

Nos casos typicos, o diagnostico differencial entre a *lithiase biliar* e o cancro do pancreas é relativamente simples. Com effeito, na lithiase observam-se frequentemente crises de colicas hepaticas intensas com irradiações para a espadua direita. A ictericia apparece subitamente pela obstrucção brusca das vias biliares por um calculo e apresenta periodos successivos de intensidade differente.

No cancro do pancreas, a dôr primitivamente localizada na região epigastrica, apresenta irradiações diversas para os hypocondrios, para os membros inferiores e mais raramente para as espaduas. A ictericia ao contrario do que se observa na lithiase biliar, tem uma marcha lenta, continua e progressiva e acompanha-se dum rapido e excessivo emmagrecimento.

Mas, ao lado destes casos typicos, de diagnostico bastante simples, outros ha, e em muito maior numero, cuja differenciação é extremamente difficil. É que, com effeito, a dôr e a ictericia — signaes de grande valor diagnostico — podem ter, nas duas affecções, caracteres sensivelmente analogos.

Dever-se-ha então procurar noutros symptomas os elementos para estabelecer o diagnostico differencial.

CARNOT e com elle a maioria dos autores, considera a dilatação vesicular, — *signal de Courvoisier-Terrier* —, frequentemente observada no cancro do pancreas, como um signal clinico importante.

Já vimos todavia que tal symptoma não pôde ser considerado como elemento de grande valor, pois-que se encontra tambem algumas vezes na lithiase biliar.

De muito maior importancia clinica são, a meu ver, os signaes phisicos resultantes do desenvolvimento do

tumor. A existencia duma tumefacção epigastrica, traduzindo-se á percussão por uma zona de bacidez, geralmente rodeada pela sonoridade gastro-colica ou colico-jejunal, ou limitada inferiormente pela sonoridade gastrica, e o desaparecimento dessa zona de bacidez pela simples insuflação do estomago, — symptomas frequentes do cancro do pancreas, — permitem, em muitos casos, estabelecer o diagnostico.

Infelizmente taes symptomas nem sempre se observam, poisque o tumor pancreatico não attinge, em muitos casos, o desenvolvimento necessario para o apparecimento destes signaes physicos.

O diagnostico tornar-se-ha então muito difficil ou até mesmo impossivel e só a laparotomia exploradora permittirá resolver o problema.

O *cancro do figado* não é, em regra, difficil de distinguir do cancro do pancreas.

O augmento consideravel de volume da glandula hepatica, a existencia de volumosos nodulos cancerosos hepaticos facilmente reconheciveis por simples palpação, a ausencia frequente de retenção biliar e de signaes physicos descriptos como proprios do cancro do pancreas, permittirão, na maioria dos casos, excluir a hypothese desta ultima affecção.

Os *cancros da vesicula biliar e do canal cistico* raras vezes se acompanham de retenção biliar.

No *cancro do canal hepatico* ha retenção biliar analogá á observada no cancro do pancreas, mas a vesicula está geralmente retrahida.

Mais difficeis de distinguir do carcinoma do pancreas são o *cancro do canal choledoco*, o *cancro da empola de Vater* e as *adherencias peri-pancreaticas*. Na maioria dos casos só a laparotomia exploradora e o

exame anatomo-pathologico ulterior poderão estabelecer o diagnostico.

A analyse minuciosa dos symptomas descriptos como traduzindo a existencia do cancro do pancreas, permittirá fazer, com relativa facilidade, o diagnostico differencial entre esta affecção e o *cancro do estomago*.

Os signaes que permittem distinguir o cancro do pancreas das *pancreatites chronicas* já foram estudados quando descrevi estas ultimas affecções.

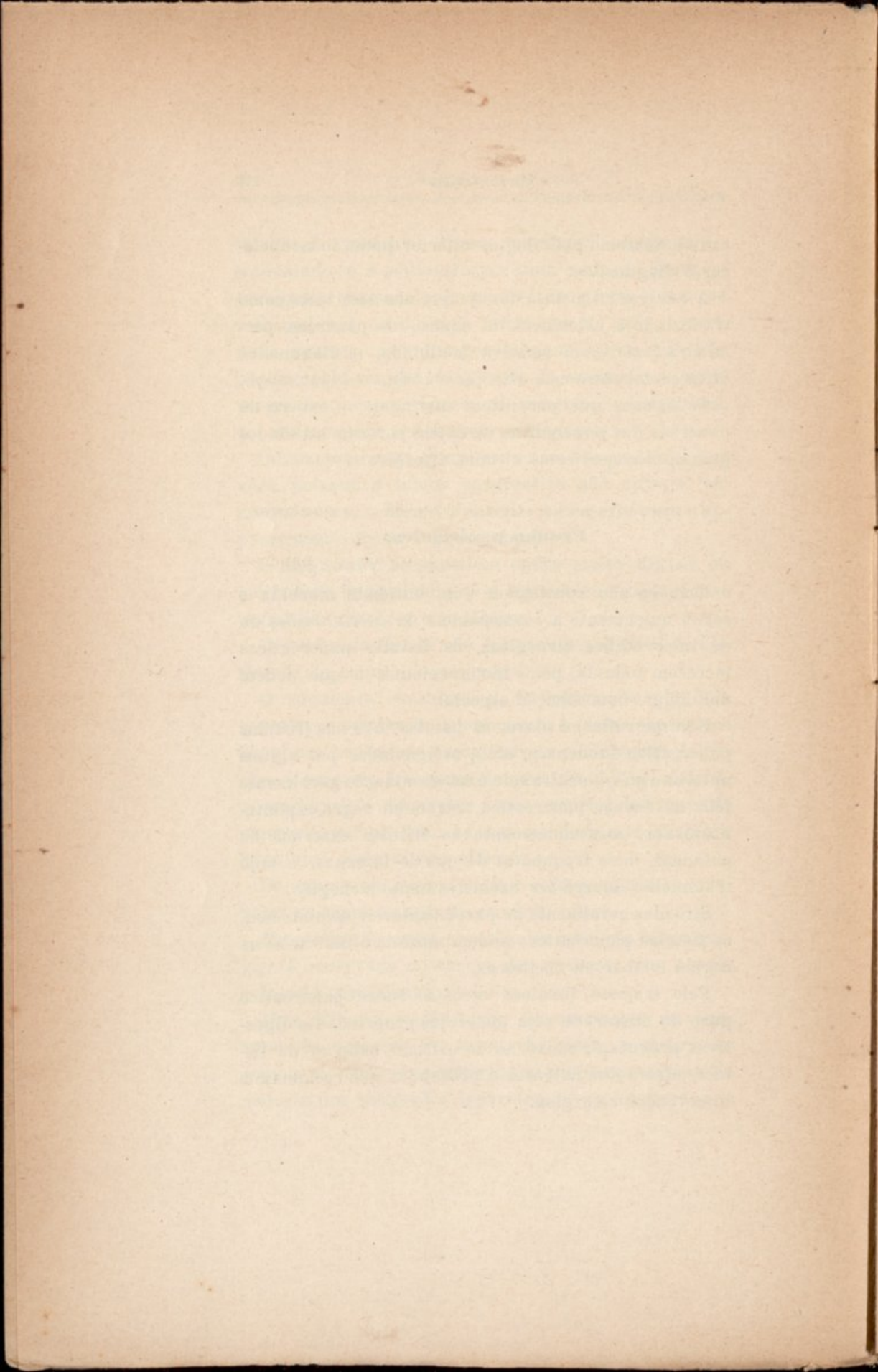
Fistulas pancreaticas

Embora não constituam uma entidade morbida e sejam unicamente a consequencia de certas lesões ou de intervenções chirurgicas, as fistulas pancreaticas merecem todavia, pelos inconvenientes a que podem dar logar, uma menção especial.

Não me refiro, é claro, ás fistulas internas (fistulas pancreatico-duodenaes, etc.), assignaladas por alguns autores e que, constituindo uma terminação geralmente feliz da doença pancreatica, curam em regra espontaneamente; mas unicamente ás fistulas externas ou cutaneas, mais frequentes do que as internas, e cujo tratamento deverá ser exclusivamente cirurgico.

Situadas geralmente na parede anterior do abdomen, as fistulas pancreaticas podem tambem observar-se na região lombar ou no thorax.

Pelo trajecto fistuloso escoá-se succo pancreatico puro ou misturado com pús, cujas propriedades digestivas provocam, em torno do orificio externo da fistula, ulcerações extensas e profundas que reclamam a intervenção cirurgica.



PARTE THERAPEUTICA

Tratamento cirurgico das affecções do pancreas

O tratamento cirurgico das affecções do pancreas tem sido, nestes ultimos annos, objecto de numerosos trabalhos.

Não obstante, porém, as frequentes experiencias effectuadas com o fim de investigar quaes as operações a applicar ás differentes affecções pancreaticas, os cirurgiões estão ainda longe de chegar a um accordo sobre quaes sejam as mais logicas intervenções e recorrem, para a mesma doença, a processos cirurgicos diversos.

É á descripção desses differentes processos empregados como meio de tratamento cirurgico das affecções do pancreas e á escolha dos que julgo mais racionaes que dedico este capitulo

As divergencias começam na escolha da via que se deverá seguir para attingir o pancreas: uns recorrem á *via transpleural* ou á *via lombar*, outros preferem a *via abdominal anterior* ou a *via abdomino-lateral extra-peritoneal*.

Á *via transpleural* tem recorrido GUINARD e BRENTANO em diferentes casos de suppurações sub-diaphragmaticas de origem pancreatica.

VILLAR resume assim a technica seguida por GUINARD: incisão de 10 centímetros de comprimento, começando na linha axillar e dirigindo-se obliquamente para traz e para cima sobre a face externa da nona costella; resecção desta costella numa extensão de 7 a 8 centímetros; incisão da pleura parietal; perforação do diaphragma; evacuação da collecção purulenta e drenagem.

Na sua these inaugural publicada em 1898, PAGE considera esta via transpleural como o processo de escolha nos casos de collecções pancreaticas purulentas, serosas ou hemorragicas situadas na região sub-diaphragmatica.

VILLAR faz todavia notar, e a meu ver com justa razão, que embora as collecções sub-diaphragmaticas de origem pancreatica sejam facilmente accessiveis por via transpleural, as frequentes lesões pulmonares traumaticas que o emprego desta via occasiona e a impossibilidade absoluta de estabelecer uma drenagem sufficiente devem faze-la rejeitar por completo.

A *via lombar*, defendida desde 1866 por SENN, tem sido varias vezes seguida por KÖRTE, por KLEEF e sobretudo por SIRAUD.

MAYO ROBSON considera-a como um excellente meio de diagnostico das lesões pancreaticas, a que se deverá recorrer sempre que os methodos ordinarios de exploração clinica não permittam resolver o problema.

Num trabalho recentemente publicado, affirma BER-

TRAND que a situação profunda do pancreas, o desenvolvimento posterior e a séde definitiva retro-pancreatica de alguns kistos são motivos mais do que sufficientes para que se dê preferencia á via lombar.

Sem ter o exclusivismo de BERTRAND, que parece preferir esta via para a quasi totalidade dos casos, julgo todavia, com SIRAUD, que a via lombar apresenta, por vezes, algumas vantagens. Com effeito, não só é menos grave do que a via abdominal anterior, pelo facto de ser extra-peritoneal, mas permite tambem que se faça uma drenagem perfeita da região pancreatica.

Todavia, a grande distancia a que fica situado o pancreas quando se opera por via lombar tem, além do gravissimo inconveniente de não permittir que se faça uma completa exploração das partes lesadas, a desvantagem de dar frequentemente origem a graves lesões traumaticas dos órgãos retro-pancreaticos.

Tanto basta para que esta via deva unicamente applicar-se aos casos de collecções purulentas, serosas ou hemorragicas que, pelo seu desenvolvimento, façam saliencia na parede abdominal posterior.

Começar-se-ha então por fazer uma incisão obliqua que, partindo da extremidade posterior da decima segunda costella esquerda, vá terminar na espinha iliaca antero-superior do mesmo lado. Segue-se o bordo externo do psôas e completa-se a secção dos tecidos até atingir o rim esquerdo. Passando então um pouco fóra do polo superior do rim e tendo o cuidado de poupar os vasos e os nervos da região, attinge-se a collecção retro-peritoneal que será puncionada, eliminada ou marsupializada.

Tal é a technica habitualmente seguida nas operações pancreaticas por via lombar.

Alguns autores tem frequentemente recorrido a esta via lombar como simples meio de drenagem da região pancreatica. A technica a seguir será tambem a que acabei de descrever (1).

A *via abdomino-lateral extra-peritoneal*, seguida por RUGGI e por outros, deve ser, pela difficuldade de execução e pela impossibilidade de explorar minuciosamente a região pancreatica, completamente abandonada.

A technica descripta por RUGGI pôde assim resu-

(1) A drenagem da região pancreatica tem sido objecto de alguns trabalhos, entre os quaes sobresa a communicacão feita em 1902 por MAUCLAIRE ao Congresso de Cirurgia de Paris.

Entre os differentes processos de drenagem empregados, descreve o autor a *drenagem anterior*, a *drenagem posterior* e a *drenagem antero-posterior*.

A *drenagem anterior* faz-se através do ligamento gastro-hepatico, do folheto posterior do mesocolon transverso e, mais geralmente, através do epiploon gastro-colico.

A *drenagem posterior*, praticada, por vezes, por via trans-pleural, executa-se geralmente por via lombar.

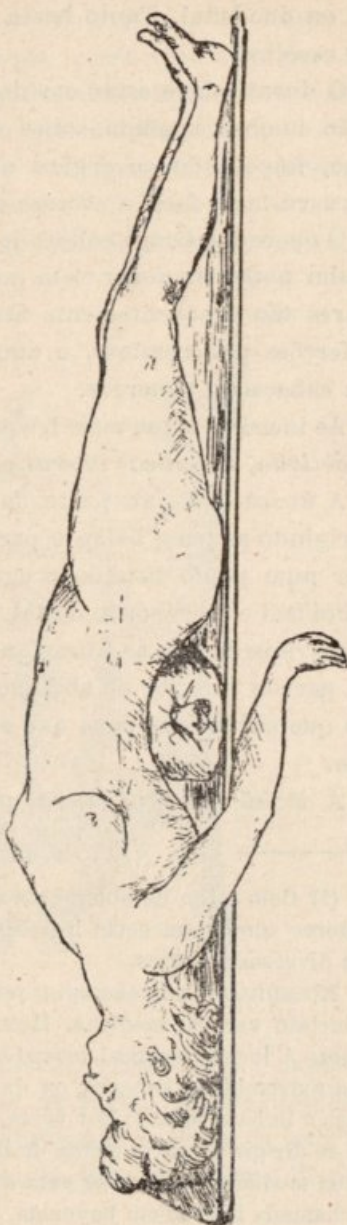
A *drenagem antero-posterior* é a combinaçãõ duma drenagem anterior, praticada geralmente através do epiploon gastro-colico, com uma drenagem lombar.

A drenagem anterior é indicada, segundo VILLAR, nos casos de collecções de origem pancreatica volumosas com desenvolvimento anterior; a drenagem posterior ou antero-posterior deve empregar-se sempre que existam collecções pancreaticas com desenvolvimento retro-peritoneal.

mir-se: incisão obliqua estendendo-se da linha para-esternal á linha axillar posterior; descollamento do peritoneo parietal até attingir a região pancreatica.

A *via abdominal anterior* é aquella a que geralmente se deverá recorrer, porque permite fazer, com maior facilidade do que as outras vias, a exploração minuciosa e completa do pancreas e da região peri-pancreatica.

E se o diagnostico provisório fôr errado, se em lugar duma affecção pancreatica existir uma lesão das vias biliares, do figado, do estomago ou do duodeno, — factó que frequentemente se observa —, a laparotomia executada será então, não a via de accesso da região pancreatica, mas o primeiro tempo duma operação biliar, hepatica, gastri-



Posição do doente nas intervenções pancreaticas por via abdominal anterior (VILLAR).

ca ou duodenal. Tanto basta para que ella seja a via de escolha.

O doente deve estar em decubito dorsal, com a região lombar apoiada sobre uma almofada volumosa que, impellindo os órgãos abdominaes para deante, tornará mais facil o accesso do pancreas.

