que a colica hepatica, quasi fruste, fica em segundo plano. Num caso de Magnin os accessos satellites das migrações calculosas tinham precedido de varios mêses as colicas hepaticas.

Estas considerações de Dieulafoy mostram que a

(1) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*. Paris, 1908, vol. II, pag. 901 a 905.

designação de febre satellite nada tem de verdadeiro, quer no intuito de traduzir coincidência, que o proprio Dieulafoy diz inconstante, ou proporcionalidade, que Dieulafoy tambem impugna, entre essa febre e a colica hepatica; quer pretendendo estabelecer um supposto antagonismo com a febre ligada ás determinações infecciosas no figado. Exemplificam estas considerações, com effeito, por dados clinicos, como a febre é independente da colica, embora possa acompanhá-la, tendo por pathogenia a infecção hepatica, que não só póde acompanhar a colica, mas tambem existir dissociada della, tendo por vezes character chronico, como no caso de Magnin referido por Dieulafoy.

É interessante notar que Dieulafoy, embora insistindo sempre na injustificavel distincção entre febre satellite e febre de infecção, diz: «não sei explicar bem a causa destes accessos satellites; Charcot suppunha que elles sam resultado duma infecção em pequena dose, caso em que poderiam ser considerados como uma das modalidades da febre bilio-septica; é possivel, mas não tenho a certeza, pois se vêem muitos casos de lithiase biliar em que os accessos febris satellites nunca chegam aos accessos febris bilio-septicos 1) e nunca sam seguidos de lesões infecciosas da vesicula biliar ou do figado 2)».

Consignando, de passagem, o facto de já Charcot ter sustentado a boa doutrina, analysemos ambas as duvidas de Dieulafoy.

1) Quanto á primeira não tem valor algum. Desde o momento em que se admite uma determinação infecciosa menos intensa como causa dos accessos chamados satellites, não se segue que a infecção deva fatalmente accentuar-se a ponto de se attingir a grave febre bilio-septica. Por outro lado

não existe rigorosa limitação entre os dois typos febris; tudo se reduz á intensidade do processo inflammatorio, e á variavel reacção individual, que póde ser desproporcionada á gravidade da infecção.

O proprio Dieulafoy não consegue differenciar os dois typos entre si, exceptuando a febre biliar do typo continuo, caso limite caracteristico. Com effeito, na pag. 919, referindo-se á febre bilio-septica (Chaufard), diz: «não se trata aqui da febre satellite das migrações calculosas que acima estudei, trata-se duma verdadeira febre de infecção, intermittente tambem, e caracterizada de resto, como a febre satellite, pelos arrepios mais ou menos violentos com elevação de temperatura attingindo 39° e 40°, e com suores profusos depois do accesso (tambem descriptos por Dieulafoy na febre satellite, por exemplo num caso do hospital Necker com temperatura a 40°; pag. 902). Estes accessos reaparecem á tarde, á noite, todos os dias, em dias alternados, pouco mais ou menos com a periodicidade dos accessos palustres, (nada que seja differente, por exemplo, das observações das pagg. 901 e 902 consideradas por Dieulafoy como de febre satellite). O periodo de apyrexia que separa os accessos é umas vezes completo (fórma intermittente), outras vezes incompleto (fórma remittente), e a febre póde mesmo persistir, experimentando apenas ligeiras remissões (fórma continua); o que é dum prognostico muito mais grave (caso limite, bem caracterizado). A febre intermittente bilio-septica póde acompanhar todas as localizações da infecção biliar; é especialmente com a infecção hepatica que ella attinge a maior intensidade; é menor e bastantes vezes nulla na cholecystite».

Pelo prognostico tambem Dieulafoy não consegue differenciar os dois typos febris, cuja distincção tanto

pretende accentuar; com effeito na pagina 904 diz: «o prognostico dos accesos satellites é geralmente benigno; causam grandes apprehensões, mas curam habitualmente sem deixar vestigios. Não se deveria comtudo ser demasiadamente optimista, porque taes acessos febris, que apresentáram no seu inicio os caracteres da febre hepatalgica, pódem ter uma terminação fatal».

Vê-se, portanto, que não é clinicamente possível uma distincção nitida, como era de prevêr. Como distinguir, com effeito, processos pathogenicamente iguaes, que apenas divergem na intensidade do processo infeccioso e da reacção que o organismo lhe offerece?

2) A segunda duvida posta por Dieulafoy tambem não é aceitavel. Dizer que a febre, a que chama satellite, não é resultado duma infecção, porque em muitos casos de lithiase biliar os accesos febris satellites nunca sam seguidos de lesões infecciosas da vesicula biliar ou do figado, é formular uma affirmação duplamente criticavel.

Por um lado seria, mutatis mutandis, dizer por analogia que a febre num pneumonico não é de causa infecciosa, porque em muitos casos de pneumonia os accesos febris nunca sam seguidos de lesões infecciosas do pulmão. De certo que Dieulafoy se não refere ao estado anatomo-pathologico contemporaneo do accesso febril, como se deprehende da seguinte passagem da (pag. 902) relativa a uma operada de Pozzi num caso rubricado por Dieulafoy de febre satellite:

«Tudo tinha corrido bem, a doente encontrava-se num estado excellente, não tendo tido febre alguma, quando foi accometida de arrepios e de terriveis accesos de febre, attingindo a temperatura 39° e 40°.

Os accessos reproduziam-se mais ou menos fortes, havia tres dias, em horas indeterminadas e varias vezes em vinte e quatro horas. O hypocondrio direito estava doloroso, as conjunctivas estavam ligeiramente ictericas. Examinei a doente, constato uma dôr ao nivel das vias biliares, ouço que a doente tem tido colicas, dizem-me até que se recolheu em tempo nas dejeccões um grande calculo biliar; fixo-me na ideia de symptomas febris satellites de lithiase biliar, e com effeito, alguns dias depois desapareciam os accessos de febre sem deixar o menor vestigio, e as dôres das vias biliares desaparecem igualmente».

Por outro lado, é não considerar uma das mais interessantes características clinicas da lithiase biliar, que consiste precisamente na relativa facilidade com que as lesões infecciosas entram numa phase de latencia, inteiramente silenciosa de symptomas, tam duradoira por vezes, que equivale a ser definitiva; como Dieulafoy no seu artigo passa, por completo, em silencio este aspecto clinico, tam importante de conhecer para orientar o tratamento, não admira que o não considere, suppondo que nunca existiram lesões infecciosas da vesicula em doentes examinados provavelmente em phase de latencia.

Estabelecendo um contraste, diz-nos finalmente Dieulafoy que nunca observou accessos satellites no decurso da colica nephritica, o que é porém mais um argumento contra o seu modo de vêr, pois que as probabilidades de infecção das vias urinarias não se comparam em frequencia com as determinações infecciosas da calculose hepatica. De resto, não creio que se possa ser tam affirmativo relativamente á apyrexia nas colicas nephriticas.

Seja dito de passagem que Dieulafoy, na pag. 948 do mesmo volume, faz ainda uma digressão com o fim de pôr em relevo algumas das modalidades da febre nos ictericos.

Primeira variedade: febre hepatalgica (febre satellite), associada á migração dos calculos e ás colicas hepaticas.

Segunda variedade: febre bilio-septica, resultado da infecção das vias biliares (angiocholite, cholecystite, abscesso do figado).

Terceira variedade: febre que depende da retenção permanente da bilis adulterada.

Ficou dito o bastante para se concluir que a primeira variedade se identifica com a segunda.

Quanto á supposta individualidade do terceiro typo, que atrás ficou descripto, e que nada tem a diferenciá-lo dos processos febris bacterio-toxicos da cholelithiase, a não ser uma condição mechanica a mais, favorecendo a absorpção dos productos septicos, não tenho que analisá-la. A sua condemnação resalta evidente das seguintes passagens paradoxaes (pag. 947 e 948 do mesmo volume), a proposito de um caso de obliteração permanente do choledoco por calculo, operado por Duplay — sou eu que chamo a attenção do leitor, pelo espacejamento typographico:

«Longe de mim a ideia de fazer uma theoria, mas, visto que nesta mulher os accessos persistiam emquanto durou a retenção biliar, e cederam desde que a retenção biliar cessou, não me parece illogico attribuí-los á resorpção da bilis septica. A bilis depois de uma demorada retenção, estará adulterada, é provavel, e o facto clinico importante a conhecer tanto para o medico como para o cirurgião, é que, nos casos de obliteração permanente do canal choledoco, se podem observar accessos de febre intensos e repetidos sem que haja infecção apreciavel das vias biliares».

Mas o criterio para excluir esta infecção encontra-se poucas linhas abaixo, a proposito de um caso

semelhante qualificado de não infectado: — «não havia em parte alguma liquido purulento».

A leitura das passagens da pag. 220 revela, porém, poder haver infecção sem purulencia do liquido, e já Riedel dizia que a bilis embora limpida pôde estar muito infectada.

Com Naunyn, Kehr e Krehl, além doutros, a affirmo que a febre na lithiase biliar, a produzir-se, resulta duma infecção biliar de certa intensidade.

Fez o seu tempo a chamada febre reflexa attribuida á irritação pelo calculo.

Este pôde exercer notavel influencia obstruindo, e favorecendo assim uma retenção de toxinas na bilis infectada e em estase.

A conclusão clinica a tirar quando o symptoma se produz, vou expô-la com Neuling, segundo os importantes relatorios clinicos de Kehr.