O operador ficará collocado á direita do doente para assim poder explorar com mais facilidade as vias biliares tão frequentemente attingidas no decurso das affecções pancreaticas, o duodeno e a face posterior da cabeça do pancreas.

As incisões a que mais frequentemente se recorre são a *obliqua*, a *vertical lateral* e a *vertical mediana* (1).

A *incisão obliqua* parte da cartilagem xyphoide e, dirigindo-se para baixo e para a esquerda, vae terminar num ponto situado a egual distancia da cicatriz umbilical e do rebordo costal. Ficam assim seccionadas transversalmente as fibras que constituem os musculos da parede anterior do abdomen. Tal facto é razão mais do que sufficiente para que se deva rejeitar esta incisão.

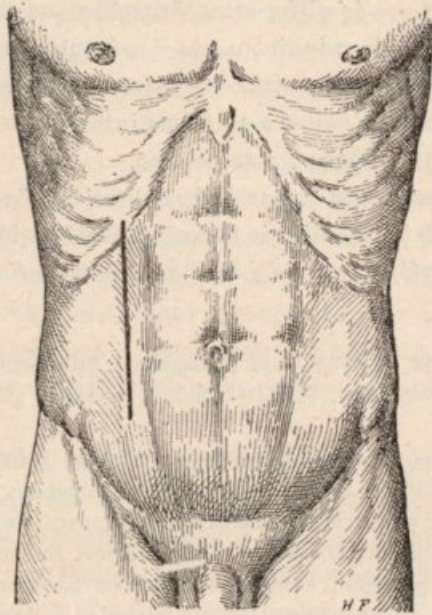
A *incisão vertical lateral* póde fazer-se através das

(1) Com o fim de obter uma mais ampla abertura alguns autores combinam estas incisões simples com outras feitas em diversos sentidos.

ROSENBACH, por exemplo, junta uma incisão transversal á incisão vertical mediana. MONPROFIT addiciona frequentemente á incisão vertical lateral uma outra que, partindo da sua extremidade superior ou da sua parte media, se dirige para a linha mediana; por vezes, a segunda incisão em lugar de se dirigir da parte media da incisão vertical lateral para a linha mediana, estende-se para o lado externo. KEHR recorre á chamada incisão em bayoneta.

fibras do grande recto do abdomen ou ao longo do seu bordo externo, ou ainda, como aconselha DESJARDINS, a dois centímetros fóra deste bordo, sobre uma vertical tirada da nona articulação chondro-costal. Esta ultima incisão tem a vantagem de não seccionar os nervos que se distribuem ao musculo recto.

O seu comprimento habitual deve oscillar entre 15 e 20 centímetros.



Incisão lateral vertical (DESJARDINS).

Esta incisão vertical lateral, permittindo a exploração minuciosa e completa da região pancreato-biliar, deverá ser a preferida sempre que se tenha de intervir na cabeça do pancreas ou que haja symptomas de perturbações biliares.

A *incisão vertical mediana* estende-se desde a cartilagem xyphoide até á cicatriz umbilical. É a incisão de escolha nos casos de kistos pancreaticos ou de lesões do corpo e da cauda, desde que não haja symptomas de perturbações biliares.

Aberta a cavidade abdominal qual é a via que se deverá seguir para attingir o pancreas?

No estudo anatomo-pathologico dos tumores do pancreas referi-me ás diferentes situações que elles podem occupar quando adquirem um desenvolvimento consideravel. Umas vezes situados entre o estomago e o fígado ou entre o colon e as ansas intestinaes, occupam geralmente o espaço gastro-colico.

Do conhecimento destas diferentes situações do tumor nasceu a ideia de attingir as lesões pancreaticas por *via gastro-hepatica, colico-jejunal* ou *gastro-colica* (1).

(1) Alguns autores têm attingido o pancreas, passando através do estomago. VILLAR cita dois casos em que se seguiu esta via.

Num caso de kisto pancreatico coberto pelo estomago, BESEL-HAGEN fez uma incisão de 5 centímetros de comprimento sobre a parede gastrica anterior e outra, de igual comprimento, sobre a parede gastrica posterior. Retirou o liquido kístico por punção, suturou as incisões gastricas e, resecando as ultimas costellas, fixou as paredes do kisto á parede anterior do abdomen.

Num outro caso tratava-se dum kisto pancreatico punccionado por ISRAEL através do estomago.

Os dois doentes a que se referem estas observações curaram passado algum tempo depois da intervenção. Mas, não obstante o optimo resultado obtido nestes dois casos, tal via, de execução extremamente difficil, deverá ser completamente abandonada.

A *via gastro-hepatica*, seguida por SENDLER num caso de tumor do pancreas, deve ser unicamente empregada quando o neoplasma se tenha insinuado entre o estomago e o figado.

A *via colico-jejunal* ou *transmesocolica* dá frequentemente origem á ruptura dos vasos do colon e, consequentemente, á gangrena deste orgão (caso referido por KRÖNLEIN). Deverá ser portanto unicamente seguida nos casos em que o tumor, situado abaixo do colon, tenha adquirido fortes adherencias que tornem impossivel o seu deslocamento para cima; se esse deslocamento fôr possivel recorrer-se-ha então á *via gastro-colica*.

Esta *via gastro-colica*, mais simples e mais directa do que qualquer outra, deverá ser a preferida sempre que a situação do tumor a torne possivel. É a ella que se deverá tambem recorrer nos casos de pequenas lesões pancreaticas a custo perceptíveis por simples palpação, ou sempre que se queira fazer uma minuciosa exploração do pancreas e da região pancreatica.

A technica seguida para attingir o pancreas será pois a seguinte: incisão dos differentes planos que constituem a parede anterior do abdomen; secção do peritoneo parietal anterior; secção do epiploon gastro-hepatico (*via gastro-hepatica*), do mesocolon transversu (*via transmesocolica*), ou do grande epiploon (*via gastro-colica*) e incisão do folheto peritoneal parietal posterior.

Analysemos agora os differentes methodos de tratamento cirurgico das affecções do pancreas. A ordem

a seguir será analoga á adoptada no capitulo precedente.

Tratamento do pancreas annular

VILLAR propõe, como methodos de tratamento do pancreas annular, a *reseccão parcial da cabeça do pancreas* e a *gastro-enterostomia*.

A *reseccão parcial da cabeça do pancreas* tem, com effeito, como consequencia o desapparecimento das perturbações resultantes da compressão do duodeno pela cabeça da glandula.

Todavia, a possibilidade de traumatizar o duodeno no decurso da operação e os graves inconvenientes resultantes desse traumatismo devem fazer rejeitar esta intervenção.

A *gastro-enterostomia* foi praticada por VIDAL num caso de pancreas annular com estenose da primeira porção do duodeno. Os phenomenos de oclusão intestinal que tinham levado o autor a intervir, desappareceram por completo e o doente curou passados alguns dias.

Esta observação de VIDAL, unica que supponho ter sido publicadã sobre o tratamento cirurgico do pancreas annular, mostra-nos bem a benefica influencia da *gastro-enterostomia* sobre as perturbações resultantes da existencia desta anomalia pancreatica.

Indubitavelmente mais simples do que a *reseccão parcial da cabeça do pancreas*, a *gastro-enterostomia* será pois a operação da escolha no tratamento do pancreas annular.

Nos casos em que, além da compressão do duodeno, existir tambem estenose do choledoco, adicionar-se-ha

á gastro-enterostomia a choledoco-enterostomia, ou a cholecisto-enterostomia ou a simples drenagem das vias biliares.

Tratamento dos deslocamentos pancreaticos

Não conheço observação alguma de deslocamento do pancreas em que tenha havido intervenção cirurgica. Todavia, é facil calcular qual a operação a que deveremos recorrer se um dia depararmos com um deslocamento pancreatico diagnosticavel.

Nos casos de *hernia umbilical pancreatica* começa-se por fazer uma laparotomia mediana; reduzem-se, em seguida, os órgãos herniados para a cavidade abdominal, tendo todavia o cuidado de reseccar algumas porções de tecido que estejam necrosadas; pratica-se então a *pancreatopexia* gastrica ou gastro-hepatica (fixação do pancreas ao estomago ou ao ligamento gastro-hepatico).

Nas *hernias diaphragmaticas do pancreas* aconselha VIDAL o processo de POSTEMPSKY, que consiste em reduzir a hernia, attingindo o diaphragma por via transpleural. A technica a seguir é sensivelmente analogá que ficou descripta quando me occupei das vias de acesso da região pancreatica.

Attingida a hernia, tentar-se-ha reduzir o pancreas para a cavidade abdominal; sendo necessario augmentar-se-ha, para isso, a ruptura do diaphragma com duas incisões longitudinaes. Pratica-se então a *pancreatopexia* e termina-se a operação suturando a solução de continuidade diaphragmatica.

Nas *hernias intestinaes do pancreas* praticar-se-ha

sucessivamente a redução, a pancreatopexia e a sutura da solução de continuidade intestinal.

Nos deslocamentos pancreaticos em que não existe hernia da glandula, a operação a que se deverá recorrer será uma simples pancreatopexia. Se, porém, a causa do deslocamento tiver sido a tracção exercida sobre o pancreas por um tumor dum dos órgãos vizinhos ou pelo baço movel (caso de ALONSO), á pancreatopexia deverá juntar-se a extirpação do neoplasma ou a esplenopexia.

Tratamento das lesões traumaticas do pancreas

Desde que, em seguida a um traumatismo violento do abdomen, se suspeite da existencia de lesões internas, dever-se-ha praticar immediatamente uma laparotomia exploradora.

No exame minucioso da cavidade abdominal, a que então se procederá, não se deverá esquecer o pancreas que, como vimos, pôde apresentar lesões traumaticas diversas: *contusões e rupturas, feridas, hematomas, pseudo-kistos e hernias.*

Nos casos de *contusões* ou de *rupturas pancreaticas* a technica a seguir dependerá da gravidade e da extensão das lesões.

Se a lesão estiver limitada a uma pequena região do pancreas, começar-se-ha por fazer a hemostase, laqueando os vasos sanguineos. Ha quem tenha recorrido ao thermocauterio como meio hemostatico. Tal methodo deve ser porém completamente abandonado, pois que pôde dar logar, pela irradiação de calor que

ocasiona, a graves alterações anatomicas dos órgãos vizinhos.

Effectuadas as laqueações vasculares, sutura-se a solução de continuidade pancreatica e termina-se a operação pela applicação dum dreno que se deverá conservar durante alguns dias.

Em casos de lesões acompanhadas de hemorragias graves, e em que, pela situação profunda dos vasos seccionados, seja impossivel effectuar uma hemostase perfeita, recorrer-se-ha então á applicação de um tampão.

Se as contusões e rupturas attingem uma grande extensão da glandula, praticar-se-ha a pancreatectomia parcial. A pancreatectomia total, por mais extensas e profundas que sejam as lesões, deverá ser rejeitada. Conservar-se-ha sempre uma porção de glandula, embora pequena, que tenha escapado á acção do traumatismo.

No quadro seguinte dou alguns exemplos de contusões e de rupturas pancreaticas em que se praticou a intervenção cirurgica.

Contusões e rupturas do pancreas (1)

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data da operação	Data da operação em relação ao acidente	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
MICHAEUX.	<i>Congrès inter. de médecine, sect. chirurg., Paris, 1900, p. 213.</i>	Contusão do abdomen.	Anterior a 1900.	3 horas.	Laparotomia e aplicação dum tampão.	Morte rápida.	—	Ruptura total do pancreas.
V. SCHNEIDER.	Réun. libre des chir. de Berlin, 1904, <i>Presse médicale</i> , 1905, 7 janeiro, p. 13.	Contusão do abdomen. Hemorragia interna. Symptomas de peritonite.	1904.	64 horas.	Laparotomia. Sutura profunda do pancreas. Drenagem.	Morte 48 horas depois. Peritonite generalizada.	—	Ruptura da cabeça do pancreas com hemorragia abundante.
FONTYSONT.	<i>Bull. de la Soc. de chir. de Paris</i> , 1905, 18 janeiro, p. 26.	Contusão do abdomen.	1904.	1 hora.	Laparotomia; esplenectomia; ressecção parcial do pancreas. Drenagem.	Fistula pancreatica pouco duradoura.	Cura.	Ruptura do baço e da cauda do pancreas. Hemorragia abundante.
GARRÉ.	<i>Congrès français de chirurgie</i> , Paris, 1905, p. 638.	Contusão do abdomen. Hemorragia interna.	1905.	4 1/2 horas	Laparotomia. Sutura do pancreas e drenagem.	—	Cura.	Ruptura total do pancreas. Hemorragia abundante.

WALTER e GUILLEMAIN.	<i>Congrès fran- çais de chi- rurg.</i> , Paris, 1905, p. 641.	Contusão do abdomen.	1905.	1 1/2 horas	Laparotomia. Dupla paroti- Applicação dite. Perito- dum simples nite locali- tampão. Dre- nagem.	Cura. Ruptura completa do pancreas. Se- ção da arteria coronaria esto- machica. Hemor- ragia abundante.
AUVRAY.	<i>Congrès fran- çais de chi- rurg.</i> , Paris, 1905, p. 642	Contusão do abdomen. He- morrhagia in- terna.	1905.	12 horas.	Laparotomia. Applicação dum tampão.	Morte. Ruptura do epi- ploon gastro-co- lico. Esmaga- mento do baço e do pancreas.

(1) Este quadro e os que se seguem são extrahidos do livro de VILLAR sobre cirurgia do pancreas. Unicamente lhes acrescentei algumas observações que colhi na litteratura medica publicada sobre o assumpto.

VILLAR cita tambem uma estatistica de MIKULICZ RADECKI referente a 11 casos de rupturas pancreaticas tratados cirurgicamente, 7 dos quaes foram seguidos de cura.

As *feridas* do pancreas são tratadas por processos analogos aos applicados ás contusões e ás rupturas: laqueação dos vasos seccionados, regularização e sutura da solução de continuidade, applicação de um tampão e drenagem.

Nos casos de feridas causadas por armas de fogo é necessario fazer, por vezes, um exame minucioso do pancreas para conseguir extrahir o projectil.

Feridas do pancreas

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data da operação	Data da operação em relação ao accidente	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
KUTNER.	<i>B.z.klin. Chir.</i> , 1901, p. 244-250.	Ferida perforante do abdomen. Hemorragia interna.	1901.	1 quarto de hora.	Laparotomia. Sutura da solução de continuidade pancreatica. Drenagem.	Collapso.	Cura.	Ferida da parte media do pancreas.
BRAMANN.	<i>Langenb. Archiv</i> , Bd. LX (caso 64).	Ferida perforante do abdomen, por arma de fogo.	1892.	9 horas.	Laparotomia. Extração da bala alojada no pancreas. Aplicação dum tampão. Drenagem.	—	Cura.	Ferida do pancreas e do estomago. Esta ultima foi suturada.
BRAMANN.	<i>Langenb. Archiv</i> , Bd. LX (caso 65)	Ferida perforante do abdomen, por arma de fogo.	1893.	8 horas.	Laparotomia. Extração da bala. Aplicação dum tampão. Drenagem.	—	Cura.	Ferida do pancreas e do estomago. Sutura desta ultima.
BRAMANN.	<i>Langenb. Archiv</i> , Bd. LX (caso 66).	Ferida perforante do abdomen, por arma de fo-	1894.	20 horas.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Ferida do figado e do pancreas. Bala alojada nos rins.

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data da operação	Data da operação em relação ao accidente	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
WIESINGER.	<i>Monch. med. Woch.</i> , 1898, n.º 6, p. 169.	go. Hemorragia interna. Ferida perforante do abdomen, por arma de fogo. Hemorragia interna.	1898.	—	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Perforação do pancreas; necrose pancreatica.
HANS.	<i>Deut. Z. f. Chirurgie</i> , 1901, Bd. LVIII.	"	1899.	Meia hora.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Ferida do figado e do pancreas.
NINNI.	<i>Arte medica</i> , 1901, n.º 24, p. 1024. <i>C. fr. Chir.</i> , 1901, n.º 41.	Ferida perforante do abdomen.	1901.	—	Laparotomia. Sutura do pancreas.	—	Cura.	Ferida do corpo do pancreas.
<i>In Journal politique.</i>	M. KINLEY, <i>Med. Record</i> , 1901, Bd. II, p. 601.	"	1901.	1 hora	Laparotomia. Drenagem.	Morte 8 dias depois.	—	Ferida do estomago e necrose do pancreas.
KÖRTE.	<i>Verh. d. Pre Chir. Verein</i> , Bd. XIII, p. 87	"	1901.	8 horas.	Laparotomia.	Morte 8 dias depois	—	Ferida do intestino. Necrose do pancreas.

BORCHARDT.	<i>Berliner klin. Woch.</i> , 1904, n.º 3 e 4, p. 53.	"	1903.	4 horas.	Laparotomia. Sutura do pancreas e laqueação da esplenica. Tamponagem e drenagem.	—	Cura.	Ferida do pancreas e ruptura da esplenica. Hemorragia abundante.
MULLER.	BECKER (A.), <i>Brit. J. klin. Chir.</i> , 1904, n.º 3, p. 748.	"	1903.	1 hora.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Ferida do pancreas. Hemorragia glandular parenchymatosa.
SLAVSKY.	<i>Russ. Vrach.</i> , St.-Pét., 1904, p. 1065.	"	1904.	—	Laparotomia.	—	Cura.	—
MAUCLAIRE.	<i>Congrès français de Chir.</i> , 1902, p. 514.	"	—	—	Nephrectomia. Sutura do pancreas e do estomago. Drenagem da cavidade posterior dos epiploons através do epiploon gastro-hepatico e do epiploon gastro-colico.	Morte 4 dias depois	—	Ferida da cauda do pancreas, do estomago e do rim esquerdo.
KINDT.	<i>Munch. med. Woch.</i> , 7 março, 1905, p. 457.	"	1904.	9 horas e meia	Laparotomia. Drenagem.	Morte 2 dias depois	—	Ferida da cauda do pancreas. Necrose gordurosa disseminada.

No tratamento cirurgico dos *hematomas* e dos *pseudo-kistos* do pancreas tem-se recorrido a methodos diversos. Uns empregam a simples punção, seguida, por vezes, d'uma injeção modificadora; outros recorrem á extirpação total do kisto; por ultimo ainda, autores ha que praticam a *pancreatokistotomia* (incisão do kisto pancreatico) seguida ou não de marsupialização.

Como me terei ainda de referir a estes differentes processos quando me occupar do tratamento dos kistos glandulares do pancreas, reservo para então a exposição da technica que se deverá seguir e a discussão sobre qual dos methodos deverá ser o preferido. Por emquanto limitar-me-hei a apresentar, no quadro seguinte, alguns casos de hematomas e de pseudo-kistos tratados cirurgicamente.

Hematomas e pseudo-kistos

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
DUPLAY.	These CHYRON Paris, 1877.	Traumatismo do hypocondrio direito. Kisto traumatico (?).	1877	Laparotomia. Puncção do kisto. Lavagem da cavidade kistica com agua esterilizada e injeção de tintura de iodo.	—	Cura.	Kisto traumatico do pancreas.
KULEN. KAMFFF.	Berl. Klin. W., 13 fev. 1882, n.º 7.	Traumatismo do abdomen. Tumor (?).	1881	Incisão em 2 tempos. Drenagem.	Fistula.	Cura 6 semanas depois.	"
SENK.	The surg. treat. of cyst of the pancreas. Am. J. of med. Sc., 1885, p. 5.	"	1884	Laparotomia lateral. Incisão (1 tempo). Marsupialização. Drenagem.	—	Cura em 4 semanas.	"

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
SCHWARTZ (Paris).	MÉRIGOT DE TREGNY, <i>Bul. Soc. anatom.</i> , Paris, outu- bro de 1885, 421-429.	Kisto perito- neal ou tumor kístico do rim. Puncção ex- ploratoria.	1885	Laparotomia (via gastro- colica). Punc- ção, incisão, marsupializa- ção.	Morte 2 dias depois.	—	Kisto traumatico do pancreas.
LE DENTU.	These TULAS- NE, 1899, Pa- ris, p. 89.	Kisto trauma- tico do meso- colon.	1886	Laparotomia. Puncção, in- cisão, mar- supialização. Drenagem.	—	Cura em 75 dias.	»
KÜSTER.	<i>Deutsch. med. Woch.</i> , 1887, n.º 10 e 11, p. 189.	Traumatismo do abdomen.	1886	Laparotomia med. Incisão (1 tempo). Marsupializa- ção. Dren- agem.	Albuminuria. Polyuria.	Cura em 6 se- manas.	»
FENGER.	<i>Med. Journ. a. Exam.</i> , feve- reiro de 1888.	Traumatismo do abdomen. Tumor (?).	1888	Marsupializa- ção em dois tempos com 8 dias de in- tervallo.	—	Cura em 23 dias.	»
BERG.	Broch., Stock- holm (1888), <i>Congrès des</i>	»	1888	Laparotomia. Incisão, mar- supialização.	—	Cura em 5 se- manas.	»

LLOYD, (caso I)	<i>chir. du Nord</i> , 1895; <i>Gazette hebdom.</i> , 2 jan., 1896.	1888	Laparotomia. Incisão.	Morte algu- mas horas depois.	—	Hematoma enkis- tado. Peritonite.
CHEW e CATH- CART.	<i>Brit. med. J.</i> , 12 nov. 1892, p. 1051. <i>Ni- mes</i> , 1893, p. 629.	1889	Laparotomia exploradora. Incisão. Drenagem.	Eczema.	Cura rapida.	Kisto traumatico do pancreas.
LLOYD (caso II)	<i>Brit. med. J.</i> , 12 nov. 1892, p. 1051.	1891	Laparotomia. Incisão. Drenagem. mar- supialização.	—	Cura em 6 se- manas.	Pseudo-kistounkis- to traumatico do pancreas.
SUTHERLAND.	<i>Lancet</i> , 10dez. 1892, p. 1327.	1892	Puncção do kisto.	—	Cura.	Kisto traumatico do pancreas.
LITTLEWOOD.	<i>Soc. de med. de Londres</i> , de 1892; <i>Lan- cet</i> , 16 abril 1892, p. 871; <i>Scm. medic.</i> , 1892, p. 138; <i>B. M. J.</i> , 1892, I, p. 875.	1892	Laparotomia. Incisão. Mar- supialização. Drenagem (via gastro- colica).	Fistula.	Cura em 2 me- ses.	»

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
BROWN (W.-H.).	<i>Lancet</i> , 1894, I, p. 21.	Traumatismo do abdomen. Tumor.	1893	Laparotomia. Incisão. Drenagem. Marsupialização.	—	Cura.	Kisto traumatico do pancreas.
SOURBOTITCH.	<i>Cong. intern. de méd., sect. chir. génér.</i> , 1900, p. 216.	"	1894	Laparotomia. Marsupialização. Puncção. Drenagem.	Morte 2 dias depois.	—	Hematoma traumatico do pancreas.
MIKHAÏLOV.	<i>Vratch</i> , 1895, n.º 41 (These Bas, 37).	"	1895	Puncção e evacuação do conteúdo kistico.	—	Morte de enterite tuberculosa.	Kisto pancreatico.
EVE.	<i>Surg. of the Pancreas, C. fr. chir.</i> , 1896, n.º 31.	"	1896	Extirpação do kisto.	—	Cura,	Kisto traumatico do pancreas.
HADRA.	<i>N. Y. M. Rec.</i> , 1896, I, 77-80, n.º 3.	"	1896	Laparotomia. Incisão. Marsupialização.	—	"	"
CUSHING (H.-W.).	<i>Trans. Am. S. Assoc.</i> , 1898, 215-233; <i>An.</i> til do abdo-	Traumatismo. Tumor pulsa-til do abdo-	1897	"	Parotidite; abcesso subphrenico.	Fistula pancreatica. Cura.	"

GROSS.	These Michel, Nancy, 1898, p. 1.	Traumatismo do abdomen. Tumor.	1897	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem. Via gastro-colica	—	Cura.	»
HENLE.	TAKAYASU, <i>Dissert. inaug.</i> , Breslau, 1898. GRANZBE. VON MIKULICZ, t. XI.	»	1898	Incisão lombar. Sutura do kisto á parede abdominal.	—	»	»
SCHWARTZ.	DEZMAN, <i>C. J. chir.</i> , 21 abril 1900. TH BERTRAND, Lyon, 1901, p. 83.	Traumatismo. Kisto pancreatico (?).	1899 (?)	Laparotomia. Incisão do kisto. Marsupialização.	Recalhada; 2. ^a operação no dia 30 de dezembro.	»	»
MICHAUX.	<i>Cong. intern. de méd. sect. chir.</i> , 1900, p. 213.	Kisto hemático de origem traumática (?)	1900	Laparotomia. Enucleação do kisto.	Morte rapida.	—	»
CUSTOM.	<i>Ann. Surg.</i> , 1893, p. 226; <i>J. de chir. de Brux.</i> , 1903, p. 1.	Tumor abdominal.	1900	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Hemorragia post-operatória. Fistula.	Cura.	»

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
SCHWARTZ.	In Guy. These Paris, 1902, p. 28.	»	1901	Laparotomia (via gastro-colica). Puncção. Drenagem e sutura á parede.	—	Cura.	Kisto traumatico do pancreas.
JEANNEL.	<i>Arch. médéc. de Toulouse</i> , 1903, 15 p.	Kisto do pancreas.	1902	Laparotomia, Marsupialização. Drenagem.	—	»	»
LAZARUS.	<i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903, p. 222 (caso IV).	Tumor abdominal.	1903	Laparotomia. Marsupialização.	—	»	Kisto do corpo do pancreas.
LAZARUS.	<i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1983, p. 222 (caso V).	»	1903	»	—	»	Kisto gastro-colico.
BRAUS.	Réun. libre de chir. de Berlin, 1904, 13 juin, <i>Zeits f. Chir.</i> , 1904, n.º 32.	»	1904	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Fistula.	»	Kisto traumatico do pancreas.

O tratamento cirurgico das *hernias traumaticas do pancreas* varia com a epoca em que se faz a intervenção.

VIDAL divide, sob este ponto de vista, as hernias pancreaticas em dois grandes grupos: *hernias traumaticas recentes* e *hernias traumaticas antigas*.

Nas hernias traumaticas recentes, não infectadas, dever-se-ha praticar a simples redução da porção herniada. Nas hernias recentes infectadas pratica-se a reseção da parte infectada, sutura-se a solução de continuidade resultante, e termina-se a operação reduzindo o resto da hernia.

Nas hernias antigas tem-se praticado a chamada *ligadura lenta* e tambem a reseção da parte herniada.

O primeiro processo (secção lenta do pediculo da hernia pela applicação d'uma ligadura), embora tenha dado alguns resultados satisfatorios, deve ser, todavia, completamente abandonado.

A reseção, pelo contrario, é o processo racional a que se deverá sempre recorrer.

Hernias traumáticas

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
CALDWELL.	<i>Trans. J. of Med.</i> , 1828.	Ferida perforante do Abdomen. Hernia.	1816.	Incisão da hernia.	—	Cura.	Hernia do pancreas.
ORTIS.	<i>Med. a. s. Hist. war. of the Reb.</i> , t. II, p. 2, 158.	»	1864.	Secção lenta do pediculo com fio de prata.	—	Cura.	»
ODEVAINE.	<i>Ind. med. Gaz.</i> , p. 183, 329.	»	1866.	Secção lenta do pediculo.	—	Cura.	»
KLEBERG.	<i>Arch. f. kl. Chir.</i> , 1868, p. 523-527.	»	1868.	»	—	Cura.	»
DARGAN.	<i>Phil. med. a. surg. Rep.</i> , 22 agosto, 1874.	»	1874.	Redução.	—	Cura.	»
ALLEN (B. B.).	<i>Am. med. Weekly</i> , 1876, V, p. 305-306. 1877, VI, p. 56.	»	1876.	Secção lenta do pediculo.	—	Cura.	»

EARL.	<i>Am. med. Week.</i> , 1877, VI, p. 106.	»	1877.	Secção lenta do pedicelo.	—	Cura.	»
PEREIRA GUIMARÃES.	<i>Progrès med.</i> , 1896, 3 s., IV, p. 216.	»	1891.	Reducção.	—	Cura.	»
FONTOYNOT.	<i>Arch. prov. de Char.</i> , 1902, p. 539-541.	»	1899.	Reducção.	—	Cura.	»

Tratamento das pancreatites

O tratamento cirurgico das pancreatites varia com o typo clinico e anatomo-pathologico da infecção pancreatica. Ás fórmag agudas e subagudas, caracterizadas no ponto de vista anatomo-pathologico pela existencia de lesões hemorragicas, suppuradas ou gangrenosas, applicam-se processos cirurgicos inteiramente differentes dos empregados nas fórmag chronicas.

a) Pancreatites agudas e subagudas

Embora a quasi totalidade dos autores tenha a opinião de que o diagnostico duma pancreatite aguda ou subaguda reclama uma intervenção cirurgica immediata, ha quem julgue preferivel recorrer ao tratamento medico (immobilidade absoluta, dieta rigorosa, administração de opio e applicações de gelo) na phase inicial da affecção.

Os que assim pensam, fundamentam a sua opinião na analogia existente entre as pancreatites agudas e a appendicite — affecção frequentemente curada pelo simples tratamento medico.

Tal comparação é, todavia, absolutamente erronea, pois que embora o inicio das duas affecções seja sensivelmente analogo, ha comtudo na sua evolução futura uma differença capital. Emquanto que a appendicite é geralmente caracterizada pela simples existencia dum processo suppurativo, a pancreatite, pelo contrario, é frequentemente a resultante dum processo suppurativo e gangrenoso que terá, na quasi totalidade dos casos, como consequencia fatal a morte do doente.

Se em alguns casos de appendicite o simples tratamento medico basta para fazer desaparecer os symptomas alarmantes e para curar a affecção, o mesmo não acontece pois com as pancreatites agudas e sub-agudas. Nestas impõe-se, desde logo, o tratamento cirurgico.

Aos typos clinicos denominados pancreatites agudas e subagudas correspondem, no ponto de vista anatomopathologico, as fórmas hemorragicas, suppuradas e gangrenosas.

Tal divisão, puramente eschematica, não corresponde a fórmas com uma nitida individualização nosologica. Todavia, para commodidade de descripção, adopta-la-hei e descreverei portanto separadamente o tratamento cirurgico das *pancreatites hemorragicas, suppuradas e gangrenosas*.

*

HIRSCHBERG (1887) foi quem primeiro interveio cirurgicamente num caso de *pancreatite hemorragica*. Limitou-se, porém, a praticar uma laparotomia exploradora e o doente morreu passados alguns dias.

Desde então até hoje numerosos têm sido os processos empregados no tratamento cirurgico desta affecção. Uns têm praticado a simples punção das collecções sanguineas peri-pancreaticas e a drenagem nos casos de focos hemorragicos intra-panticos; outros, menos timidos, preconizam, no primeiro caso, a marsupialização dos hematomas e, no segundo caso, a pancreatotomia (incisão do pancreas hemorragico); por ultimo ainda, autores ha, que juntam, á intervenção

pancreatica, operações diversas sobre as vias biliares.

Em artigo publicado na Revista de Gynecologia e Cirurgia abdominal de 1909, LERICHE e ARNAUD, depois d'uma rapida descripção dos differentes processos empregados, descrevem a technica que julgam mais racional.

Depois de aberta a cavidade abdominal e de seccionado o epiploon gastro-colico, examina-se minuciosamente o pancreas através do folheto peritoneal que o cobre.

As collecções sanguineas peri-pancreaticas (hematomas), tão frequentes no decurso das pancreatites hemorragicas, serão punccionadas através deste folheto. O orificio resultante da punção será então augmentado com uma larga incisão vertical que permittirá fazer o exame directo do pancreas.

Se a pancreatite hemorragica fôr pouco accentuada, applica-se um simples tampão hemostatico e termina-se a operação por uma drenagem. Se, porém, existirem zonas hemorragicas extensas e profundas, constituindo um verdadeiro phleigmão hemorragico diffuso do pancreas, é necessario recorrer á laceração do tecido pancreatico. Os tecidos necrosados serão destruidos e eliminados, as cavernas serão abertas e evacuadas as secreções toxicas nellas contidas.