Definidos os caracteres do symptoma febre na cholelithiase e discutida a sua pathogenia, vejamos com effeito a sua distribuição relativa pelos diversos aspectos clinicos e anatomo-pathologicos da calculose hepatica. Sirvam para esse effeito 299 casos, serie relativa a 1904-1906, e publicada no relatorio de 1908.

Nestes 289 casos accusa-se o apparecimento de febre apenas 69 vezes, sendo respectivamente entretida :

- a) por cholecystite aguda infecciosa em 3 casos
- b) por cholecystite chronica (destes um caso complicado com tuberculose renal, e tres casos com pancreatite) em 12 casos

- c) por empyema da vesicula biliar... em 12 casos
- d) por calculos no choledoco..... em 32 casos
- e) por angiocholite sem calculos do
choledoco em 1 caso
- f) por cancro..... em 6 casos
- g) por necrose do pancreas..... em 2 casos
- h) por abscesso subphrenico em 1 caso

Este quadro revela immediatamente que predominam na determinação da febre os casos em que o calculo occupa o choledoco ou o hepatico, quando portanto se estabelece um impedimento ao livre curso nesses canaes da bilis infectada.

Importa ainda referir que, em varios casos de calculos no choledoco, se encontrou tambem um empyema da vesicula; mas nesses casos só se produziu a febre quando pela primeira vez, com o apparecimento da ictericia, o calculo estabeleceu uma obstrucção; anteriormente não tinha havido febre.

Fôram tambem isoladas as cholecystites sero-purulentas agudas, que se iniciáram com arrepio e febre; na maior parte dos casos faltava a febre completamente. Tam pouco se observou febre na grande maioria dos casos em que o exame clinico ou a operação reveláram a existencia de uma cholecystite infecciosa ou de um empyema da vesicula biliar.

Aos 12 casos febris de empyema (c), em que a febre foi geralmente passageira ou do inicio da infecção, contrapõem-se cêrca de 27 casos, em que nunca qualquer elevação thermica denunciou a grave inflamação purulenta da vesicula biliar. Geralmente isolava-se o foco inflammatorio por calculo obturante no collo da vesicula, não havendo infecção no choledoco.

A cholecystite chronica evoluciona tambem quasi sempre sem febre, segundo as estatisticas da clinica de Kehr; algumas observações pessoas de cholecystite chronica apyretica têm-me exemplificado clinicamente esta noção importante. Na serie de Kehr, a que me tenho referido, apparecem tambem casos de cholecystite chronica com febre, nalguns entretida por complicações. A expulsão dos calculos foi geralmente desacompanhada de febre; cinco vezes apenas, em 27 casos, a passageira occlusão do choledoco determinou elevações thermicas.

Se a febre póde faltar nas cholecystites, e até nas suppurativas, como se deprehende desta interessante serie clinica, outro tanto póde succeder com os calculos do choledoco; com effeito 37 casos da mesma serie decorrêram apyreticos, embora entre elles se encontrassem no choledoco algumas graves inflamações suppuradas. Mesmo angiocholites graves, em que a operação permittiu mostrar bilis fetida, massas lodosas e calculos no choledoco, podem não se acompanhar de febre alguma. O caso unico desta serie (e) exemplifica a relativa raridade das angiocholites diffusas sem calculos; em casos desta ordem deve produzir-se uma elevada febre septica, como era de prever. Geralmente encontram-se pequenos calculos, mais ou menos numerosos, que não produzem estase biliar muito grande, ou notavel dilatação do choledoco, como num caso da mesma serie em que o canal commum attingiu o diametro do intestino delgado, de modo que um calculo, embora grande, póde nem sempre oppôr notavel obstrucção á bilis. Os calculos sam na maioria dos casos pequenos, movediços e constituem occlusão intermittente do choledoco, sem febre; mas em casos mais raros podem tambem calculos maiores não provocar febre.

É de grande valor semiológico a noção de que em varios destes casos se estabelecem, de vez em quando, arrepios, sem que propriamente se produzam elevações thermicas. Inscreve Moynihan, como dissemos (pag. 229) estes arrepios nos chamados *symptomata inauguraes* da cholelithiase.

O syndroma febril encontra-se tambem nesta serie em cancros do figado ou da vesicula, nas pancreatites, etc., ainda que não com a mesma frequencia do que na calculose do choledoco; pôdem tambem produzir-se na tuberculose *ad portam hepatis*, na pylephlebite, na actinomycoze e na ulcera do duodeno.

Geralmente trata-se de infecção concomitante no choledoco ou de empyema vesicular, como se encontra nas neoformações malignas avançadas. Mas a febre pôde faltar na grande maioria dos casos de occlusão chronica do choledoco por tumor, em contraste com a febre intermittente na occlusão por calculo. A tuberculose *ad portam hepatis* pôde tambem decorrer apyretica, como num caso de Kehr em que rigorosas determinações da temperatura) durante semanas consecutivas, nunca revelaram a menor elevação thermica.

As considerações feitas, comportam a conclusão clinica de que a febre não permite, em geral, uma apreciação segura da gravidade das alterações anatomo-pathologicas de que o systema biliar é a séde; comtudo importa seguir cuidadosamente a curva thermica para ajuizar dos processos morbidos que se manifestam no choledoco e tambem, na eventualidade de uma intervenção, para estabelecer a indicação operatoria; dahi a regra na cholelithiase de tomar sempre as temperaturas não só durante, mas tambem entre os ataques. A febre

revela, em todo o caso, uma infecção em grau mais elevado.

Tem particular importancia na semiologia da cholelithiase os phenomenos dolorosos, entre os quaes tem sido especialmente considerada a colica hepatica.

A distincção estabelecida entre a chamada colica classica e os episodios dolorosos da cholecystite é insubsistente não só no ponto de vista clinico, como tambem sob o aspecto da physiologia pathologica destes symptomas.

A dôr na cholelithiase apresenta-se com caracteres muito variaveis.

A dôr mais geralmente descripta nos tratados é a colica typica, lancinante, que se inicia no angulo epigastrico, irradiando pela direita para a região dorsal, indo terminar entre as omoplatas. Segundo Kehr seria esta a dôr da oclusão aguda do chole-doco.

Accentua-se tambem na colica biliar a possivel irradiação para a região thoracica anterior, assim como para espadua direita, embora esta ultima irradiação não tenha a frequencia que geralmente se lhe attribue.

Todas estas irradiações dolorosas se comprehendem facilmente tendo em conta os dados anatomicos.

Admitte Raffray com effeito que a dôr se estende de baixo para cima por intermedio do nervo phrenico direito, que vem terminar-se no plexo solar; ora este nervo phrenico nasce dos terceiro, quarto e quinto pares cervicaes, e recebe por vezes um ramo do primeiro par; como por outro lado o plexo brachial é parcialmente constituido pelos quinto e sexto pares cervicaes, que fornecem nervos aos musculos da

espadua, estabelece-se, a partir das vias biliares, a seguinte trajectoria: nervo hepatico, plexo hepatico, plexo solar, nervo phrenico, pares cervicaes, musculos da espadua, e dahi a eventualidade da dôr escapular nos hepaticos, nos cholelithiacos latentés ou declarados.

À irritação do plexo solar pôde tambem corresponder uma intensa pontada epigastrica.

Finalmente as connexões do plexo solar com os nervos dorsaes, isto é, os intercostaes, por intermedio dos esplanchnicos, explicam a frequencia das nevralgias intercostaes nos hepaticos e nos dyspepticos, nos primeiros especialmente á direita, e nos ultimos á esquerda.

Podem as colicas violehtas acompanhar-se de perturbações circulatorias, palpitações, irregularidades de pulso, bradycardia, oppressão, cyanose, e collapso, symptomas que Naunyn considera como reflexos vasoconstrictóres.

À inflammação vesicular ou á oclusão do cystico corresponde uma dôr, que muitas vezes se localiza apenas no hypocondrio direito, e que os doentes descrevem com variavel intensidade como dôr lancinante ou como ligeira impressão.

A dôr na oclusão chronica do choledoco é por vezes referida á linha média, acima do umbigo; de vez em quando queixam-se os cholelithiacos apenas de dôres á esquerda.

Alguns doentes só accusam dôres na região dorsal á direita, nada sentindo adeante; teem tambem sido descriptas dôres substernaes sem dôr espontanea na vesicula biliar.

Podendo faltar as crises dolorosas, conclue Kehr que as colicas paroxysmicas sam proprias das phases agudas da cholelithiase, ao passo que a dôr se man-

tem nos estados chronicos, embora com menor intensidade, durante semanas, e se repete acabando muitas vezes por decidir o doente a fazer-se operar.

É frequente os cholelithiacos não accusarem dôres algumas, ficando surprehendidos quando á exploração se denunciam dôres provocadas.

Importa a este respeito accentuar a importancia clinica dum methodo de exame destinado a apreciar a sensibilidade da vesicula biliar á pressão.

Primitivamente enunciado por Naunyn, tem o facto clinico sido vulgarizado por Murphy de Chicago, que diz: «o signal mais caracteristico e constante da hypersensibilidade da vesicula biliar é a impossibilidade do doente em tomar uma inspiração profunda, quando os dèdos do medico se adaptam profundamente por baixo do rebordo costal direito e do bordo do figado. O diaphragma faz abaixar o figado até que a vesicula biliar sensivel attinge os dedos que exploram, quando a inspiração se suspende bruscamente como se tivesse sido evitada. Nunca encontrei este signal ausente em casos de lithiase, ou em casos infecciosos da vesicula ou dos canaes biliares».

Naunyn insiste na dôr provocada durante a inspiração profunda, quando se exerce pressão, o mais acima que seja possivel, por baixo do rebordo costal direito; a dôr provocada irradia por vezes por toda a região hepatica e para o epigastro.