Termina-se a operação pela applicação dum tampão e pela drenagem.

Nos casos de esteato-necrose disseminada tem-se aconselhado a lavagem da cavidade abdominal com sôro physiologico, com o fim de diluir o succo pancreatico extravasado e de tornar portanto menos activas as suas propriedades digestivas.

Nos casos em que o grande epiploon é séde de numerosas placas de esteato-necrose, LERICHE e ARNAUD propõem a sua resecção.

As intervenções sobre as vias biliares, que alguns juntam á intervenção pancreatica com o fim de eliminar as causas infecciosas que provocaram a pancreatite, devem ser completamente rejeitadas. A situação do doente é extremamente grave e não permite outras intervenções que não sejam as que urgente e directamente vão actuar sobre a lesão.

Mais tarde, se a intervenção pancreatica fôr seguida de cura e se existirem symptomas cholelithiasicos, dever-se-ha então actuar sobre as vias biliares. Evitar-se-ha assim o apparecimento de recidivas pancreaticas que, pela sua extrema gravidade, terão como consequencia frequente a morte do doente.

Pancreatites hemorragicas

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
SOCIN.	Hagenbach, Thèse, 1887, Bâle.	Oclusão intestinal.	1887.	Laparotomia. Puncção do kisto.	Morte.	—	Hematoma da cabeça do pancreas.
HIRSCHBERG.	Berl. Min. Woch., 1887, n.º 34, p. 287. (NIMMER, 1893, p. 627.	Obstrucção intestinal.	1887.	Laparotomia.	Morte.	—	Apoplexia aguda do pancreas.
R. FRIZ.	The medical Rec., N. Y., 1889, 9 março, p. 261. (NIMMER, 1893, p. 628).	Obstrucção intestinal.	1889.	Laparotomia.	Morte rapida.	—	Pancreatite hemorragica.
RICHELOT.	Dubut, Thèse Paris, 1889-90, p. 40.	Kisto hydatico do figado (?)	1890.	Laparotomia. Puncção. Marsupialização do hematoma. Drenagem.	Morte 2 dias depois.	—	Hematoma da cavidade posterior dos epiploons.
ZAHN.	Virchow's Archiv, 1891, CXXIV, p. 238-253. (Ni-	Obstrucção intestinal.	1891.	Laparotomia. Anus artificial.	Morte.	—	Pancreatite hemorragica.

ROLLSTON (H. D.).	MIER, 1893, p. 628). <i>Lancet</i> , 1892, 22 outubro, p. 942. (NIMIER, 1893, p. 628).	1892.	Laparotomia.	Morte imediata.	—	Hemorragia pancreatica.
SARFERT.	<i>Deut. Z. f. Chir.</i> , 1895, XLII, p. 125.	1895.	Laparotomia.	Morte imediata.	—	Pancreatite hemorragica aguda.
ALLINA.	<i>Wien. klin. Woch.</i> , 1896, n.º 45, <i>Trieb. med.</i> , 1897, p. 25.	1896.	Laparotomia. Drenagem.	Morte 24 horas depois.	—	Apoplexia do pancreas.
HERMES-SARFERT (caso I).	Peizer, <i>Deut. Zeit. f. Chir.</i> , 1902, p. 317.	1898.	Laparotomia.	Morte imediata.	—	Pancreatite hemorragica.
HERMES-SARFERT (caso II).	Peizer, <i>Deut. Zeit. f. Chir.</i> , 1902, p. 316.	1898.	Laparotomia.	Morte 2 dias depois.	—	Peritonite generalizada. Pancreatite aguda.
PAUCHET.	<i>Gazette des hopitaux</i> , 1902, p. 21, 9 janeiro.	1898.	Laparotomia. Incisão do hematoma. Sutura do epiploon gastro-colico.	—	Cura.	Hematoma do pancreas.
HAIN.	<i>Deut. Z. f. Chir.</i> , 1900, p. 12 (caso III).	1900.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite aguda hemorragica.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
RICHARDSON.	<i>Bost. med. a. S. J.</i> , 1901, p. 235, 7 março.	—	1901.	Laparotomia.	Morte.	—	Hemorragia difusa do pancreas.
MUNRO (caso I).	<i>J. Am. med. Ass.</i> , 1902, p. 809.	Tuberculose do peritoneo.	1902.	La parotomia simples.	—	Cura.	Pancreatite aguda.
BECK.	Cit. por MAYO. <i>J. Am. med. Ass.</i> , 1902, p. 807.	—	1902.	Drenagem da vesícula biliar.	—	Cura.	Pancreatite subaguda.
STEWART (F.-T.).	<i>J. Am. med. Ass.</i> , 1902, p. 809.	Oclusão intestinal.	1902.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite aguda.
CRISLE (G.-W.).	<i>J. Am. med. Ass.</i> , 1902, p. 809.	Oclusão intestinal.	1902.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite aguda.
MUNRO (caso II).	<i>J. Am. med. Ass.</i> , 1902, p. 809.	—	1902.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite subaguda.
C. B. G. KEMPE.	MAYO ROBSON, 1901, <i>Lancet</i> , p. 850.	—	1902.	Laparotomia. Resecção de uma porção da cabeça do pancreas.	Morte.	—	Pancreatite aguda hemorrágica.
MAUCLAIRE.	<i>Congrès français de chirurgie</i> , 1902, p. 516.	Tumefacção hypogastrica.	1902.	Laparotomia. Incisão do kisto. Dre-	Morte 6 horas depois.	—	Hematoma da cabeça do pancreas.

LAZARUS	<i>Zeit. f. klin. med.</i> , 1903, p. 220 (caso I).	Tumor fluctuante do abdomen.	1903.	Laparotomia. Morte 2 dias depois.	—	Hematoma encapsulado gástrico. Peritonite. Pleurisia.
RASUMOWSKY.	LAZARUS, <i>Zeit. f. klin. med.</i> , 1903, p. 221.	—	1903.	Laparotomia. Incisão do kisto.	Cura.	Hemorragia pancreatica enkistada.
KÖHLER.	<i>Soc. All. Chir.</i> , 1903.	—	1903.	Laparotomia.	Cura.	Pancreatite aguda hemorragica.
NASH (W. G.).	<i>Am. Pract. News.</i> , 1903, XXXV, p. 107.	Cholelithiase. Glycosuria.	1903.	Cholecystotomia.	Cura.	Pancreatite aguda.
NEUMANN (caso I)	<i>Réunion libre des chir. de Berlin</i> , 1904, 13 junho. <i>C. f. Ch.</i> , 1904, n.º 32.	Pancreatite aguda.	1904.	Laparotomia.	Morte.	Pancreatite aguda.
NEUMANN (caso II)	•	Pancreatite aguda.	1904.	Laparotomia.	Morte.	Pancreatite aguda hemorragica.
NEUMANN (caso III)	•	Pancreatite aguda.	1904.	Laparotomia.	Morte.	Pancreatite aguda hemorragica.

nagem de Mikulicz. Sutura do epiploico e da parede abdominal.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
MAYO ROBSON.	<i>Lancet</i> , 1904, p. 850.	Pancreatite. Hemorragia pancreatica. Peritonite.	1904.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Pancreatite hemorrágica.
BARDEHEUER (caso II).	33 ^a Congrès Soc. all. de Chir., 1904. <i>Revue de chirur.</i> , 1904, p. 696.	Pancreatite aguda.	1904.	Gastro-entérostomia.	—	Cura.	Pancreatite aguda.
BARDEHEUER (caso II).	•	Tumor pancreatico.	1904.	Laparotomia. Incisão entre o estomago e o colon. Tumor liquido retro-peritoneal. Drenagem.	Fistula.	Cura.	Pancreatite aguda hemorrágica.

*

Em 1845 WANDESLEHEN praticou a primeira intervenção cirurgica num caso de *pancreatite suppurada*.

Desde então até hoje, graças aos trabalhos de KÖRTE, NIMIER, MAYO ROBSON e muitos outros, o tratamento cirurgico das pancreatites suppuradas tem entrado na pratica corrente e os seus methodos têm sido successivamente aperfeiçoados.

Os cirurgiões estão, todavia, ainda longe de chegar a um accordo sobre qual seja o processo cirurgico mais racional. Uns optam pela simples punção das collecções purulentas, seguida ou não de drenagem; outros preferem a incisão; outros ainda votam pela incisão e pela marsupialização.

Parece-me que o processo cirurgico a empregar deverá depender essencialmente do typo anatomo-pathologico que a pancreatite reveste.

Se as lesões suppuradas estiverem limitadas ao pancreas, praticar-se-ha uma simples drenagem precedida de uma pancreatotomia nos casos em que existam collecções purulentas intra-pancreaticas. Alguns autores têm aconselhado a extirpação destes focos suppurados intra-glandulares. Tal pratica parece-me todavia absolutamente desnecessaria, pois que a simples incisão tem fornecido optimos resultados.

Nos casos de lesões suppuradas peri-pancreaticas (abcessos peri-pancreaticos), praticar-se-ha a incisão, a evacuação e a drenagem da collecção purulenta. Se esta fôr muito volumosa, deverá recorrer-se á marsupialização.

Se o abcesso de origem pancreatica occupar as proximidades da região renal, da fossa iliaca interna ou do ligamento largo, praticar-se-ha uma incisão lombar, iliaca ou vaginal.

Pancreatites suppuradas

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias imediatas	Consequencias afastadas	Observações
WANDELEBEN (STROMBECK)	<i>Casp. Wochenschr.</i> , 1845, p. 729. LAZARUS, <i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903. KÖRTE, 1898, p. 162.	Abcesso do pancreas de origem traumática.	1845 (?).	Incisão do abcesso.	Cura.	Morte de tuberculose pulmonar 6 mezes depois.	Abcesso do pancreas.
SAVILL.	<i>Lancet</i> , 19 setembro, 1891.	Peritonite aguda.	1845 (?).	Laparotomia exploradora.	Morte imediata.	—	Peritonite. Supuração difusa do pancreas.
PEARCE GOULD.	<i>Lancet</i> , 1891, 8 agosto.	Kisto do pancreas.	1891.	Laparotomia. Puncção através do mesocolon transverso. Drenagem lombar.	—	Cura.	»
TRÈVES.	SAWILL, <i>Lancet</i> , 1891, 19 setembro.	Peritonite aguda. Ictericia.	1891.	Laparotomia.	Morte rapida.	—	Abcesso do pancreas. Peritonite.
KÖRTE.	<i>Congrès de chir.</i> , 1894.	Abcesso da região lombar.	1891.	Incisão lombar. Drenagem.	Hemorragia pela ferida.	Morte.	Pancreatite supurada.

KÖRTE.	Soc. de chir. all., 1894. Congrès de chir. all., 1895.	1893.	Incisão lombar extraperitoneal.	Fistula.	Cura.	Pancreatite supurada.
KÖRTE.	<i>Congrès de chir. all.</i> , 1894.	1893.	Abcesso da região lombar esquerda. Incisão e punção. Phenomenos de peritonite.	Morte imediata.	—	Pancreatite supurada.
WALSH.	<i>Med. News</i> , 30 dezembro, 1893, p. 737.	1893.	—	—	Cura.	»
W. PAUL.	<i>Tr. clin. Soc. Lond.</i> , 1895, t. XXVII.	1895.	—	—	Cura.	Abcesso e necrose concomitante do pancreas.
ELLIOT.	<i>Bost. med. a. s. J.</i> , 1895, p. 351.	1895.	—	—	Cura.	»
RICHARDSON.	<i>Bost. Soc. f. med. Improv.</i> , 1895. <i>Bost. med. a. surg. Journ.</i> , 11 abril, 1895.	1895.	Abcesso do abdomen.	—	Cura.	Abcesso do pancreas.
KÖRTE.	<i>Congrès de chir. all.</i> , 1895.	1895.	Peritonite aguda.	Morte.	—	Abcesso e necrose do pancreas.

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
FINOY ET HALSTED.	THAYER, <i>Ann. J. Med. sc. Philadelphia</i> , 1895, t. X, n.º 5.	Pancreatite suppurada aguda.	1895.	Laparotomia. Incisão e drenagem.	—	Cura.	Pancreatite suppurada.
FOWLER (G.-R.).	BROOKS, <i>M. J.</i> , 1896, X, p. 223.	—	1896.	Laparotomia.	—	—	Pancreatite suppurada. Abcesso parapancreatico.
GUSSENBAUER.	LAZARUS, <i>Zeit. f. kl. medic.</i> , 1903, p. 238.	Kisto do pancreas.	1896.	Laparotomia. Drenagem.	—	Morte.	Abcesso pancreatico resultante da perforação dumha ulcera duodenal.
SIMON ET D. STANLEY.	<i>Lancet</i> , 1897, p. 1325.	Oclusão intestinal.	1897.	Laparotomia.	Morte immediata.	—	Abcesso do pancreas.
GALLAUDET.	<i>Ann. Surg.</i> , 1899, p. 232.	Abcesso do pancreas.	1897.	Laparotomia. Incisão; drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pancreas.
NEWTON PITT.	<i>Clin. Soc. of Lond.</i> , 1898, 9 de dezembro.	Abcesso retroperitoneal.	1897.	Laparotomia. Incisão; drenagem.	Morte.	—	Pancreatite suppurada; necrose pancreatica.
GUIKARD.	<i>Soc. de chir.</i> , 1898, p. 380. Thèse, 1898.	—	1898.	Laparotomia. Via transpleuro-peri-	—	Cura.	Pancreatite suppurada.

MORAN.	<i>Munch. med. Woch.</i> , 1899, p. 345.	Cholelithiase.	1898.	Laparotomia.	Morte.	—	Abcesso do pancreas.				
DAUGLTON.	<i>Clin. Soc. of London</i> , 1898, dezembro.	Tumor abdominal.	1898.	Laparotomia. Função; drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pancreas.				
NEWTON PITT ET JACOBSON	<i>Clin. Soc. of London</i> , 1898, 9 dezembro.	Abcesso pancreatico.	1898.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Abcesso do pancreas.				
KRÖNLEIN I.	<i>Corr. Bl. f. chir. Ärzte</i> , 1898.	Peritonite por perforação (?)	1898.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite supurada.				
KRÖNLEIN II.	<i>Corr. Bl. f. chir. Ärzte</i> , 1898.	Oclusão intestinal.	1898.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite supurada.				
KRÖNLEIN III.	<i>Corr. Bl. f. chir. Ärzte</i> , 1898.	Oclusão intestinal.	1898.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite supurada.				
PREWITT.	LAZARUS, <i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903.	—	—	Incisão lombar.	—	—	Abcesso pancreatico. Calculos.				
KÖNIG.	LAZARUS, <i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903.	—	—	—	—	—	»				
FAURE.	<i>Congrès franc. de chir.</i> , 1902. L. JORON, <i>Thèse</i> , 1903, p. 48-50.	Appendicite ou hematocello (?)	1899.	Laparotomia. Incisão; drenagem.	Fistula.	Cura.	Pancreatite supurada.				
HAHN.	BÖCKEL (1901).	—	1899.	Laparotomia.	Morte.	—	»				

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
HAHN.	BOECKEL (1901).	—	1899.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite supurada.
BRENTANO.	<i>Union des chir. de Berlin</i> , 1899, 13 novembro.	Abscesso sub-diaphragmatico.	1899.	Laparotomia lateral anterior trans-pleural Incisão; drenagem.	Fistula.	Cura.	Abscesso e necrose do pâncreas.
HAHN.	<i>Union des chir. de Berlin</i> , 1899, 13 novembro.	Tumor do epigastro (?)	1899.	Laparotomia. Incisão.	Fistula.	Cura.	Necrose e abscesso do pâncreas.
ISRAEL.	<i>Union des chir. de Berlin</i> , 1899, 13 novembro.	Abscesso do fígado.	1899.	Laparotomia. Incisão.	Morte.	—	Pancreatite supurada.
GIORDANO.	<i>Clinica chir.</i> , 1900, p. 242.	Oclusão intestinal.	1899.	Laparotomia. Drenagem lombar.	—	Cura.	Abscesso do pâncreas.
CZERNY.	<i>Munch. med. Woch.</i> , 1901, p. 11.	—	1900.	Laparotomia.	Fistula.	Cura.	Abscesso do pâncreas.
HAHN (E.).	<i>Deut. Zeit. f. chir.</i> , 1901, p. 5-7 (caso n.º IV).	Necrose do pâncreas. Oclusão intestinal.	1900.	Laparotomia. Evacuação. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite supurada e necrose do pâncreas.

PEISER (E.).	<i>Deut. Zeit. f. Chir.</i> , 1902, p. 302.	Kisto do pâncreas.	1901.	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Fistula.	Cura.	Pancreatite supurada.
LIBIHK.	<i>Gazeta Botina</i> , fevereiro, 1900.	Tumor abdominal (?).	1900.	Laparotomia.	Morte.	—	Abcesso e necrose do pâncreas.
SIMON.	<i>Munch. med. Woch.</i> , 1900, p. 128.	Peritonite; tumor abdominal.	1900.	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso e necrose do pâncreas.
M. RONSON (caso I).	M. RONSON, <i>Lancet</i> , 1904, 26 de março, p. 851. A. DESJARDINS, thèse, 1905, p. 151-153.	Tumor supra-umbilical. Colapso.	1900.	Gastro-enterostomia posterior.	—	Cura.	Abcesso do pâncreas.
RICHARDSON.	<i>Bost. med. a. s. J.</i> , 1901, 7 de março, p. 235.	Abcesso intra-abdominal (?).	1901.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pâncreas.
RICHARDSON.	<i>Bost. med. a. s. J.</i> , 1901, 7 de março, p. 235.	Abcesso pancreatico.	1901.	Laparotomia.	—	Cura.	Abcesso do pâncreas e hemorragia.
MIRULICZ.	BECKEL (1901). <i>Gaz. méd. de Strasbourg</i> .	Peripancreatite.	1901.	Laparotomia. Incisão do abcesso.	—	Cura.	Abcesso do pâncreas.
RASUMOWSKY.	BECKEL (1901). <i>Gaz. méd. de Strasbourg</i> .	Peritonite enkistada.	1901.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pâncreas.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
FAURE.	<i>Congr. franç. chir.</i> , 1902. L. JORON, thèse, 1903, p. 50-52.	Neoplasma do estomago.	1901.	Laparotomia. Incisão do abcesso. Drenagem.	—	Cura	Abcesso do pancreas.
MURRAY (F.-W.).	<i>Ann. Surg.</i> , 1902, p. 495.	Pancreatite suppurada.	1901.	Laparotomia. Drenagem.	Fistula.	—	Abcesso do pancreas.
SCHEIDER.	<i>Rém. libre Char. Berlin</i> , 1904, 14 de novembro. <i>Z. f. chir.</i> , 1904, n.º 51, p. 1470.	Cholelithiase.	1902.	Laparotomia. Extirpação do tecido pancreatico invadido pela suppuração.	—	Cura.	Abcesso do pancreas.
TAKAYASU.	PEISER, <i>Deut. z. f. chir.</i> , 1902, p. 302.	"	1902.	"	—	Cura.	Abcesso do pancreas.
REMI (caso I)	<i>Arch. intern. Chir. de Willem's</i> , 1905, vol. II, fasc. 2, p. 168.	Lesão pancreatica tuberculosa (?).	1902.	Laparotomia. Puncção. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pancreas.
REMI (caso II)	<i>Arch. intern. Chir. de Willem's</i> , 1905, vol. II, fasc. 2, p. 171.	Processo inflamatorio do pancreas.	1903.	Incisão lombar. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso pancreatico.

M. ROBSON (caso II).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 de março, p. 851.	Abcesso peri- renal.	1904.	Incisão por via lombar. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pan- creas.
M. ROBSON (caso III).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 de março, p. 850.	—	1904.	Laparotomia. Evacuação dum abcesso sub-phreni- co. Drena- gem.	Morte.	—	Pancreatite sup- purada aguda.
M. ROBSON (caso IV).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 de março, p. 851.	Abcesso da fos- sa iliaca es- querda.	1904.	Laparotomia. Drenagem.	—	Morte subita algumas se- manas de- pois.	Abcesso de ori- gem pancreatica.
M. ROBSON (caso V).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 de março, p. 851.	Abcesso peri- gastrico.	1904.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Abcesso de ori- gem pancreatica.
PAUCHET.	<i>Gaz. méd. de Pi- cardie</i> , novem- bro, 1904.	Abcesso do pancreas.	1904.	Laparotomia. Marsupiali- zação. Dre- nagem.	—	Cura.	Abcesso do pan- creas.
SCHLESSINGER (H.) ET EWALD.	<i>Les indic. des int. chir. dans les mal. int.</i> (trad. franç.), LICHWITZ ET SABRAZÉS, Pa- ris, 1905, t. II, p. 108.	Processo in- flamatorio do pancreas.	1905.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Abcesso do pan- creas.

*

O tratamento cirurgico das *pancreatites gangrenosas* é analogo ao das *pancreatites suppuradas*: laparotomia mediana umbilico-xyphoideia ou vertical lateral, incisão e evacuação do fóco gangrenoso, eliminação dos tecidos necrosados, marsupialização e drenagem abdominal ou abdomino-lombar.

A mortalidade nas intervenções cirurgicas por *pancreatites gangrenosas* é, todavia, como se poderá ver no quadro seguinte, muito maior do que a mortalidade nas *pancreatites suppuradas*.

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectual	Consequencias immediatas	Consequencias abstrahidas	Observações
ROSENBACH.	<i>C. f. Chir.</i> , 1882, 1893, p. 645.	Occlusão intestinal.	1882.	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa. Abcesso pancreatico.
KARÖNLEIN.	<i>Virchow's Archiv</i> , 1886, p. 310.	Occlusão intestinal.	1886.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa. Esteato-necrose.
ERRICH.	<i>Beit. z. kl. Chir.</i> , 1890, XX.	—	1890.	Laparotomia.	—	—	Pancreatite gangrenosa.
FRIP et BRY-ANT.	<i>Beit. z. klin. Chir.</i> , 1890, XX.	—	1890.	Laparotomia.	—	—	Pancreatite gangrenosa. Esteato-necrose.
CASPERHORN (d'Alton).	Hansen, thèse Kiel, 1893.	Ulcera do estomago. Peritonite (?).	1892.	Laparotomia.	Morte.	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
OSLER.	<i>Fitz Bost. m. a.</i> s. 1892, 15 déc. <i>Prat. of Medic.</i> , 1893.	Occlusão intestinal.	1892. (?)	Laparotomia.	—	Cura.	»

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
ELLIOT.	<i>Boet. m. a. s. J.</i> , 1895, 11 abril.	Pancreatite.	1894.	Laparotomia. Evacuação. Drenagem.	Morte.	—	Necrose total do pancreas
ROSENBACH.	Jung, thèse, Göttingue, 1895.	Oclusão intestinal.	1895.	Laparotomia.	Morte.	—	Necrose central do pancreas.
PARRY-DUM. N. PITT.	<i>Lancet</i> , 1897, 2 janeiro.	Oclusão intestinal.	1895.	Laparotomia.	Morte.	—	Necrose do pancreas.
FRÄNKEL.	<i>Münch. m. Woch.</i> , 1896, p. 815.	Kisto hydatico do figado ou do pancreas.	1896.	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Morte.	—	Necrose do corpo do pancreas.
MORHAU.	<i>Prag. med. Woch.</i> , 1899, n.º 1. <i>Münch. med. Woch.</i> , 1899, p. 348.	Cholelithiase.	1898.	Colecistostomia.	—	Morte.	Necrose total do pancreas. Abscesso retro-peritoneal.
LUND et MUNRO (caso I).	<i>Boet. m. a. s. J.</i> , 1900, (cas VI).	Peritonite generalizada.	1898.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa.

LUND et MUNRO (caso II).	<i>Bost. m. a. s. J.</i> , 1900, p. 544, (cas I).	Cholelithiase.	1899.	Laparotomia, Drenagem lombar.	—	—	Pancreatite gan- grena. Esta- to-necrose.
MAUGES.	<i>Phil. med. J.</i> , 1898, p. 724- 728.	—	1899.	Laparotomia.	—	—	Pancreatite gan- grena.
LUND et MUNRO (caso III).	<i>Bost. m. a. s. J.</i> , 1900 (cas V).	Appendicite ou peritonite enkistada.	1899.	Laparotomia.	—	—	»
ISRAEL.	<i>Deut. med. Wo- ch.</i> , 1900, n.º 22; <i>Trib. med.</i> , 1900 n.º 42, p. 824.	—	1900.	Laparotomia. Evacuação do pus e ex- tração do tecido necro- sado.	Morte.	—	Pancreatite gan- grena e abces- so peri-pancrea- tico.
MUNRO (caso I).	<i>Bost. med. a. s. J.</i> , 1900.	Infecção retro- peritoneal.	1900.	Laparotomia, Drenagem.	—	—	Pancreatite gan- grena.
LUND (caso I).	<i>B. m. a. s. J.</i> , 1900, p. 547 (cas III).	Pancreatite. Abscesso retro- peritoneal.	1900.	Laparotomia. Incisão, Dre- nagem.	Morte.	—	Pancreatite gan- grena. Peri- pancreatite he- morrágica. Cal- culos biliares.
LUND (caso II).	<i>B. m. a. s. J.</i> , 1900, p. 545 (cas II).	Tumór da re- gião epigas- trica.	1900.	Laparotomia. Evacuação. Drenagem.	Incisão e dre- nagem por via lombar alguns dias depois da operação.	—	Pancreatite gan- grena e hemor- ragica.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
KÖLBER.	<i>Deut. Z. f. Chir.</i> , 1903, p. 183-203.	Peritonite.	1900.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
BATCHELOR (W.-A.) (Caso I).	<i>Med. News</i> , 1902, 249-250.	Pancreatite hemorragica.	1901.	Laparotomia. Incisão e drenagem.	—	Cura.	Necrose pancreatica typica.
MONKS.	<i>Brit. Med. Journ.</i> , 1904.	Lithiase biliar.	1901.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa e hemorragica.
TILTON.	<i>Am. Surg.</i> , 1902, p. 66.	Peritonite ou obstrucção intestinal.	1902.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa e hemorragica.
MUNRO (caso II).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, XXXIX, 1902, p. 809.	—	1902.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa.
MUNRO (caso III et IV).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, XXXIX, 1902, p. 809.	2 casos.	1902.	2 laparotomias.	—	2 curas.	Pancreatites gangrenosas.
MUNRO (caso V, VI et VII).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, XXXIX, 1902, p. 809.	3 casos.	1902.	3 laparotomias.	3 mortes.	—	Pancreatites gangrenosas.

BATCHELOR (caso II).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, XXXIX, 1902, pag. 810.	1902.	Laparotomia e drenagem.	Fistula.	Cura.	Pancreatite gangrenosa e hemorragica.
RIXFORD (caso I).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, XXXIX, p. 809-810, 1902, (cas I).	1902.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa.
RIXFORD (caso II).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, XXXIX, p. 809-810, 1902 (cas II).	1902.	Laparotomia.	—	Cura.	Necrose e pancreatite chronica.
RIXFORD (caso III).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , Chicago, p. 809, 1902 (cas III).	1902.	Laparotomia.	Gastro-entrostomia ultterior.	Morte.	Pancreatite gangrenosa.
BROWNS (F.T)	<i>Ann. Surg.</i> , 1903, p. 942.	1902.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
KÖMG.	<i>Deut. Z. f. Chir.</i> , 1903, p. 183-203.	1902.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
BRETAGNO (caso I e II).	<i>Zeit. f. Klin. Medic.</i> , 1903.	1903.	—	—	—	—
ROTTER.	<i>Zeit. f. Klin. Medic.</i> , 1903.	1903.	—	—	—	—

Anteres	Indicações bibliográficas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
ROSE.	<i>Zeit. f. Klin. Medic.</i> , 1903.	—	1903.	—	—	—	—
WOOLSEY (caso I).	<i>Ann. Surg.</i> , 1903, nov.	—	1903.	Laparotomia. Drenagem.	—	—	Pancreatite gangrenosa e hemorragica.
WOOLSEY (caso II).	<i>Ann. Surg.</i> , 1903, nov.	—	1903.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
WOOLSEY (caso III).	<i>Ann. Surg.</i> , 1903, nov.	—	1903.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
CH.-D. MUS-PRATT	<i>Brit. Med. Journal</i> , 5 fev., p. 304.	Oclusão intestinal.	1903.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
MILKULICZ.	<i>Lancet</i> , 1904, I, p. 850.	—	1904.	Laparotomia. Pancreato tomia.	—	Cura.	Pancreatite gangrenosa.
BROWN (W.-H.).	<i>Lancet</i> , 1904, II, p. 448.	—	1904.	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	Pancreatite gangrenosa. Kisto do pancreas.

M. Ronson (caso I).	<i>Lancet</i> , 1904, I, 26 mar. p. 850.	Lithiase bi- liar.	1904.	Laparotomia. Drenagem pancreatica e vesicular depois da extração de calculos.	—	Cura.	Pancreatite gan- grenosa e lithiase biliar.
M. ROBSON (caso II).	<i>Lancet</i> , 1904, I, 26 mar., p. 850.	Necrose do pancreas.	1904.	Laparotomia.	—	Cura.	Pancreatite gan- grenosa.
WIESSINGER (caso I e II).	<i>Deut. med. Wo- ch.</i> , 1904, 25 out.	2 casos de ne- crose do pan- creas.	1904.	2 laparoto- mias.	—	2 curas.	Pancreatites gan- grenosas.
Hofner.	<i>Müncb. med. Woch.</i> , 1904, n.º 33, s. 1473.	Perforação gastrica devi- da a uma ul- cera antiga.	1904.	Laparatomia.	Morte.	—	Pancreatite gan- grenosa.

b) Pancreatites chronicas

O tratamento cirurgico das pancreatites chronicas tem sido objecto de numerosos trabalhos successivamente publicados por RIEDEL, MARTYNOFF, KÖRTE, KEHR, MAYO ROBSON, TERRIER, DESJARDINS, DR. REYNALDO DOS SANTOS e outros.

São variados os processos empregados e as opiniões divergem sobre qual deva ser o preferido.

Num trabalho publicado em 1906, o SR. DR. REYNALDO DOS SANTOS cita, entre outras, as seguintes intervenções cirurgicas empregadas como meio de tratamento das pancreatites chronicas: laparotomia exploradora, choledocotomia e cistectomia sem drenagem, choledocotomia, duodeno-choledocotomia, choledocotomia e omentopexia, drenagem da vesicula, drenagem da vesicula e do choledoco, drenagem do hepatico, cistectomia parcial e drenagem do resto da vesicula, cistectomia total e drenagem do choledoco ou do hepatico, choledocotomia e drenagem da vesicula ou do cistico ou do choledoco, cisto-enterostomia, cisto-enterostomia e gastro-enterostomia, cisto-gastrostomia, etc., etc.

Alguns autores têm tambem recorrido á reseccão parcial do pancreas, nos casos de lesões de esclerose atrophica muito pronunciadas.

Quaes destes differentes processos deverão ser os preferidos?

As pancreatites chronicas resultam frequentemente da transmissão ao pancreas duma infecção primitiva das vias biliares. Tal foi a conclusão a que chegámos no estudo pathogenico das infecções pancreaticas.

Sendo assim, a therapeutica ideal das pancreatites será aquella que actue directamente sobre a infecção biliar. Destruida esta infecção, as lesões pancreaticas por ella originadas não tardarão tambem, na maioria dos casos, a desapparecer por completo.

A intervenção racional dirigida contra a infecção das vias biliares deve preencher um duplo fim: *extrair os calculos e estabelecer uma drenagem perfeita.*

Para fazer a *extracção dos calculos* deve proceder-se a uma exploração minuciosa das vias biliares. Este exame, extremamente simples nas vias biliares superiores, é bastante difficil na porção intra-pancreatica do choledoco.

São tres os processos propostos para explorar este segmento pancreatico do choledoco: *catheterismo retrogrado, catheterismo ascendente e descollamento pancreatico.*

O *catheterismo retrogrado*, em regra muito difficil, executa-se introduzindo uma sonda numa pequena incisão feita na porção supra-duodenal do choledoco ou na vesicula e fazendo-a penetrar no canal biliar até attingir a empola de Vater.