Moynihan recommenda para investigar este importante signal da dôr á pressão o seguinte methodo, que já tenho reconhecido como muito prático: collocado o medico á direita do doente, e de preferencia sentado na cama, applica-se a mão esquerda sobre a parte inferior do lado direito do thorax do doente, apoiando-se o pollegar ao longo do rebordo costal; fazendo o doente uma inspiração profunda,

exerce-se simultaneamente pressão com o pollegar para cima.

Qualquer que seja o processo de exame, é frequente averiguar-se a existencia de dôr provocada em dois pontos especiaes: na região vesicular e no ponto dorsal de Boas (á direita da columna vertebral á altura da 12.^a vertebra dorsal).

Ainda que Boas ligue grande valôr diagnostico a este ponto dorsal, que tenho apreciado por vezes, não me parece, com Kehr, que se lhe possa attribuir o grande valor semiologico da dôr localizada na região vesicular.

Impõe-se finalmente a consideração de que a cholelithiase pôde iniciar-se clinicamente sem dôres algumas, revelando-se, por exemplo, por ictericia na calculose do choledoco.

Quanto á *physiologia pathologica* destes *symptomas dolorosos*, depreheende-se de considerações anteriormente estabelecidas (pag. 166, 213 e segg.) que se trata, na maioria dos casos, de processos *inflammatorios* que podem até chegar a interessar o peritoneu; devem tambem ser tomadas em linha de conta as adherencias, que, impedindo o funcionamento regular da vesicula, podem favorecer a estase e a infecção do conteúdo vesicular.

Aquelle conceito *pathogenico* por inflamação, documentado pela pratica cirurgica, sobreleva a influencia que a migração dos calculos, só de per si, possa exercer nalgumas colicas biliares.

Este ultimo aspecto *pathogenico* terá provavelmente o destino que teve a antiga noção, segundo a qual a colica *appendicular* era attribuida a concreções, quando, mesmo sem estas, se produzem dôres *appendiculares* vivissimas.

Kehr já em 1905 considerava rara a colica hepatica sem inflamação concomittante, accentuando que as camadas mucosa e muscular da vesicula e das vias biliares, embebidas de serosidade inflammatoria, limitariam assim o peristaltismo, como noutros processos inflammatorios, que se passam no aparelho digestivo. De então para cá, tem accentuado cada vez mais o papel primordial a attribuir á infecção na determinação das colicas vesiculares e do choledoco.

É especialmente decisivo o argumento que se invoca descrevendo-se crises dolorosas, com os mesmos caracteres clinicos, em doentes onde tudo se reduz a cholecystites agudas sem lithiase, como a cirurgia tem podido demonstrar com todo o rigór.

Mas tanto na appendicite como na cholecystite, tem a presença de concreções a maior influencia sobre o ataque inflammatorio, sobre a sua agudeza, e sobre o grau de lesões produzidas.

Relaciona-se este aspecto pathogenico do symptoma dor com um problema de diagnostico differencial.

Occorre com effeito perguntar se existe uma colica hepatica nervosa (neuralgia hepatitis, hepatalgia) a oppôr á colica da cholelithiase.

Kehr diz ter recebido varios doentes com o diagnostico de colica hepatica nervosa, não se admirando que o figado tambem se torne «nervoso» na nossa epocha de nervosismo. Mas é importante o ensinamento clinico de que, em todos estes casos, se revelou a existencia de calculos biliares, desaparecendo as nevroses hepaticas com a operação.

Vem comtudo a proposito dizer que semelhantes diagnosticos podem ser feitos com tanta maior facilidade, que nos cholelithiacos, com repetidas

crises dolorosas, se estabelecem frequentemente perturbações nervosas muito variadas. E assim apparecem neurasthenicos, considerados dyspepticos, nos quaes o diagnostico de cholelithiase nem sempre é feito, e doentes com accentuada depressão psychica.

Embora haja na litteratura medica uma serie de descripções sobre a epigraphe da colica biliar nervosa (Fürbringer, Pariser, Ewald, etc.), julgo que estes diagnosticos devem ser recebidos com a maior reserva.

As maiores difficuldades diagnosticas levantam-se na distincção entre a colica biliar e a gastralgia por ulcera. Faltando os caracteres que lhes sam proprios torna-se o problema clinico por vezes insuperavel, aggravando-se as difficuldades pela frequente eventualidade duma combinação entre os dois estados morbidos.

• Indicámos (pag. 232), a proposito dos symptomas inauguraes de Moynihan, os signaes geralmente invocados no diagnostico differencial.

Mas o caracter das dôres, a sua intensidade e irradiação nem sempre sam sufficientes para se poder distinguir com segurança a colica biliar doutros paroxysmos dolorosos abdominaes.

Assim a mencionada eventualidade duma irradiação para a esquerda pôde suggerir uma ulcera de estomago, como varios autores consignam.

A dependencia das dôres da quantidade e da qualidade da alimentação é certamente mais accentuada na ulcera; mas os episodios dolorosos na cholelithiase podem tambem relacionar-se até certo ponto com as refeições, e as dôres numa ulcera complicada de hypersecreção podem inversamente attenuar-se com os alimentos.

A producção geralmente nocturna da colica biliar tambem deve ser apreciada com alguma reserva no

diagnostico differencial com a gastralgia por ulcera, pois que esta pôde tambem occasionar dôres nocturnas, havendo simultaneamente hypersecreção ou estagnação.

Pôde ser invocavel nas mulheres a frequencia de crises biliares em relação com a menstruação, o parto e operações abdominaes.

A analyse do succo gastrico tem neste diagnostico differencial um papel muito secundario, pois que, segundo Kuttner, o succo gastrico se revela muito variavel nas colicas biliares, podendo tambem denunciar-se a hyperchlorhydria.

As hematemeses tambem constituem um symptoma commum a ambas estas affecções (pag. 235).

Pôde portanto haver difficuldade no diagnostico, immediatamente feito se poder revelar-se ao exame a caracteristica tumefacção vesicular, o que nem sempre succede em todos os casos de cholelithias.

A ictericia tambem não pôde sempre decidir com segurança este diagnostico, porque não só falta frequentemente na lithias, como tambem a ulcera se pôde acompanhar de ictericia, tratando-se duma ulcera do duodeno.

Apesar destas difficuldades é geralmente possivel fazer o diagnostico, tendo em conta o conjuncto dos symptomas, a anamnese e a evolução da doença.

Poderiam assim suggerir o diagnostico da cholelithias os seguintes symptomas: a falta de dyspepsia nos intervallos das crises dolorosas, a maior duração da dôr, o maior intervallo entre dois paroxysmos dolorosos, nas mulheres a coincidencia das dôres com a menstruação, gravidez, operações abdominaes, a concentração das dôres na metade direita do corpo, a persistencia das dôres depois de vomitos repetidos, um arrepio ou ligeira elevação de tempe-

ratura, augmento de volume do lóbo hepatico direito e sensibilidade á pressão na vesicula biliar e no bordo hepatico contiguo.

Ha estados de inflammação chronica do figado, sem alteração vesicular alguma, nos quaes podem dar-se paroxysmos dolorosos indifferençaveis das colicas biliares typicas, como num caso de cirrhose syphilitica, recentemente operado por Holländer.

Póde tambem offerecer difficuldades o diagnostico differencial por exemplo com a colica do colon transverso, sendo innegavel que muitas crises de cholelithiase sam consideradas como de colicas intestinaes.

Se o reconhecimento de muco nas fezes leva a diagnosticar a enterocolite muco-membranosa, é preciso tomar em linha de conta que esta se combina frequentemente com a cholelithiase, cujo diagnostico o apparecimento de muco não permite portanto excluir.

Completando o diagnostico differencial com outros estados morbidos, vamos fazer conjuntamente algumas considerações geraes sobre o diagnostico especial da cholelithiase, servindonos de elementos agrupados por Kehr, e que na sua quasi totalidade já foram successivamente indicados.

Não basta, com effeito, estabelecer o diagnostico de cholelithiase, devendo tambem tentar-se estabelecer o diagnostico especial das condições anatomopathologicas em causa no doente a examinar.

As difficuldades, que este problema clinico por vezes levanta, deram em resultado que autores da competencia de Naunyn duvidassem da possibilidade dos diagnosticos especiaes, como por exemplo na cholelithiase chronica.

Kehr, concordando com a possível dificuldade desse diagnostico, não havendo augmento de volume do figado, nem ictericia, nem tumefacção vesicular, lembra, porém, a este respeito que o exame conveniente, segundo o methodo indicado, revelando a dôr vesicular provocada, denuncia o processo inflammatorio com séde na vesicula biliar.

Os elementos a colligir sam a nota exacta da evolução da doença e um exame minucioso.

A anamnese deixa por vezes entrevêr o grau do processo anatomo-pathologico da cholelithiase. A natureza das colicas anteriores, a febre, a ictericia indicam como a doença evolucionou.

A inspecção revela nas grandes vesiculas hydropicas tumefacção abdominal, podendo vêr-se, em doentes magros, a vesicula acompanhando os movimentos respiratorios do diaphragma.

Os processos inflammatorios vesiculares e perivesiculares determinam uma elevação exagerada na parte superior do abdomen.

A percussão pôde indicar se a tumefacção vesicular está em continuidade com o figado, embora Kehr não ligue grande valor a estes dados colhidos pela percussão.

A auscultação é inutil. Considera Kehr uma raridade que possa ouvir-se o attrito peritoneal dependente de processos inflammatorios.

Tam pouco se pôde reconhecer a presença de calculos pela palpação com aquélla frequencia, que geralmente se suppõe, o que de resto, tendo importancia, não seria sufficiente, pois que não é a simples presença de calculos, que importa diagnosticar. Estam nas mesmas condições os exames radiographicos; assim a radiographia applicada aos calculos biliares tem conseguido exitos isolados (Beck, etc), mas não

tem interesse pratico, pois que nada diz acerca do estado anatomopathologico.

É a palpação, especialmente bimanual, que mais ensinamentos presta.

Assim como Kehr dá grande valôr á palpação bimanual, particularmente util para apreciar a tumefacção da vesicula, assim tambem Beck, de Nova-York, recommenda o exame bimanual de pé, collocando o doente o braço direito sobre a espadua do medico e inclinando-se para deante. Mas, na pratica usual, o medico á direita do doente, em decubito dorsal com os membros inferiores em flexão, colloca a mão esquerda na região renal direita, dispondo a mão direita sobre a parede abdominal á altura da vesicula biliar. Eleva-se o figado e a vesicula com a mão esquerda e procede-se á palpação da tumefacção vesicular, muito ao de leve para evitar as contracções da musculatura abdominal. A vesicula revela-se geralmente sensivel á pressão, excepto nalguns casos pouco numerosos de hydropsia com infecção extincta.

No inicio da cholecystite aguda é que a vesicula mais facilmente se pode apreciar, não só sensivel como augmentada de volume, piriforme, em hyperdistensão, através da parede abdominal flacida. Este estado acompanha-se frequentemente de vomito biliar. O estado geral póde ser grave; pulso frequente e pequeno; por vezes febre elevada. O diagnostico vae-se tornando mais difficil, porque os symptomas modificam-se. O processo invade o peritoneu, produz-se meteorismo e constipação; resultam adherencias ou um exsudado de pericholecystite; accentua-se a defesa da parede abdominal, e todo o lado direito do abdomen se torna doloroso. O diagnostico nesta phase póde ser muito difficil, devendo considerar-se especialmente no diagnostico differencial com a ap-

pendicite — a localização do maximo de defesa e de dôr na metade direita do abdomen superior e — a continuidade da resistencia ou matidez com o figado. Refere Arnspenger casos em que o reconhecimento duma zona, por vezes tympanica, sem dôr, entre o fôco e a arcada crural permittiu excluir com probabilidade a appendicite. Ha casos, porém, em que a vesicula biliar inflammada e o lóbo direito do figado podem attingir a fossa iliaca direita.

Riedel mostrou, com effeito, que o territorio hepatico situado por cima da hydropisia inflammatoria da vesicula se estende em prolongamento para baixo constituindo-se por vezes muito rapidamente, em poucos dias.

Este prolongamento linguiforme pôde levantar embarços diagnosticos com o rim direito movel. Tambem esse diagnostico differencial se considera com a tumefacção vesicular. Esta ultima pôde por vezes ser impellida para dentro, mas volta à sua posição normal; não havendo muitas adherencias revela-se lateralmente deslocavel. O rim movel denuncia-se, em geral, pela sua fórma, e dá, á reposição, uma impressão caracteristica: como que salta das mãos. O rim movel dessapparece em grande parte pela insuflação de ar no colon; a tumefacção vesicular é impellida para cima, embora este signal não seja constante.

Kystos hydaticos do figado, desenvolvidos na proximidade da vesicula, podem confundir-se com hydropisias vesiculares, havendo casos em que só a anamnese (ausencia de dôres, crescimento lento e gradual do tumor) faculta um diagnostico.

O diagnostico da cholelithiase é geralmente muito facil, havendo colicas typicas e tumefacção vesicular. As caracteristicas desta tornam absolutamente dis-

pensável qualquer punção exploradora, de resto perigosa, sendo o conteúdo vesicular geralmente infeccioso. Tumefacção vesicular sem ictericia indica uma oclusão, geralmente calculosa, do cystico. Não se apreciando tumefacção vesicular, e não sendo as dores typicas, tornam-se possiveis erros diagnosticos com as colicas saturninas, colicas renaes, coprostases e colicas intestinaes. Tratámos (pag. 293) do delicado diagnostico differencial com a ulcera de estomago.

Na retracção vesicular, mesmo na oclusão chronica do choledoco por calculo, é o exame muitas vezes negativo, havendo, quando muito, uma sensibilidade maior ou menor á pressão. Nesta oclusão chronica pôde encontrar-se, além dos pigmentos biliares, que de resto faltam num terço dos casos (Kehr), albuminuria.

Da oclusão aguda do choledoco, facilmente diagnosticada, e muitas vezes evitavel com um tratamento opportuno da cholecystite causal, pode resultar a oclusão chronica.

A oclusão chronica do choledoco e a lithiase do choledoco nem sempre sam diagnosticadas.

A ictericia pôde faltar por completo, quando o choledoco se dilata, a infecção se extingue e a bilis pôde passar junto ao calculo, ou quando a permeabilidade do cystico dá passagem á bilis para uma fistula entre a vesicula biliar e o intestino.

Podem faltar as colicas typicas, havendo em logar destas uma impressão desagradavel. É frequente que arrepios, repetindo-se irregularmente, e em geral, mas não sempre, acompanhados dum augmento de ictericia, lembrem a obstrucção do choledoco. Pôde o prurido produzir-se mesmo desacompanhado de ictericia.

O diagnostico entre oclusão do choledoco, ou

por calculo ou por tumor, resume-se no seguinte: na oclusão por calculo ha geralmente retracção da vesicula, impalpavel, a ictericia pouco intensa e variavel, as fezes ora acastanhadas, ora acinzentadas, as colicas de intensidade variavel e a febre de typo intermitente; na oclusão por tumôr apresenta-se a vesicula biliar geralmente grande, como formação hyperdistendida por baixo do figado, a ictericia accentuada e de intensidade crescente, acholia persistente das fezes, faltando as colicas e a febre quasi sempre. É a enunciada lei de Courvoisier, verificada em cerca de 75% dos casos.

Taes sam, em resumo, os principaes elementos para o diagnostico especial das diversas fórmãs de cholelithiase.

BIBLIOGRAPHIA CONSULTADA

- Adami. *Gall Stones and their Cholesterin Constituents*. The British Medical Journal de 5 de junho de 1909.
- Alberto d'Aguiar. *Cellula hepatica e crase urinaria*. Porto, 1896.
- Alfredo Doria. *Sobre Cirurgia da Vesicula Biliar*. These de Lisboa. Julho de 1900.
- Apert. *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*. Paris, 1907.
- Arnsperger (L.). *Die chirurgische Bedeutung des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 48. Heft 3. Tübingen 1906.
- *Zur Differentialdiagnose des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 52. Heft 1. Tübingen 1906.
- *Diagnose und Therapie der akuten Cholezystitis*. Medizinische Klinik. 1908, n.º 11.
- Bachrach. Medizinische Klinik de 19 de julho de 1908.
- Bacmeister. *Der Ausfall des Cholesterins in der Galle und seine Bedeutung für die Pathogenese der Gallensteine*. Münchener medizinische Wochenschrift. 1908, n.º 5 e 6.
- *Die Bedeutung des radiären Cholesterinstein für die entzündliche Gallensteinkrankheit*. Münchener medizinische Wochenschrift de 11 de maio de 1909.
- Beck. *Bildung und Zusammensetzung der Gallensteine nebst einigen Gesichtspunkten des Röntgenverfahrens und deren Behandlung*. Leipzig, 1907.
- Bickel e Wohlgemuth. *Die Rolle der Leber im intermediären Eiweissstoffwechsel*. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. Wiesbaden, 1908.
- Blum. *Ueber hämolytischen Ikterus*. Münchener medizinische Wochenschrift. 25 de maio de 1909, pag. 1103.
- Bofinger. *Ueber die Diagnose der Cholelithiasis*. Leipzig, 1907.
- Bourgoin. *Cholemie et ictère dans le foie cardiaque*. These de Paris, 1906.

- Bouchard e Brissaud. *Traité de Médecine*. Deuxième édition. Paris.
- Charcot. *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins*. Paris, 1877.
- Chauffard e Laederich. *Étude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse*. *Revue de Médecine*, setembro, 1905.
- Chauffard. *Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte*. *Semaine Médicale*, 1907, pag. 25.
- *Les ictères hémolytiques*. *Semaine Médicale* 1908, pag. 49.
- *Le syndrome spleno-hépatique dans le paludisme aigu*. *Semaine Médicale* 1909, pag. 25.
- Congrès (vingt et unième) de Chirurgie. Paris, 1908. Procès-verbaux, mémoires et discussions.
- Cotte. *Traitement chirurgical de la Lithiase Biliaire et de ses Complications*. Thèse de Lyão, 1908.
- Dammert. *Ueber intermittierendes Fieber bei tertiärer visceraler (speziell Leber) Syphilis*. *Deutsche medizinische Wochenschrift* de 27 de agosto 1908.
- Debré. *Porteurs de germes et fièvre typhoïde*. *La Presse Médicale* de 9 de janeiro de 1909.
- Diculafoy. *Manuel de Pathologie interne*. Quinzième édition. Paris, 1908.
- Duplay e Reclus. *Traité de Chirurgie*. Deuxième édition. Paris.
- Duranton. *La cholesterine et ses conditions de précipitation*. Thèse de Paris. Novembro, 1908.
- Elliot. *Surgery of the liver, gall-bladder, biliary passages, and pancreas*, in Collins Warren e Pearce Gould. *The international Text-book of Surgery*. Londres e Philadelphia, 1902.
- Eppinger. *Ikterus*. *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*. Berlin, 1908.
- Exner e Heyrovsky. *Pathologie der Cholelithiasis*. *Zentralblatt für Chirurgie*. 29 de agosto de 1908.
- Fellner. *Menstruelle Leberhyperämie-Schwangerschaftsleber*. *Medizinische Klinik*, 1909, n.º 21.
- Fischer. *Beitrag zur Pathologie des Ikterus*. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*. Band 20. Heft 2, Jena, 1909.
- Fischler. *Das Urobilin und seine klinische Bedeutung*. *Habilitationsschrift*. Heidelberg, 1906.
- Föderl. *Ueber Cholezystitis*. *Medizinische Klinik* de 30 de maio de 1909.