No *catheterismo ascendente*, mais simples do que o precedente, a sonda penetra no choledoco por uma pequena incisão vertical ou transversal do duodeno, feita nas proximidades da empola de Vater.

O *descollamento duodeno-pancreatico*, proposto por VAUTRIN, parece-me ser o processo preferivel.

Começa-se por fazer uma incisão na gotteira serosa comprehendida entre o folheto peritoneal posterior e o duodeno e que deverá contornar o angulo duodenal. Introduzindo então os dedos entre os bordos da solu-

ção de continuidade, procede-se ao descollamento lento e progressivo do duodeno e da cabeça do pancreas. Desviando então estes dois órgãos para diante e para a esquerda, examina-se minuciosamente a face posterior da cabeça da glandula pancreatica e o segmento terminal do choledoco. Se existem calculos biliares, executa-se a choledocotomia e, pela abertura effectuada, introduz-se uma sonda que irá explorar a permeabilidade do choledoco. Termina-se a operação por uma drenagem, ou pela simples sutura da solução de continuidade do canal biliar.

Tal é, em resumo, a technica do descollamento duodeno-pancreatico descripta por VAUTRIN.

Além de permittir uma exploração minuciosa da porção pancreatica do choledoco—facto que os outros methodos difficilmente realizam—este processo tem ainda a vantagem de facilitar o exame da face posterior do pancreas e de fornecer indicações precisas sobre a extensão das lesões retro-pancreaticas.

A *drenagem das vias biliares* pôde obter-se por dois processos: *fistula biliar interna* e *fistula biliar externa*.

A *fistula biliar interna* obtem-se pela anastomose das vias biliares com o intestino ou com o estomago.

As anastomoses das vias biliares com o intestino são as que mais frequentemente têm sido empregadas. Uns praticam a cholecisto-enterostomia; outros recorrem á hepatico-enterostomia; por ultimo ainda, autores ha que preconizam a choledoco-enterostomia.

O segmento intestinal com que geralmente se faz a anastomose é o duodeno, mas tem-se tambem recorrido ao jejuno, ao ileon e ao colon.

As anastomoses duodenaes parecem-me preferiveis

não só pela maior proximidade do duodeno em relação ás vias biliares e pela sua relativa immobilidade — facto que evita as tracções sobre a sutura intestino-biliar —, mas tambem pela razão physiologica de reproduzirem as condições normaes de escoamento da bilis tão necessarias ao bom funcionamento organico.

Recorrer-se-ha pois á cholecisto-duodenostomia, á hepatico-duodenostomia ou á choledoco-duodenostomia.

A cholecisto-duodenostomia, adoptada ultimamente pela quasi totalidade dos cirurgiões no tratamento do cancro do pancreas, é, por vezes, difficil de executar nas pancreatites chronicas; pois que a vesicula, geralmente pequena, esclerosada e envolvida por adherencias, só difficilmente se poderá approximar do duodeno. Este inconveniente póde, é certo, ser facilmente removido pelo descollamento retroduodenal que conseguirá approximar o duodeno da vesicula biliar.

Todavia, embora cirurgicamente possivel, a anastomose cholecisto-duodenal é physiologicamente condemnavel, pois que força a bilis a percorrer um trajecto sinuoso que favorecerá as infecções biliares ascendentes. Num artigo recentemente publicado na Revista de Cirurgia, VAUTRIN refere um caso em que a cholecisto-duodenostomia foi seguida de signaes nitidos duma infecção biliar.

VAUTRIN preconiza, como processo de escolha, a hepatico-duodenostomia. Em vez do trajecto sinuoso e accidentado imposto pela cholecisto-duodenostomia ao fluxo biliar, ter-se-ha então um trajecto directo e curto que, pela optima drenagem que realiza, evitará a infecção ascendente de origem intestinal.

Ha quem tenha tambem recorrido á choledoco-duo-

denostomia. Tal intervenção tem a vantagem de evitar o descollamento retro-duodenal necessario para praticar a hepatico-duodenostomia ou a choledoco-duodenostomia quando a vesicula está adherente. É pois, de todas as anastomoses intestinaes, a preferivel. A ella se deverá recorrer sempre que as dimensões e o estado anatomico do choledoco o permittam.

As anastomoses das vias biliares com o estomago, praticadas pela primeira vez em 1892 por WICKOFF e ANGELBERG, tẽem sido pouco empregadas.

O SR. DR. REYNALDO DOS SANTOS (1), que parece ter uma predilecção especial pela cholecisto-gastrostomia, publicou recentemente uma observação em que, depois de considerações varias sobre a technica seguida e sobre as suas consequencias, diz: «Este caso, bastante interessante a meu ver, mostra mais uma vez os bellos resultados da cholecisto-gastrostomia que eu prefiro por muitas razões á cholecisto-jejunostomia, e entre ellas basta-me insistir em que é muito mais simples; dispensa a segunda anastomose que MIKULICZ preconizava nas anastomoses com o jejuno, sem os inconvenientes de tracção que a ansa jejunal exerce sobre as suturas e que obriga a novas fixações, nem os perigos de compressão ou estrangulamento do colon pela corda jejunal. Além disso é mais physiologica, porque perturba menos o chimismo da digestão lançar conteúdo gastrico já misturado com a bilis para o duodeno, do que obrigar a uma digestão duodenal sem bilis, perdendo assim toda a acção muito importante que este

(1) REYNALDO DOS SANTOS, *Medicina contemporanea*, 8 de agosto de 1909.

succo tem não só na alcalinização do chymo gastrico, como ainda no reforço da acção do succo pancreatico, preparando o meio duodenal para uma boa digestão.

«Certamente que a anastomose cholecisto-duodenal é theoreticamente ainda preferivel, mas além de ser sempre mais difficil, e outras vezes impossivel, não é afinal nos seus resultados praticos superior, como de resto não só a experiencia clinica mas mesmo pesquisas experimentaes o tõem demonstrado».

Sempre que as anastomoses biliares com o duodeno sejam, pela existencia de adherencias anormaes extensas e irreductiveis, cirurgicamente irrealisaveis, é pois á cholecisto-gastrostomia que se deverá recorrer.

Se a vesicula, pelo seu estado anatomico, não offerer garantias seguras duma boa anastomose, recorrer-se-ha á hepatico-gastrostomia ou á choledoco-gastrostomia.

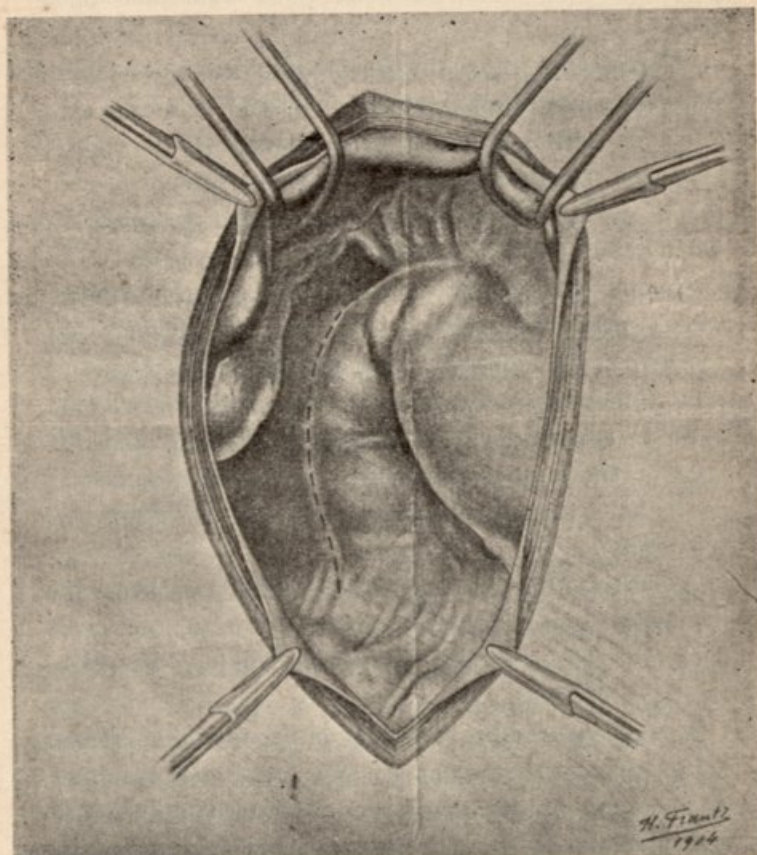
A *fistula biliar externa* póde obter-se por differentes processos. Uns praticam a *cholecistostomia*; outros recorrem á *drenagem das vias biliares principaes* (hepatico e choledoco).

A *cholecistostomia*, empregada frequentemente por MAYO ROBSON, é duma execução relativamente simples. A drenagem obtida por este processo é todavia inferior á realizada com as intervenções sobre o hepatico ou sobre o choledoco.

Quando o canal cistico estiver impermeavel, a cholecistostomia é uma operação absolutamente inutil.

A *drenagem das vias biliares principaes* é, indubitavelmente, o processo de escolha. Quer se pratique a drenagem do hepatico, quer se recorra á drenagem do choledoco, a operação é relativamente simples e tem

como consequencia rapida e frequente o desaparecimento da infecção biliar.

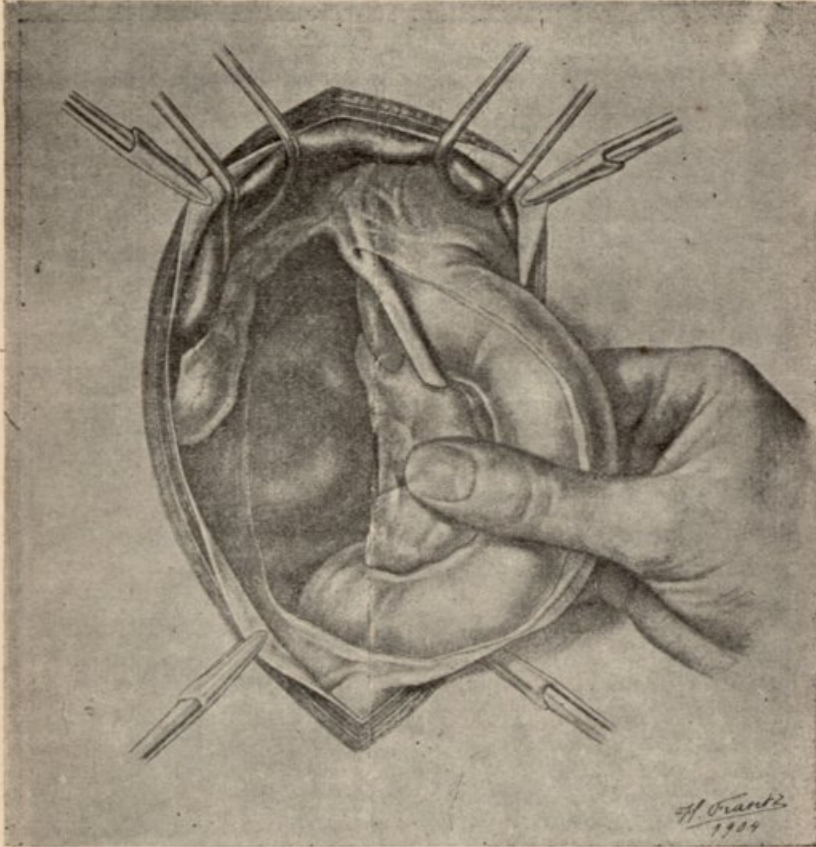


Linha de incisão do peritoneo duodenal (DESJARDINS).

A esta drenagem das vias biliares principaes tem-se frequentemente addicionado a *cholecistectomia*.

É que, com effeito, sendo a vesicula biliar séde frequente de alterações anatomicas graves, resultantes dum processo inflammatorio intenso, a sua permanencia

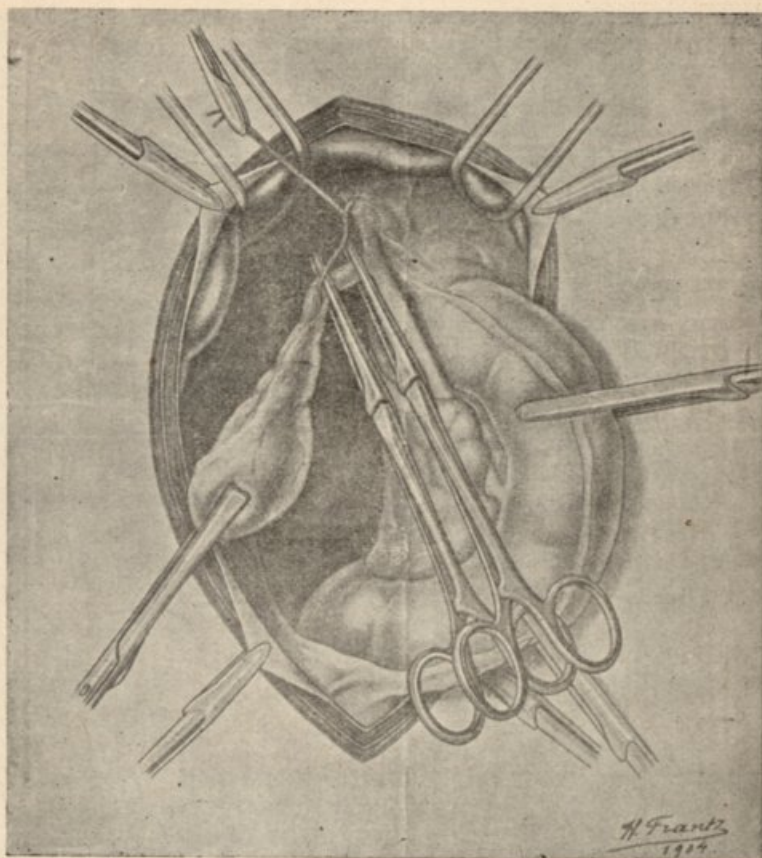
no abdomen é uma ameaça, um perigo constante que deverá evitar-se pela extirpação total.



Descollamento do duodeno — Exploração da cabeça do pancreas e dos canaes biliares (DESJARDINS).

Não sou daquelles que julgam a cholecistectomia indicada em todos os casos de lithiase biliar, mas penso que desde que existam lesões vesiculares que impeçam a *restitutio ad integrum*, o dever do cirurgião é addi-

cionar á drenagem das vias biliares a extirpação da vesícula.

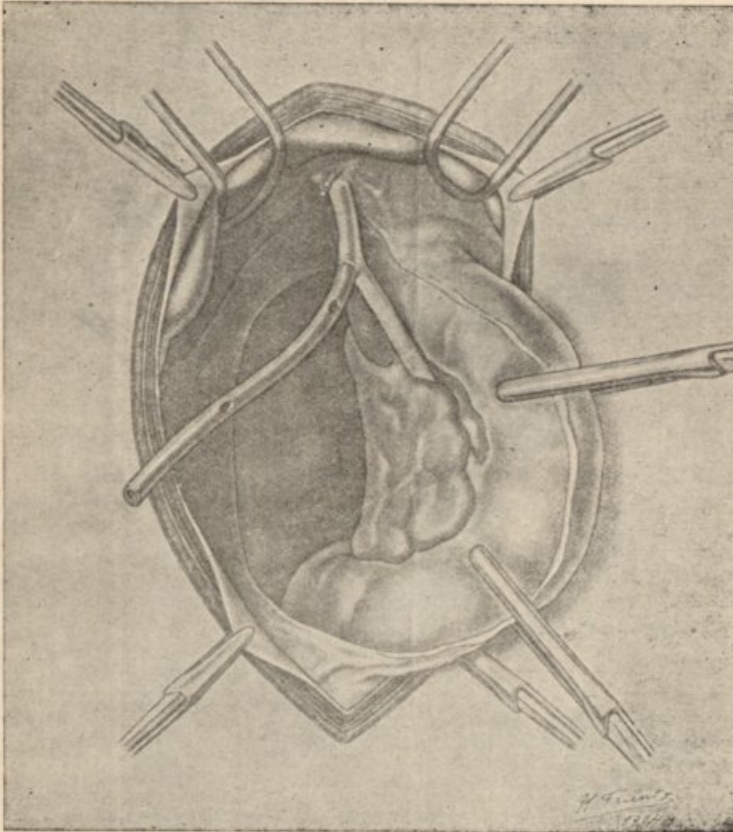


Cholecistectomia (DESJARDINS).

A technica a seguir para executar esta dupla intervenção foi admiravelmente exposta por DESJARDINS.

Depois de aberta a cavidade abdominal, secciona-se o epiploon gastro-colico e o folheto peritoneal posterior que cobre o duodeno e o pancreas. Descolla-se o

duodeno pelo processo já indicado e, desviando-o juntamente com a cabeça do pancreas, para deante e para

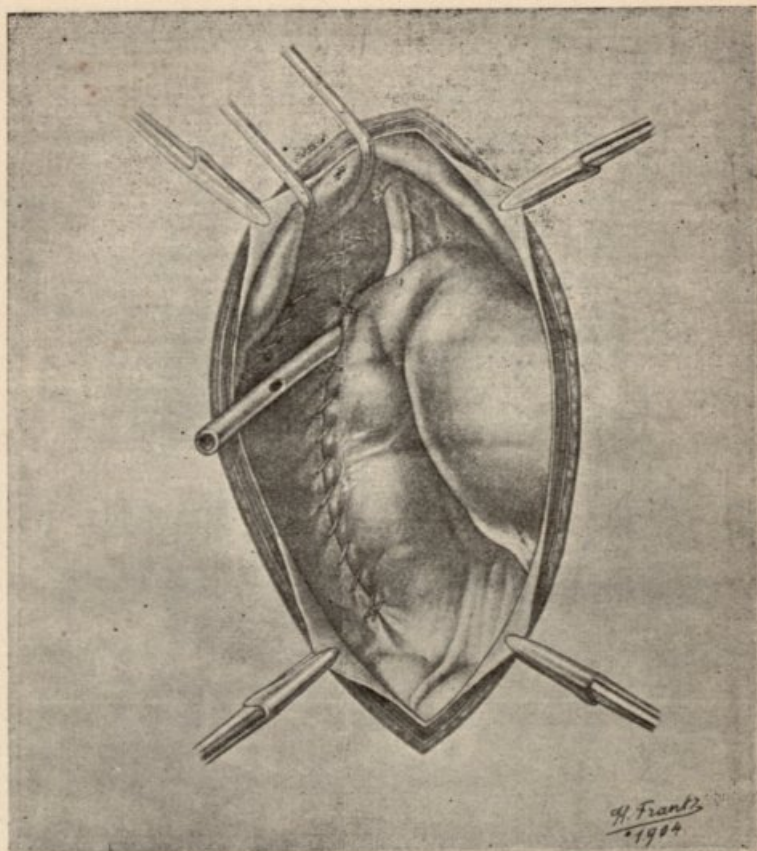


Drenagem das vias biliares principaes (DESJARDINS).

a esquerda, procede-se ao exame minucioso das vias biliares.

Secciona-se o canal cistico nas proximidades da sua junção com o hepatico, laqueia-se a pequena arteria cistica e, libertando a vesicula das adherencias com os orgãos vizinhos, pratica-se a cholecistectomia.

Pelo orifício resultante da secção do canal cístico introduz-se no hepático um pequeno tubo de drenagem.



Operação terminada (DESJARDINS)

Faz-se em torno do orifício em que foi introduzido o dreno uma epiplooplastia por meio do epiploon gastro-hepático, do grande epiploon e do peritônio parietal. Sutura-se o peritônio parietal posterior, tendo o cuidado de deixar uma pequena abertura que permita a passagem do dreno.

Passados alguns dias, desde que os signaes de infecção biliar tenham desaparecido e que o escoamento duodenal da bilis se tenha normalizado, retira-se o dreno.

Ao fim de tres semanas ou dum mez, se não surgirem complicações, a solução de continuidade que deu passagem ao dreno estará cicatrizada.

Mencionadas as differentes intervenções que, tendo sido propostas contra a infecção biliar, constituem tambem o tratamento ideal das pancreatites chronicas, vejamos quaes deverão ser as suas indicações.

A *extracção dos calculos* deverá praticar-se sempre que, no decurso duma pancreatite chronica, se reconheça a existencia de calculos biliares.

A *fistula biliar interna* é indicada nos casos de degenerescencia fibrosa irreductivel do parenchyma glandular. A simples drenagem das vias biliares é então inefficaz e perigosa. A consequencia de tal intervenção seria a produção duma fistula biliar cutanea permanente com os inconvenientes resultantes da ausencia intestinal de bilis.

Alguns autores juntam, á anastomose entero- ou gastro-biliar, a extirpação das zonas de esclerose pancreatica. Esta pancreatectomia parcial é sobretudo indicada nos casos em que a esclerose attinge o corpo ou a cauda da glandula.

Nos casos em que se hesite entre o diagnostico de pancreatite e o de cancro será ainda á fistula biliar interna que se deverá recorrer, poisque a drenagem externa dos canaes biliares tem, no caso de cancro, um valôr palliativo muito menor.

A *cholecistostomia* deve ser, pela relativa facilidade de execução, empregada nos casos graves em que o

estado do doente não permita uma intervenção demorada.

A *drenagem externa dos canaes biliares*, acompanhada ou não de *cholecistectomia*, é o processo indicado em todos os outros casos.

Se as lesões pancreaticas tiverem provocado a estenose do pyloro ou do duodeno, ás intervenções sobre as vias biliares deve juntar-se a *gastro-enterostomia*.

Nos casos de pancreatites não cholelithiasicas, as operações biliares serão substituidas por uma therapeutica que vá actuar directamente sobre o pancreas (laparotomia e drenagem ou pancreatectomia parcial se as lesões de esclerose forem muito accentuadas) e sobre a causa da infecção pancreatica (gastrectomia nos casos de ulcera do estomago, drenagem nos casos de peri-gastrite, pylorctomia ou gastro-enterostomia nos casos de lesões do pyloro, etc).

Para ser efficaz, o tratamento cirurgico das pancreatites chronicas deve ser executado na phase inicial da doença.

No periodo pré cirrhotico, anatomicamente caracterizado pela tumefacção e pela hypertrophia do parenchyma glandular, as intervenções cirurgicas descriptas terão como consequencia frequente a cura radical. Mais tarde, porém, quando a glandula fôr sede de extensas lesões de esclerose atrophica acompanhadas, por vezes, de multiplos fócos suppurados, gangrenosos e hemorragicos e de numerosas adherencias peri-pancreaticas, a therapeutica cirurgica é geralmente inefficaz.

Desde que se faça, portanto, o diagnostico de pancreatite chronica dever-se-ha recorrer á intervenção cirurgica. Esta será tanto mais simples quanto mais cedo fôr praticada.

Pancreatites chronicas

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
MAYO ROBSON (caso I).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 852.	Tumor do pancreas.	1890.	Laparotomia. Destruição de adherencias peripancreaticas.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso II).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 852.	Calculose biliar.	1891.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso III).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 852.	Calculose biliar.	1892.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica.
KÖRTE (caso I).	<i>Die Chir. Kran. kh. u. d. Verl. d. Pancreas.</i>	Pancreatite chronica.	1892.	Cholecistostomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica.
SEDLER	<i>Deut. Zeit. f. Chir.</i> , 1896, p. 338.	Carcinoma do estomago.	1892.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
KIEBEL (caso I)	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1896, n.º 1, p. 2.	Tumor do pancreas. Lithiase biliar.	1894.	Cholecistectomia. Cholecotomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção efectuada	Consequencias imediatas	Consequencias afastadas	Observações
RIEDEL (caso II).	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1896, n.º 1, p. 3.	Tumor do pancreas, Cholelithiase (?).	1895.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso IV).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853.	Cholelithiase.	1895.	Cholecistostomía, enterostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
RIEDEL (caso III).	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1896, n.º 1, p. 2.	Tumor do pancreas (?), Cholelithiase.	1895.	Choledocotomia, cholecistoduodenostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso V).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853.	Cholelithiase.	1895.	Cholecistostomía, enterostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
KÖRTE (caso II).	<i>Die Chir. Kranke, und d. Verh. des Pankreas</i> , 1898, in-8, p. 205.	Kisto do pancreas (?).	1896.	Cholecistostomía, enterostomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica e degenerencia kistica do pancreas.
MAYO ROBSON (caso VI).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853.	Cholelithiase.	1896.	Cholecistostomía, enterostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso VII).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853.	Cholelithiase.	1897.	Cholecistostomía, enterostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.

GIORDANO.	Contributo alla chir. del fegato et della vie biliari, thèse Perrin, Lyon, 1902.	Cholelithiase.	1897.	Cholecistogastrostomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso VIII).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853.	Cholelithiase.	1898.	Cholecist-enterostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso IX).	<i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853.	Cholelithiase.	1898.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
JABOULAY.	<i>Lyon médical</i> , 1898, p. 345.	Tumor da cabeça do pancreas.	1898.	Cholecist-enterostomia.	—	—	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso X).	<i>Lancet</i> , 1900, II, p. 278 (caso III).	Lithiase biliar.	1898.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso XI).	<i>Lancet</i> , 1900, II, p. 298 (caso II); <i>Lancet</i> , 1904, 26 março, p. 853 (caso IX).	Lithiase biliar.	1898.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
BOLROFF.	<i>Kirurgia</i> , Moscou, 1899, n.º 28, p. 349.	—	1899.	Laparotomia (?).	—	Cura.	Pancreatite chronica.
MAYO ROBSON (caso XII).	<i>Lancet</i> , 1900, II, p. 239 (caso VI).	Lithiase biliar.	1899.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chronica.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
MAYO ROBSON (caso XIII).	<i>Lancet</i> , 1900, II, p. 239 (caso IV).	Lithiase biliar.	1899.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite crônica. Calculose biliar.
MAYO ROBSON (caso XIV).	<i>Lancet</i> , 1900, II, p. 233-240 (caso VII).	Lithiase biliar.	1899.	Cholecistostomia.	Recidiva.	Morte.	Pancreatite crônica. Calculos do choledeco.
MAYO ROBSON (caso XV).	<i>Lancet</i> , 1900, II, p. 239 (caso V).	Lithiase biliar.	1899.	Cholecistomy.	—	Cura.	Pancreatite crônica.
KERR (caso I).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 181.	Lithiase biliar.	1899.	Cholecistectomy.	—	Cura.	Pancreatite crônica com calculos biliares.
KERR (caso II).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 181.	Cholecistite aguda.	1900.	Cysticotomy. Cholecistostomy.	—	Cura.	Pancreatite crônica.
KERR (caso III).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 183.	Cholecistite recidivante.	1900.	Cholecistectomy. Drainagem do hepatico.	—	Cura.	Pancreatite crônica com calculos da vesícula.
KERR (caso IV).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 184.	Lithiase biliar.	1900.	Cholecistectomy. Drainagem do hepatico.	—	Cura.	Pancreatite crônica com calculos do choledeco.

MAYO RONSON (caso XVI).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 169.	Calculos biliar- res. Pancrea- tite chronica.	1900.	Cholecistostomia. Extra- cção de cal- culos biliar- res.	—	Morte.	Pancreatite chro- nica.
MAYO RONSON (caso XVII).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 178.	Pancreatite chronica (?).	1900.	Cholecistostomia.	Fistula per- sistente.	Cholecistostomia para curar a fistula. Cura.	Pancreatite chro- nica.
OWEN (caso I).	<i>Brit. Med. Jour- nal</i> , 1902, II, p. 1310 (caso II).	Lithiase biliar (?).	1901.	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite chro- nica.
MAYO RONSON (caso XVIII).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 179.	Pancreatite chronica.	1901.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chro- nica.
PAUL DELBET.	<i>Congrès fran- çais de Chir.</i> , 1902, p. 520.	Obstrucção cal- culosa do cho- ledoco.	1901.	Laparotomia. Macaagem da vesicula.	—	Cura.	Pancreatite chro- nica.
OWEN (caso II).	<i>Brit. Med. Jour- nal</i> , 1902, II, p. 1310 (caso I).	—	1901.	Drenagem.	—	Cura.	Pancreatite chro- nica.
MAYO RONSON (caso I a IV).	<i>J. Am. Med. As- soc.</i> , 1902, p. 807-809.	4 casos.	1902.	4 cholecistostomias.	—	4 curas.	Pancreatites chro- nicas.
MAYO RONSON (caso V).	<i>J. Am. Med. As- soc.</i> , 1902, p. 807.	—	1902.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite chro- nica.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
MAYO ROUSSEAU (caso VI e VII).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , 1902, p. 807.	2 casos.	1902.	2 cholecistostomias transversaes.	—	2 curas.	Pancreatites crônicas.
REYNÉS.	VILLAR, <i>Chir. de pancréas</i> , 1906, p. 242.	Tumor pancreático (?).	1902.	Pancreatotomia média.	—	Cura.	Pancreatite crônica.
ESTES (W.).	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , 1902, p. 807.	Lithiase biliar.	1902.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite crônica.
MARCY.	<i>J. Am. Med. Assoc.</i> , 1902, p. 807.	Lithiase biliar.	1902.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite crônica com calculos biliares.
GRIFFITHS (T. D.).	<i>Brit. Med. Journal</i> , 1902, II, p. 1312.	Lithiase biliar.	1902.	Cholecistostomia.	Fistula.	Cura.	Pancreatite crônica.
WALTHER (caso I).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 156.	Calculo do pancreas.	1902.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite crônica.
MOYNTHAN	<i>Lancet</i> , 1903, 6 junho, p. 1576.	Calculos biliares.	1903.	Cholecistostomia.	—	Cura.	Pancreatite crônica.
F. TERRIER.	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 153.	Cholecistite calculosa.	1903.	Cholecistostomia.	Morte.	—	Pancreatite crônica.

WALTER, (caso II).	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 159.	Lithiase biliar.	1903.	Cholecistostomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica.
TIETZE (caso I e II).	<i>Assoc. siles. p. av. sc</i> , 1904, <i>Presse médicale</i> , 1904, 31 dez., p. 830.	2 casos de pancreatite chronica.	1904.	2 cholecistostomias enterostomias	2 mortes.	2 curas.	Pancreatites chronicas.
GOSSET.	A. Desjardins, thèse, Paris, 1905, p. 163.	Calculo do chodoco.	1904.	Cholecistectomia. Pancreatotomia parcial.	—	Cura.	Pancreatite chronica.
BARTH.	<i>XXXIII^e Congrès de la Société allem. chir.</i> , 1904.	Lithiase biliar.	—	Pancreatotomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica.
Prof. CUSTODIO CABEÇA.	DR. REYNALDO DOS SANTOS, <i>Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas</i> , 1906, p. 198.	Tumor do pancreas.	1904.	Laparotomia.	—	—	Pancreatite chronica.
DR. REYNALDO DOS SANTOS.	<i>Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas</i> , Lisboa, 1906, p. 276.	Estenose pylorica ou duodenal com ulcerção.	1906.	Gastroenterostomia trans-mesocolica posterior.	Dyspneia, tosse, etc.	Morte.	Pancreatite chronica com estenose duodenal.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção efectuada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
Prof. FRANCISCO GENTIL.	DR. ALVARO DE MATTOS, <i>Lithiase biliar</i> , Coimbra, 1910, vol. I, p. 94.	Lithiase biliar.	1906.	Cistostomia e drenagem do hepático.	Morte.	—	Pancreatite crônica. Cholecistite crônica e angiocholite.
Prof. CUSTODIO CABEÇA.	DR. ALVARO DE MATTOS, <i>Lithiase biliar</i> , vol. I, p. 96.	Esclerose da cabeça do pâncreas.	1907.	Cholecistostomia e drenagem.	—	Cura.	—

Tratamento da tuberculose do pancreas

O tratamento cirurgico da tuberculose pancreatica raras vezes poderá ser applicado, poisque, na maioria dos casos, se trata de doentes attingidos de tuberculose pulmonar, intestinal ou peritoneal já adeantada e que nada lucrariam com uma intervenção cirurgica sobre o pancreas.

Nos casos raros, porém, de tuberculose primitiva do pancreas, ou de tuberculose secundaria e originada por lesões de pequena gravidade, dever-se-ha recorrer á intervenção cirurgica.

O processo a applicar depende essencialmente da fôrma e da séde das lesões. As cavernas e os abcessos serão tratados pela evacuação e pela drenagem. Se estiverem localizados na cauda ou no corpo da glandula, poder-se-ha recorrer á pancreatectomia parcial.