- Français. *Étude clinique et traitement de le lithiase du cholédoque*. Paris, 1906.
- Gautrelet. *Physiologie uroséméiologique*. Paris, 1906.
- Gilbert e Lippmann. *Du microbisme biliaire normal*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1903, pag. 158.
- , Herscher e Posternak. *Cholemimétrie*. Comptes rendus de la Société de Biologie, vol. 55, pag. 1587.
- et Lereboullet. *Bulletin de la Société de Biologie*. 3, 10, 17, 24 de junho de 1905, 1 de julho de 1905.
- e Lippmann. *Contribution à l'étude bactériologique des calculs biliaires, rôle des microbes anaérobies*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1907.
- *Les trois cholemies congénitales*. Semaine Médicale, 1907, pag. 563.
- , Carnot e Jomier. *Traitement de le lithiase biliaire*. Congrès français de Médecine. Dixième session. Rapports, pag. 174, Genebra, setembro de 1908.
- Goldammer. *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege*. Beiträge zur klinischen Chirurgie 55. Band. 1. Heft. Tübingen 1907.
- Goldschneider. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, de 8 de abril de 1909.
- Gosset. *Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique*. 21^e Congrès de Chirurgie. Procès-verbaux, mémoires et discussions. Paris, 1908.
- Hermano de Medeiros. *A drenagem da vesicula biliar*. These de Lisboa. Julho de 1903.
- Hernette. *Sur les resultats immediats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie*. Paris, 1907.
- Hofbauer. *Ueber Relationen weiblicher Generationsvorgänge zur Klinik der Cholelithiasis*. Medizinische Klinik de 14 de fevereiro de 1909.
- Iscovesco. *Les lipoides*. La Presse Médicale de 18 de julho de 1908.
- José Gentil. *A Cirurgia em Portugal*. Notas sobre Portugal, volume 1. (Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908. Secção portuguesa). Lisboa, 1908.
- Kamm. *Gefährdung des Typhusbazillenträgers durch die eigenen Typhusbazillen*. Muenchener medizinische Wochenschrift, de 18 de maio de 1909.
- Kayser. *Ueber die Art der Typhusausbreitung in einer Stadt*. Muenchener medizinische Wochenschrift, de 1 de junho de 1909.

- Kehr. *Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Die Deutsche Klinik (v. Leyden-Klemperer) 8. Band. Berlin, 1905.
- *Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge*. Munich, 1905.
- *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906.
- *Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Leber der Gallenwege und der Milz* in von Bergmann e von Bruns. Handbuch der praktischen Chirurgie. Stuttgart, 1907.
- , Liebold e Neuling. *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908.
- *Gallensteine*. Deuxième Congrès de la Société internationale de Chirurgie. Bruxelles. Setembro de 1908.
- *Welche Erfolge hat bisher das Messer des Chirurgen bei der Behandlung der Cholelithiasis erzielt?* Münchener medizinische Wochenschrift, de 6 de outubro de 1908.
- *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.
- Kocher. *Chirurgische Operationslehre*. Fünfte vielfach umgearbeitete Auflage. Jena, 1907.
- Körte. *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber*. Berlin, 1905.
- Krehl. *Pathologische Physiologie*. Fünfte Auflage. Leipzig, 1907.
- Kuttner. *Ueber abdominale Schmerzanfälle*. Halle a S. 1908.
- Lepierre e Nogueira Lobo. *Elementos de Semiologia urinaria*. Coimbra, 1905.
- Lubarsch-Ostertag. *Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie*. Wiesbaden, 1908.
- Morawitz e Bierich. *Ueber die Pathogenese der cholämischen Blutungen*. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd 56, pag. 115. 22 de novembro de 1906.
- e Lossen. *Untersuchungen an einem hereditären Bluter*. Verhandlungen des 25 Kongresses für innere Medizin pag. 552. Vienna d'Austria, abril de 1908.
- *Ueber Hämophilie*. Deutsches Archiv für klinische Medizin 94 Band. 1 u. 2 Heft, pag. 110. 15 de setembro de 1908.
- Mathieu. *Retrecissements non néoplasiques des voies biliaires principales*. Revue de Chirurgie 1908, tome XXXVII, n.º 1.

- Mathieu. *La lithiase de la voie biliaire principale*. These de Paris. Dezembro, 1908.
- Mayo Robson. *Diseases of the gall-bladder and bile-ducts, including gallstones*. Londres, 1904.
- *Anatomy of the pancreas in relation to its diseases*. The British Medical Journal, de 16 de maio de 1908.
- Mering e Krehl. *Lehrbuch der inneren Medizin*. Jena, 1908.
- Minkowski. *Icterus und Leberinsufficienz*. Die Deutsche Klinik (Leyden-Klemperer) 5. Band. Berlim, 1905.
- Mizokuchi. *Ueber Operationen an den Gallenwegen*. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 96 Band. 4-6 Heft. Dezembro, 1908.
- Monsarrat. *Cholecystitis*. The Practitioner, de junho de 1908.
- Moynihan. *Gall-stones and their surgical treatment*. Philadelphia e Londres, 1905.
- *An Address on Inaugural Symptoms*. The British Medical Journal, de 28 de novembro de 1908.
- Nachmann. *Etude analytique et critique des diverses methodes de palper du foie*. La Clinique, de 17 de julho de 1908.
- Narath e Arnsperger. *Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für 1907*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 59. Band Supplement Heft. Tübingen. Setembro de 1908.
- Nepper. *Constipation et sécrétion biliaire*. Gazette des hôpitaux 1908, pag. 1516.
- Nicolau Bettencourt e Garcia Regalla. *O diagnostico da febre typhoide pela hemo-cultura em bilis*. Gazeta dos Hospitales do Porto, 1908, pag. 41.
- Oddo. *Revue de Medicine*, 10 de setembro de 1903.
- O caso Waldeck-Rousseau. *A Medicina contemporanea*, de 11 de setembro de 1904.
- Pariser. *Zwei Fälle von Leberlues mit langdauerndem Fieber*. Deutsche medizinische Wochenschrift, de 27 de agosto 1908.
- Posselt. *Zur Methodik der klinischen Serumuntersuchungen*. Zentralblatt für innere Medizin, 1907, n.º 20, pag. 497.
- *Moderne Leberdiagnostik in funktioneller und ätiologischer Beziehung* Medizinische Klinik, 5 de julho e 2 de agosto de 1908.
- Quincke e Hoppe-Seyler. *Diseases of the liver pancreas and suprarenal capsules* Nothnagel's Encyclopedia of Practical Medicine. Philadelphia e Londres, 1905.
- Raffray. *Les déséquilibres du Système nerveux*. Paris, 1903.
- Reynaldo dos Santos. *Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas*. Lisboa. Junho de 1906.

- Ridnick. *Kystes hydatiques du foie et cholemie simple familiale*. These de Paris, 1905.
- Riedel. *Ueber Cholecystitis und Cholangitis sine concremento*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 19 Band. Heft 1. Junho de 1908.
- *Neue Erfahrungen ueber Cholecystitis und Cholangitis sine concremento*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 20 Band. Heft 2. Maio de 1909.
- Rolleston. *Diseases of the liver gall-bladder and bile-ducts*. Philadelphia-Nova-York-Londres. 1905.
- Rosenfeld. *Ueber familiären Ikterus*. Deutsche medizinische Wochenschrift, 8 de abril de 1909, pag. 619.
- Sacquépée. *Ictères hémolytiques d'origine paludéenne*. Semaine Medicale 1908, pag. 527.
- Schwarz. *Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Cholelithiasis*. Würzburg, 1908.
- Sereto Diniz. *Calculos biliares-Pathogenia e frequencia*. These de Lisbôa. Julho de 1906.
- Starkiewicz. *Sur la pathogénie de l'ictère acholurique congénital*. Revue de Medecine. Paris, 10 de janeiro de 1909, pag. 68.
- Strümpell. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*. Leipzig, 1907.
- Syllaba. *Zur Diagnose der schwächeren Grade des Ikterus*. Folia haematologica 1904, vol. 1, pag. 636.
- Vaquez e Giroux. *Ictère chronique acholurique avec splénomégalie; ses relations avec l'anémie hemolytique*. Semaine Medica, 1907, pag. 551.
- Vaury. *Contribution à l'étude du foie dans la goutte. Ictère chronique simple et goutte*. These de Paris de 1907.
- Weil (Emile). *La coagulation du sang dans les états hémorragiques*. Comptes rendus de la Société de Biologie, tome LI, pag. 558, de 8 de dezembro de 1906.
- Widal e Ravant. *Ictère chronique acholurique congénital*. Semaine Médicale, 1902, pag. 302.
- Würtz. *Eine Missbildung als Ursache unstillbarer Blutung beim Neugeborenem*. Medizinische Klinik, 27 de dezembro de 1908.

INDICE

	Pag.
PREFACIO.....	1x

CAPITULO I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASE

Actualidade dos estudos sobre a lithiase biliar.....	1
Seu valor clinico e medico-legal.....	3
Seu valor em hygiene.....	4
Complicações da cholelithiase.....	5
Pathogenia e anatomia pathologica.....	11
Semiologia.....	12
Tratamento medico.....	15
Historia do tratamento cirurgico.....	17
O caso Waldeck-Rousseau.....	25
Estatistica de Kehr (Halberstadt).....	37
Estatistica de Mayo-Robson (Londres).....	44
Estatistica dos irmãos Mayo (Rochester).....	45
Estatistica de Czerny-Narath (Heidelberg).....	49
Estatistica de Kümmell (Hamburgo).....	56
Estatistica de Koerte (Berlim).....	»
Estatistica de Poppert (Giessen).....	57
Estatistica de Kocher (Bern).....	58
Considerações geraes.....	59
Inquerito de Kehr (Congresso de Bruxellas).....	61
Cirurgia da cholelithiase em França.....	67
Cirurgia da cholelithiase em Portugal.....	78

CAPITULO II

PATHOGENIA DA CHOLELITHIASE

	Pag.
Cholemia simples familiar	101
Diathese biliar de Gilbert.....	109
Analyse deste terreno biliar.....	112
Cholemia physiologica.....	113
Critica da cholemia physiologica	114
Cholemimetria de Gilbert e Herscher.....	117
Apreciação da technica de Gilbert.	120
Technica de Posselt.....	123
Cholemia e intoxicações hepaticas	124
Conceito de cholemia segundo a escola alemã.....	126
Hemorrhagias cholemicas.....	127
Critica da cholemia simples familiar.. ..	128
Cholemia simples familiar e hemophilia.....	131
Cholemia simples familiar e syphilis.....	134
Cholemia simples familiar e cholelithiase.....	137
Cholemia simples familiar e appendicite.....	139
Cholemia simples familiar e carcinoma.....	140
Cholemia simples familiar como terreno hydatico.....	142
Cholemia simples familiar e cirrhose.....	143
Conclusão sobre a cholemia simples familiar.....	145
Hypercholemia immediata: ictericia chronica simples.....	147
Pathogenia da ictericia chronica simples.....	149
Ictericias hemolyticas e cholelithiase.....	151
Ictericia chronica simples não hemolytica.....	153
Ictericia congenita hemolytica.....	155
Cholelithiase e sezonismo.....	159
Cholelithiase e arthritismo.....	161
Critica da subordinação da lithiase ao arthritismo.....	164
Cholelithiase por affecção do nervo vago.....	165
Argumentos de Kehr contra a theoria da diathese.....	168
Hereditariedade na cholelithiase.....	169
Antecedentes pessoas na cholelithiase.....	172
Traumatismo e cholelithiase.....	173

	Pag.
Gravidez e cholelithiase.....	174
Sexo e cholelithiase.....	176
Edade e cholelithiase.....	179
Infecções experimentaes da vesicula.....	180
Estase biliar nas cholecystites.....	183
Microbismo normal da vesicula.....	184
Vias de infecção vesicular.....	186
Confirmação clinica e anatomo-pathologica.....	187
Natureza dos germens nas cholecystites..	189
Cholecystites por infecção ascendente.....	189
Cholecystites por infecção hematogena.....	190
Cholecystite por pneumo-bacillo de Friedländer.....	190
Cholecystite typhica.....	192
Portadores e excretores de bacillo typhico.....	192
Cholecystite calculosa.....	195
Recidivas de cholecystite.....	197
Canaes de Luschka e recidivas.....	198
Cholelithiase e cholecystite.....	199
Catarrho lithogenico.....	200
Origem infecciosa da lithiase.....	201
Mechanismo da lithogenese.....	202
Precipitação dos saes biliars.....	204
Calculo radiado de cholesterina.....	207
Parede vesicular e lithogenese.....	210
Lesões anatomo-pathologicas na vesicula.....	213
Pericholecystite e adherencias.....	215
Hydropsia da vesicula biliar.....	217
Lesões na cholecystite chronica.....	218
Lesões anatomo-pathologicas no choledoco.....	219
Lithiase do hepatico e das vias intra-hepaticas.....	222
Fórmias de cholelithiase.....	225

CAPITULO III

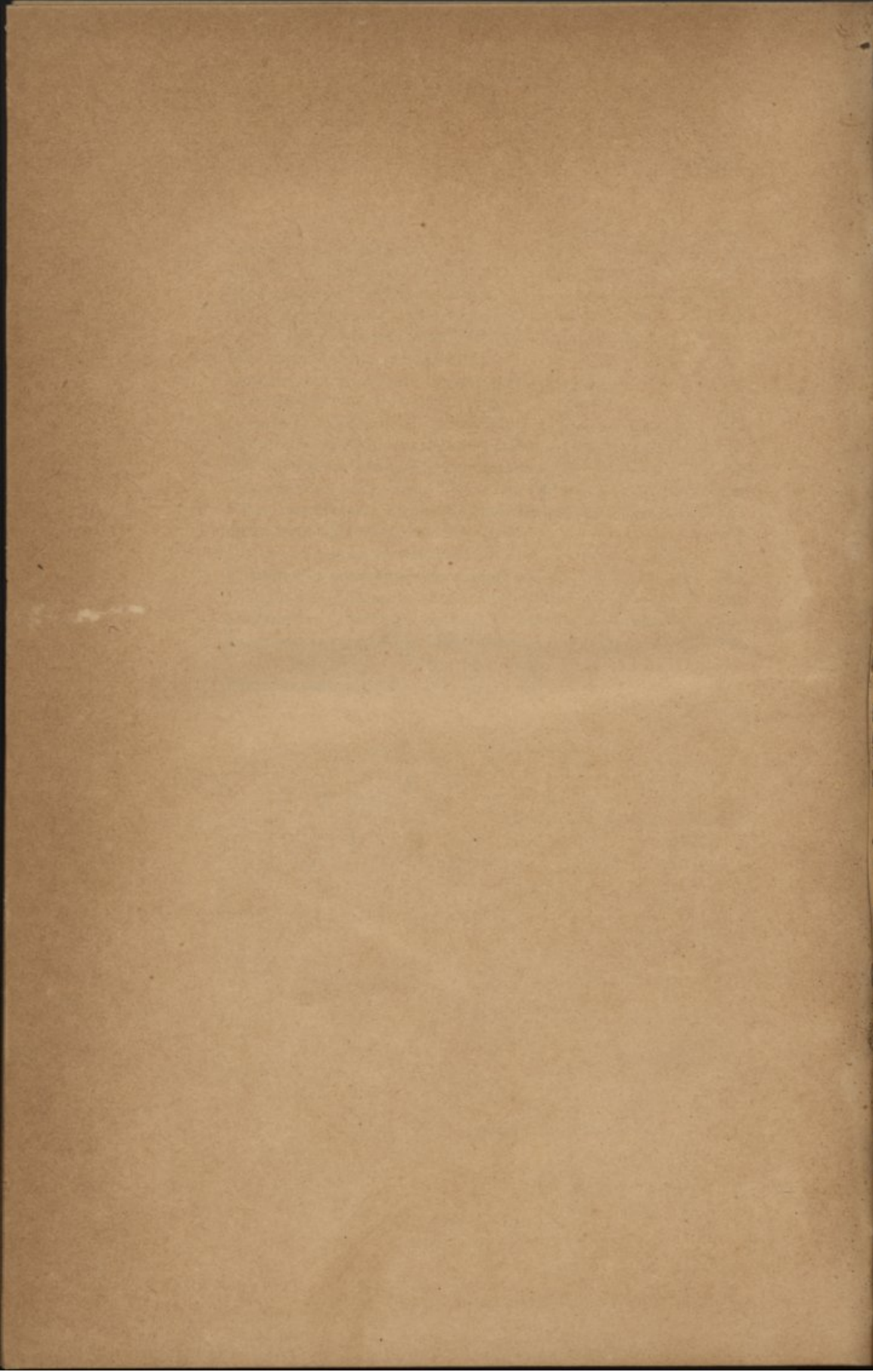
SEMILOGIA DA CHOLELITHIASE

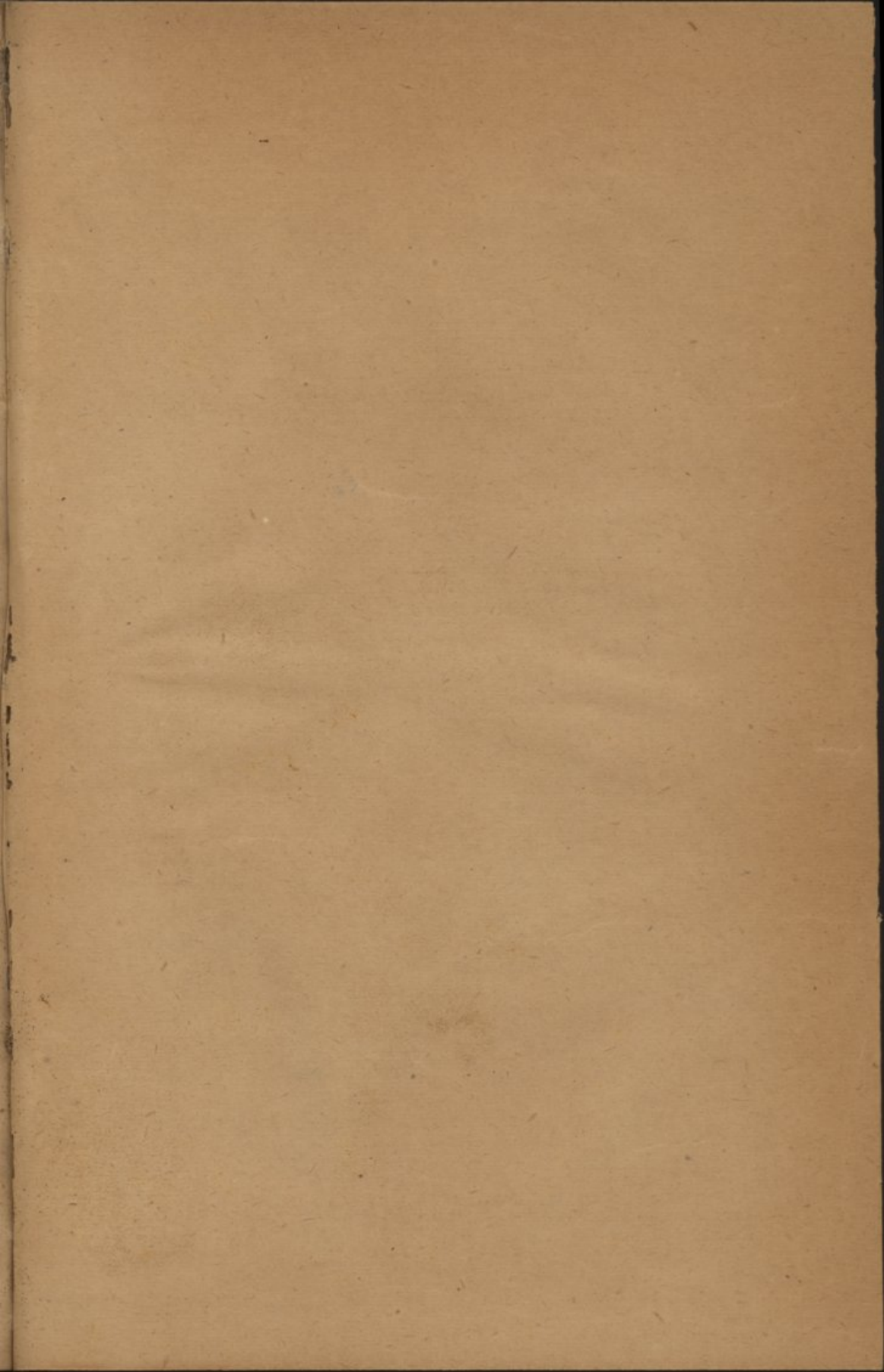
Symptomas inauguraes de Moynihan.....	227
Apreciação das conclusões de Moynihan.....	230
Symptomas gastro-intestinaes na cholelithiase.....	233

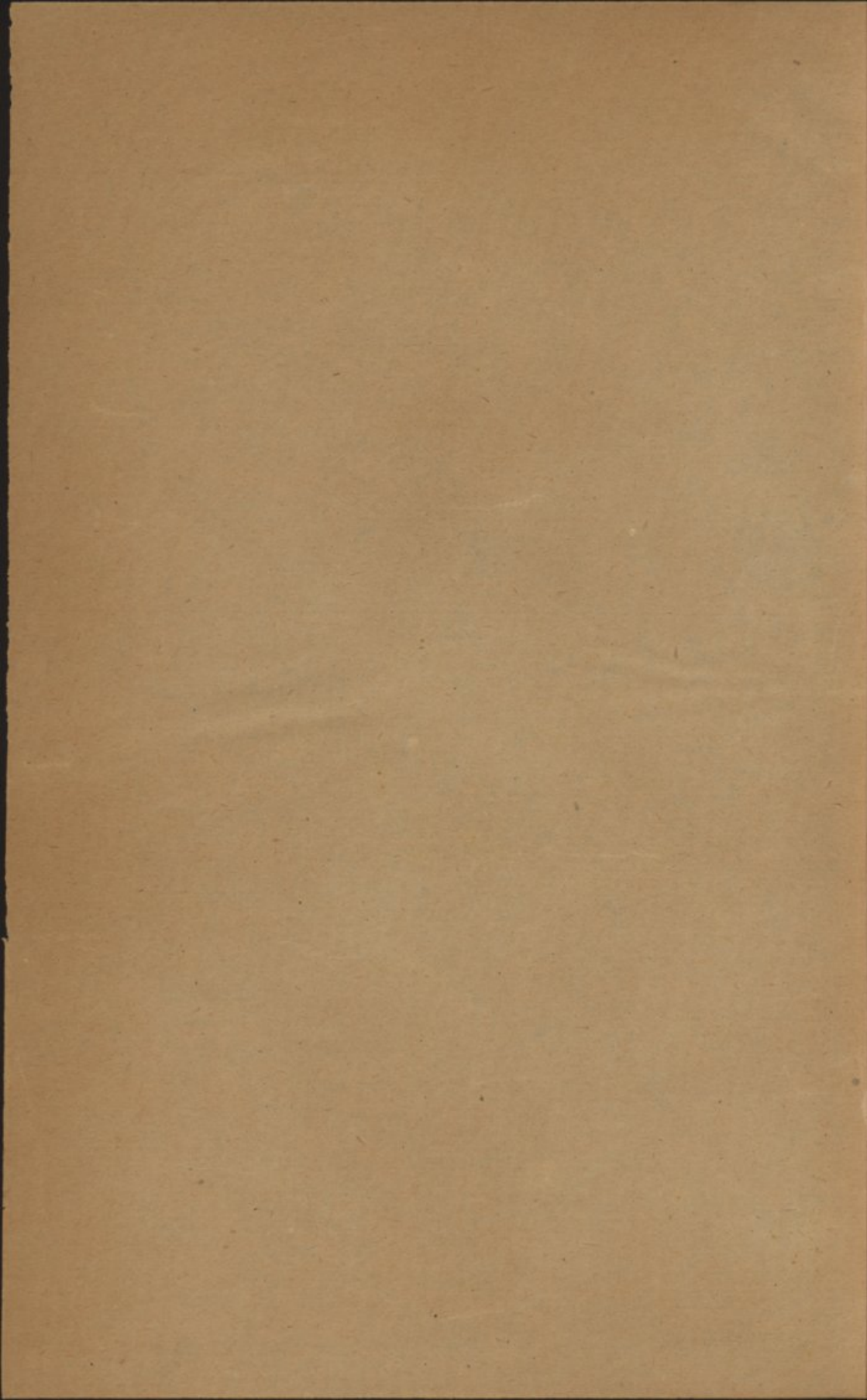
	Pag.
Ictericia na cholelithiase.....	237
Ictericia e expulsão de calculos.....	238
Frequencia da ictericia na lithiase.....	241
Ictericia de retenção e inflammatoria.....	245
Ictericia por pancreatite na lithiase.....	247
Ictericia simples na cholelithiase.....	249
Ictericia na lithiase com reacção geral.....	251
Ictericia funcional na cholelithiase.....	253
Diagnostico differencial da ictericia.....	257
Febre na cholelithiase, seus caracteres.....	270
Physiologia pathologica do symptoma.....	274
Febre satellite da colica e febre biliar.....	279
Febre nas diversas fórmas de cholelithiase.....	284
Dôr na cholelithiase, seus caracteres.....	288
Dôr provocada na cholelithiase.....	290
Physiologia pathologica do symptoma.....	291
Diagnostico differencial da dôr na lithiase.....	292
Diagnostico differencial com outros estados morbidos.....	295
Diagnostico especial da cholelithiase.....	295
BIBLIOGRAPHIA.....	301

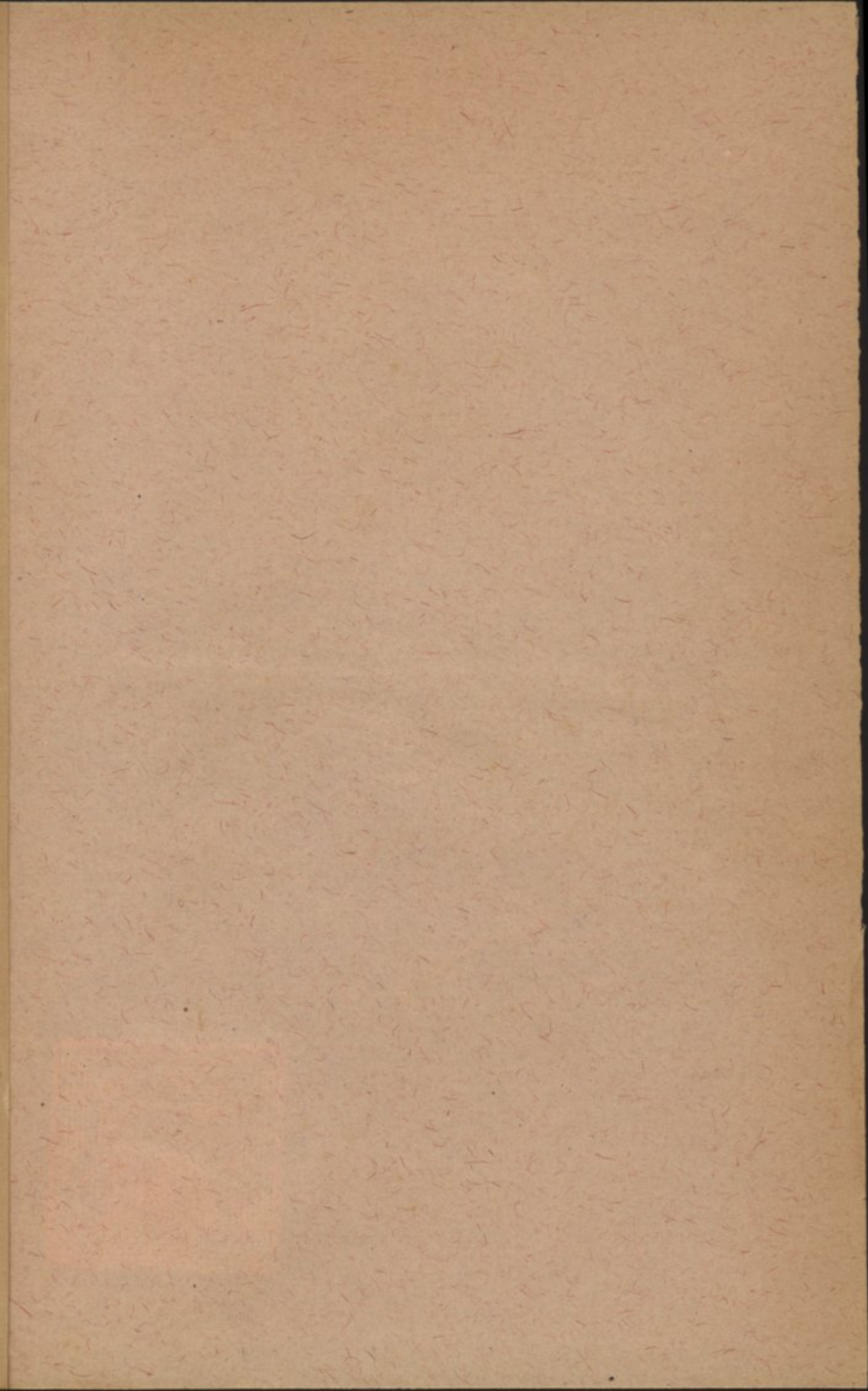


282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500

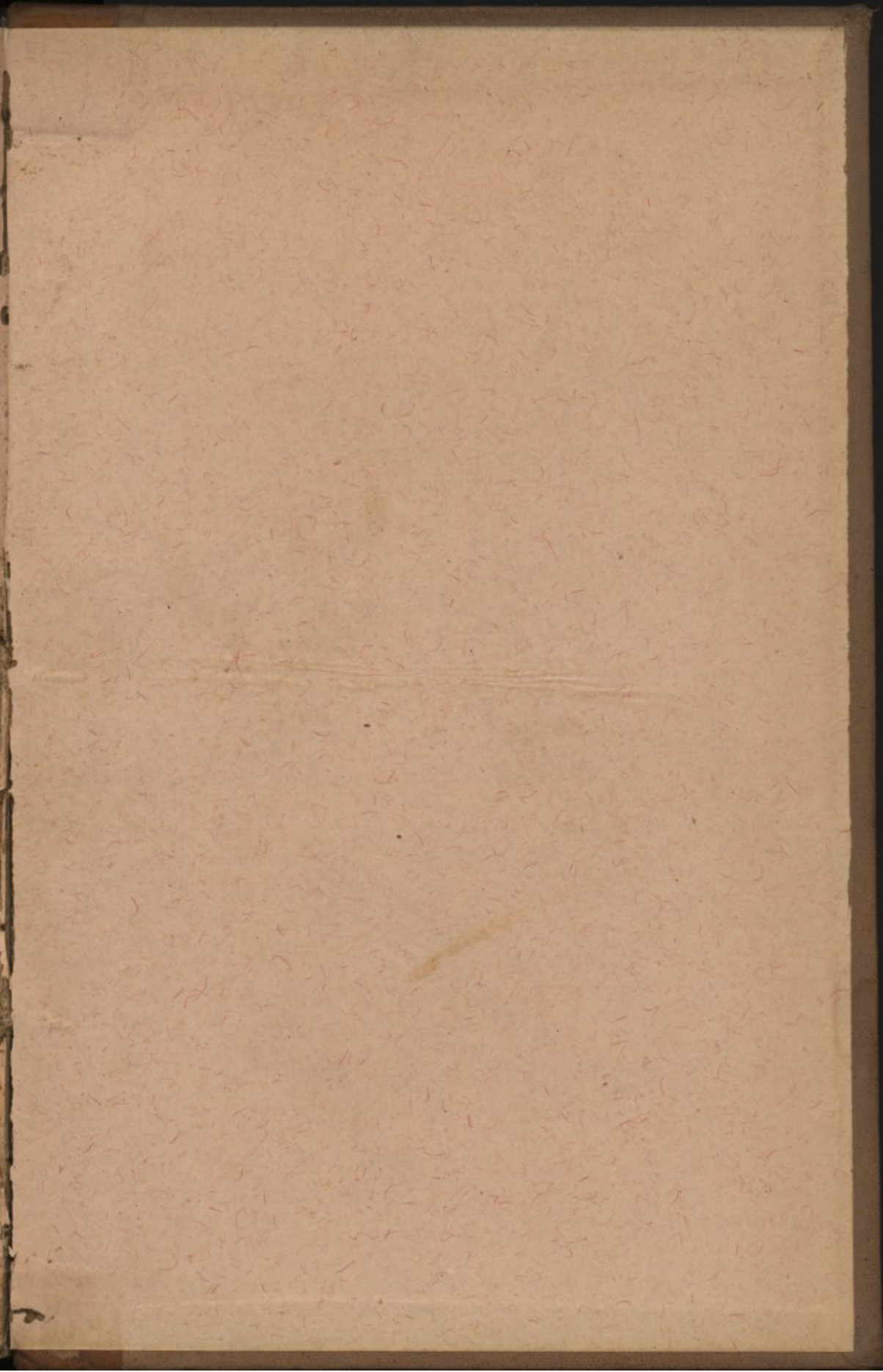


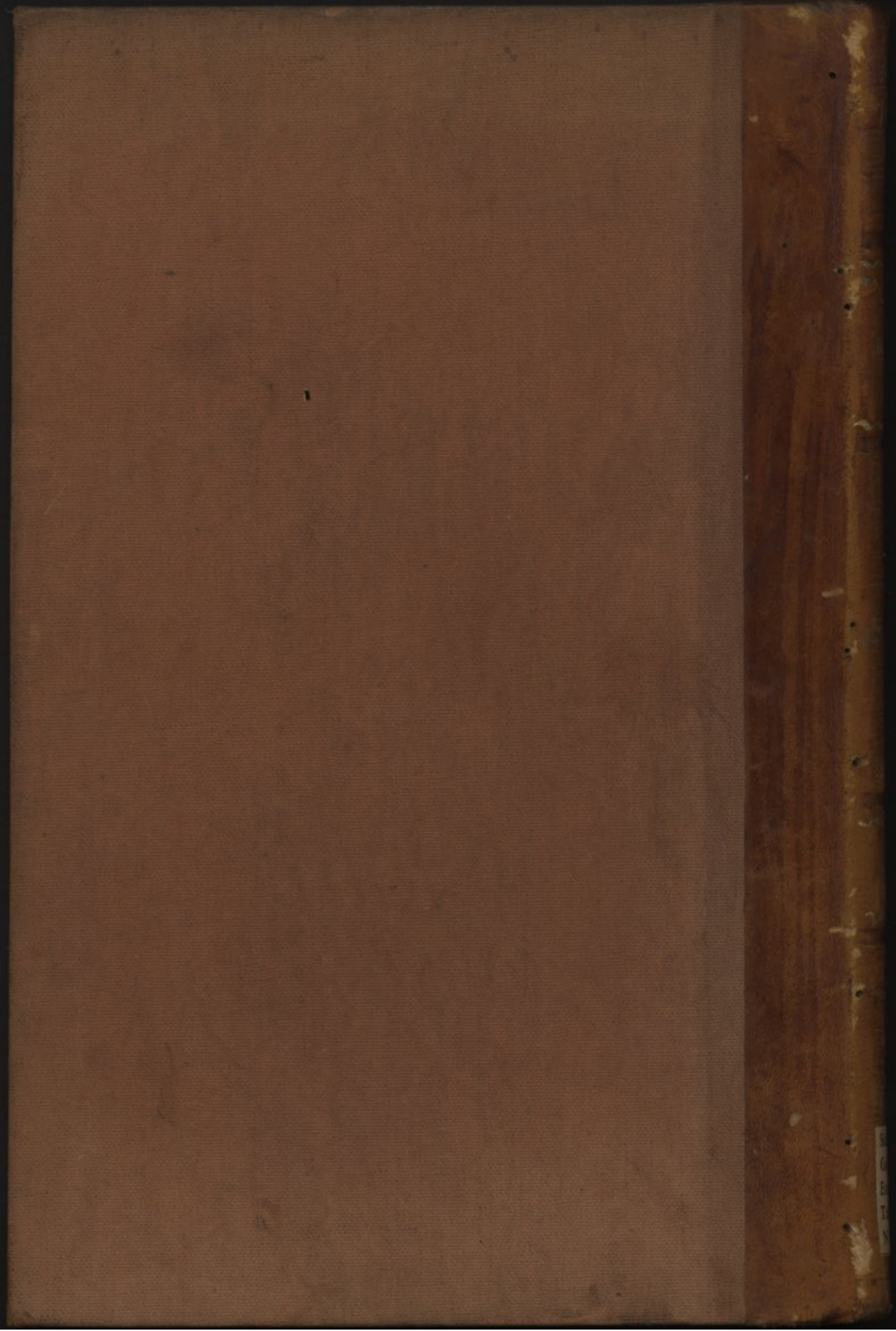












MEDICINA

A. DE AZEVEDO

DISSERTAÇÃO

INAUGURAL

1909

Sala 5

Gab. —

Est. 56

Tab. 8

N.º 7