Os tuberculomas (caso de SENDLER) serão tratados pela extirpação.

Tratamento dos calculos do pancreas

Cedendo, por vezes, ao simples tratamento medico, os calculos do pancreas reclamam geralmente, pelas intensas perturbações que occasionam (febre, dôr epigastrica, phenomenos pancreaticos), uma intervenção cirurgica immediata.

Os processos operatorios a que se tem recorrido são a *pancreaticotomia*, a *pancreaticostomia* e a *pancreatico-enterostomia* ou *pancreatico-gastrostomia*.

Ha duas variedades de *pancreaticotomia*: a *pancreaticotomia simples* e a *pancreaticotomia transduodenal*.

A *pancreaticotomia simples*, executada pela primeira vez em 1898 por PREVITT, tem sido posteriormente praticada por MAYO ROBSON, KEHR, SISANTI e outros.

Desde que, por uma exploração minuciosa do pancreas, se tenha reconhecido a presença dum calculo num dos canaes excretores, pratica-se uma incisão longitudinal sobre a parede canalicular até attingir a concreção pancreatica (1). Procede-se então á extração do calculo e termina-se a operação por uma *pancreaticorrhaphia* (sutura da solução de continuidade do canal pancreatico).

Alguns autores aconselham a que se faça a incisão na porção do canal immediatamente situada acima ou abaixo do calculo. Outros preferem a incisão feita na porção correspondente ao calculo.

Os fios de sutura não devem penetrar na face interna da parede canalicular.

Depois de extrair o calculo é conveniente praticar o catheterismo pancreatico. Poder-se ha verificar assim a existencia de novos calculos que tenham passado despercebidos á simples palpação.

A *pancreaticotomia transduodenal*, applicada aos calculos pancreaticos situados nas proximidades da empola de VATER, tem sido executada por PEARCE GOULD, DALZIEL, MOYNIHAN, MAYO ROBSON e muitos outros.

(1) Antes de fazer a incisão convém, para evitar o deslocamento do calculo, fixá-lo com a pinça de MONPROFIT.

A technica operatoria resume-se no seguinte: incisão longitudinal da parede anterior do duodeno (Kocher prefere a incisão transversal), incisão da empola de Vater (papillotomia duodenal), dilatação do esfincter vateriano, extracção do calculo e sutura da solução de continuidade intestinal.

Nos casos de calculos inacessiveis ou impossiveis de extrair poder-se-ha recorrer á *pancreaticostomia* (fistula pancreatica externa) ou á *pancreatico-enterostomia* ou *pancreatico-gastrostomia* (fistula pancreatica interna).

A *pancreaticostomia*, que julgo não ter sido ainda executada (1), é uma operação que deverá ser rejeitada ou a que só se deverá recorrer nos casos em que seja impossivel estabelecer uma fistula pancreatica interna.

Mais racional é certamente a *pancreatico-enterostomia*, já executada com verdadeiro successo por diversos autores.

VILLAR descreve dois processos de pancreatico-enterostomia: *reunião e sutura* ou *puncção e drenagem do canal pancreatico e do intestino*.

O primeiro processo, a que mais frequentemente se deverá recorrer, póde assim resumir-se: destruição das adherencias peri-pancreaticas e peri-intestinaes; exploração minuciosa do canal pancreatico e incisão da sua parede na região immediatamente situada acima do calculo; anastomose latero-lateral ou termino-late-

(1) A *pancreaticostomia* é o processo a que frequentemente se recorre nos laboratorios para as analyses do succo pancreatico.

ral pancreatico-duodenal — *pancreatico-duodenostomia* — ou pancreatico-jejunal — *pancreatico-jejunostomia*.

Quando o intestino estiver completamente envolvido por adherencias irreductiveis, poder-se-ha fazer a anastomose do canal pancreatico com o estomago — *pancreatico-gastrostomia*.

O segundo processo — *punção e drenagem pancreatico-intestinal* — foi preconizado por NIMIER.

A sua technica é relativamente simples. Faz-se uma incisão na parede anterior do duodeno e, pela abertura assim constituida, puncciona-se a glandula pancreatica na região correspondente á dilatação canalicular; termina-se a operação collocando um dreño na solução de continuidade pancreatico-intestinal e que irá assegurar o escoamento do succo glandular.

Calculos pancreaticos

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
L. CAPPARELLI.	<i>Il Policlinico</i> , 1896, p. 42	Phlegmão da parede abdominal.	1876.	Incisão do phlegmão abdominal. Ex-tracção de varios calculos contidos na collecção purulenta.	—	Cura.	Calculos pancreaticos (?). Phlegmão da parede.
F. WEIR.	<i>Med. Record</i> , 23 dezembro 1893, p. 803.	Tumefacção epigastrica.	1888.	Laparotomia. Incisão dum kisto pancreatico. Drenagem.	—	Cura.	Kisto pancreatico resultante da obstrucção calculosa do Wirsung. Numerosos calculos pancreaticos.
KUMMELL.	<i>C. f. Chir.</i> , 1896, p. 985, n.º 42.	Lithiase biliar.	1896.	Laparotomia.	Morte.	—	Pancreatite chronica. Calculos pancreaticos.
KÖRTE.	<i>C. f. Chir.</i> , 1896, p. 986, n.º 42.	Lithiase biliar.	1896.	Laparotomia.	Morte.	—	Calculos do canal pancreatico.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
PREVITT.	<i>J. of the Amer. Med. Assoc.</i> , 1898, 7 maio, p. 1108.	Tumor abdominal.	1898.	Laparotomia. Pancreatotomia. Extração dum calculo.	Fistula.	Cura.	Calculos do pancreas.
PEARCE GOULD.	<i>Clin. Soc. of London</i> , 1298, 9 dezembro.	Lithiase biliar.	1898.	Laparotomia. Pancreatoduodenotomia. Extração dum calculo da porção terminal do Wirsung.	Morte.	—	Calculos do pancreas. Cholecistite. Kisto hydatidico do figado.
DALZIEL.	<i>Brit. med. Journal</i> , 1902, II, p. 1312.	—	1902.	Pancreatotomia transduodenal. Extração dum calculo pancreatico.	—	Cura.	Calculos do canal pancreatico.
LISANTI.	<i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903.	—	1903.	Pancreatotomia com sutura.	—	Cura.	Calculos do canal pancreatico.
LEICHTENSTERN.	<i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903, p. 383.	Lithiase biliar.	1903.	Laparotomia.	Recidiva. Nova laparotomia.	Morte.	Calculos do Wirsung. Abscessos pancreaticos.

MOYNIHAN.	<i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903.	Calculos biliares.	1903.	Pancreaticotomia transduodenal.	—	Cura.	Calculos do canal pancreatico.
ALLEN.	<i>Ann. of Surg.</i> , 1903, p. 741.	?	1903?	Extracção de dois calculos contidos no interior dum kisto hepato-gastrico.	Morte.	—	Calculos do pancreas.
MAYO ROUSOX.	<i>Lancet</i> , 1904, 2 abril, p. 913.	?	1903.	Extracção de um calculo do canal de SANTORINI por simples incisão canalicular. Extracção de dois calculos do canal de Winsow por incisão duodenal e papilotomia; extracção dum outro calculo do Winsow por simples pancreaticotomia.	—	Cura.	Calculos do canal pancreatico.

Tratamento dos tumores do pancreas

Adoptando uma orientação analoga á do estudo clinico dos tumores do pancreas, descreverei separadamente o tratamento dos kistos e dos tumores solidos.

a) Tratamento dos kistos

O diagnostico de kisto do pancreas impõe uma intervenção cirurgica immediata. Com effeito, a gravidade das complicações que frequentemente se observam durante a sua evolução e que resultam da formação de adherencias, do desenvolvimento excessivo do tumor, de possiveis modificações anatomo-pathologicas (hemorragia intra-kistica, suppuração, gangrena, etc.) e da suppressão das funções pancreaticas, são razões que poderosamente depõem em favor duma intervenção cirurgica urgente.

Os processos cirurgicos a que se tem recorrido, nos casos de kistos glandulares, são a *puncção*, a *extirpação total* e a *marsupialização*.

A *puncção*, ou seja simples ou seguida de aspiração, deve ser completamente abandonada, porque póde occasionar a ruptura de vasos sanguineos que irrigam o tumor, a perfuração do estomago ou do intestino, ou, se o conteúdo do kisto fôr septico, uma peritonite aguda rapidamente mortal.

A *extirpação total* é, indubitavelmente, o processo cirurgico ideal, porque supprime completamente o tumor e evita as complicações que possam resultar da

persistencia duma fistula — facto que frequentes vezes se observa na marsupialização — ou da transformação epitheliomatoza do kisto.

Depois de abrir a cavidade abdominal quer na linha media quer um pouco fóra do bordo externo do grande recto, secciona-se o epiploon gastro-colico ou gastro-hepatico e attinge-se o tumor que está coberto pelo folheto peritoneal parietal posterior. Secciona-se este folheto e, lentamente, progressivamente, dissecase o kisto, descollando as adherencias que o ligam aos órgãos vizinhos.

Evâcua-se, por punção, o conteúdo kistico e termina-se a operação seccionando o pediculo que está geralmente implantado na cauda do pancreas e suturando o folheto peritoneal parietal posterior e a solução de continuidade da parede anterior do abdomen.

Tal é, em resumo, a technica a seguir para fazer a extirpação total dos kistos pancreaticos.

Infelizmente, porém, tal processo de tratamento nem sempre é praticavel, poisque o tumor pode estar intimamente ligado aos órgãos vizinhos por adherencias extensas e irreductiveis.

Nestes casos recorrer-se-ha então á *marsupialização* que, não tendo as vantagens da extirpação total, tem dado todavia excellentes resultados.

THIERSCH, KULESKAMPPF, BULL e outros teem recorrido á *marsupialização em dois tempos*: fixação do kisto á parede anterior do abdomen e abertura da cavidade kistica alguns dias depois.

Este processo, hoje completamente abandonado, foi substituido pela *marsupialização em um tempo*, cuja technica pôde assim resumir-se: laparotomia anterior

ou lateral; secção do epiploon e do peritoneo parietal posterior; pancreato-kistostomia (incisão do kisto pancreatico); sutura da solução de continuidade da parede do kisto á parede anterior do abdomen; drenagem.

Nos casos de kistos muito volumosos deverá juntar-se á marsupialização a resecção parcial da bolsa kistica.

Kistos glandulares
Operação em 2 tempos

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
THIERSCH.	<i>Berl. klin. Woch.</i> , 1881, XVIII, n.º 40, p. 591.	Abscesso da parede abdominal.	1879	Laparotomia. Incisão em 2 tempos.	Fistula.	Cura (?).	Kisto da cauda do pancreas.
ANNANDALE.	<i>Brit. med. J.</i> , Londres, 8 jun. 1889, I, p. 1291.	Kisto do mesenterio, da cavidade posterior dos epiploons ou do pancreas.	1886	Laparotomia; sutura do kisto á parede abdominal. Incisão do kisto um dia depois.	"	Cura.	Kisto do pancreas.
STEELE.	<i>The Chicago med. J. and Exam.</i> , abril, 1888; <i>Archiv. gen. med.</i> , 1888.	Kisto do peritoneo.	1886	Laparotomia; sutura do kisto á parede abdominal. Incisão do kisto alguns dias depois.	—	"	"
SUBBOTICH.	<i>Wien. allg. med. Zeit.</i> , 1887, n.º 23 et 24, XXXII, p. 279.	Kisto do pancreas.	1887	Laparotomia. Marsupialização.	—	"	"

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
BULL.	<i>New York med. Journ.</i> , 1887, p. 376-378.	»	1887	Laparotomia; sutura do kisto á parede abdominal. Incisão sete dias depois.	Fistula.	Morte.	Kisto do pancreas.
ALBERT.	SCHRODER, <i>Diss.</i> , Breslau, 1892.	Kisto do abdo. men.	1888	Laparotomia; sutura do kisto á parede abdominal. Incisão quatro dias depois.	»	Cura.	»
ALBERT.	SCHRODER, <i>Diss.</i> , Breslau, 1892.	Fibromyoma uterino.	1888	Laparotomia. Incisão tres dias depois.	»	»	»
BRAMAN.	HINRICHS, <i>Diss. inaug.</i> , Berlim, 1889.	Kisto do baço.	1888	»	—	»	»
NICOLADONI.	FINOTTI, <i>Wien. klin. Woch.</i> , 1896, n.º 15.	Tumor do abdomen.	1892	Laparotomia. Incisão cinco dias depois.	Fistula.	»	»
KRASKE.	TILTON, <i>Diss.</i> , Freib., 1893.	Kisto do pancreas.	1893	»	—	»	»

HALSTED.	KÖRTE, <i>Die Chir. Krankh. u. d. Verl. d. Pancreas</i> , 1898, p. 116 (n.º 103).	1893	Laparotomia lateral. Incisão 24 horas depois.	—	Cura com fistula.	»
RUPPRECHT.	DREYZEHNER, <i>Arch. f. klin. Chir.</i> , 1895, Bd. 70, p. 261.	1894	Tumor do rim ou kisto do pancreas.	—	Cura.	»
FINOTTI.	Wien, <i>klin. Woch.</i> , 1896, n.º 15.	1895	Tumor periumbilical.	—	Cura com fistula.	»
Operação em um tempo						
ROKITANSKY.	ZUKOWSKY, <i>Wi-en. med. Presse</i> , 1881, n.º 45.	1881	Kisto do ovário.	Morte.	—	Kisto da cauda do pancreas. Peritonite.
GUSSENBAUER.	<i>Arch. f. klin. Chir.</i> , 1883, XXIX, p. 335.	1882	Kisto do pancreas ou das capsulas supra-renaes.	Eczema.	Cura.	Kisto do pancreas.
Ogston (d'Aberdem).	KÖRTE, <i>Die Chir. Krankh. u. d. Verl. d. Pancreas</i> , 1898, p. 118 (n.º 9).	1884	—	Morte.	—	»

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervençao effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
THEIBURG.	<i>Chir. Westn.</i> , 1888, p. 539.	Kisto hydatico do figado.	1885	Laparotomia. Incisão do kisto. Drenagem.	Eczema.	Cura.	Kisto do pancreas.
AHLFELD.	KOATZ, Oper. Pankr. Cyst. Diss. <i>Marbourg.</i> , 1886, These Tulasne, 1899.	Kisto do ovario.	1886	"	—	Morte.	Kisto da cauda do pancreas. Peritonite.
HABN.	KRAMER, C. J. <i>Chir.</i> , 1886, p. 23.	Kisto hydatico do figado.	1886	"	Fistula.	Cura.	Kisto do pancreas.
LINDNER.	<i>Zeit. Min. Rundschau</i> , 1889, n.º 8, in Henricus.	Kisto do pancreas.	1886	"	—	"	"
HELPERICH.	ZIELSTORFF. These, Greifswald, 1887.	Kisto do mesenterio.	1886	"	—	"	"
WITZEL.	C. J. <i>Chir.</i> , 1887, n.º 1. LUDOLPH, These, Bonn, 1890.	Kisto do pancreas.	1887	Laparotomia. Marsupialização.	Fistula.	"	"

WÜLFER.	<i>Zeit. f. Heilk.</i> , 1888, n.º 9, p. 119.	»	1887	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	»	»
PEARCE GOULD (caso I).	<i>Lancet</i> , 1891, II, p. 290. These Tulasne.	—	1887	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem lombar.	Fistula.	Cura com fistula.	»
SPRINGSFELD.	LUDOLPH, <i>Diss.</i> <i>inaug.</i> , Bonn, 1890.	Kisto do pancreas.	1887	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	Cura.	»
KOCHER.	LARDY, <i>Corr. f. schweiz. Ärzte</i> , 1888, p. 279.	»	1887	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	»	»
MADELUNG.	DIECKHOFF, <i>Beit. z. an. pathol. d. Pankreas</i> . Leipzig, 1895, p. 79.	—	1888	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Cura.	Morte em 1893 de ascite e edemas.	»
TREMAINE.	<i>Trans of the Am. Surg. Assoc.</i> , 1888, vol. VI, agosto, p. 557-559.	Kisto do pancreas.	1888	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	Cura.	»
MIKULICZ (caso I).	SCHRAEDER, <i>Diss. Breslau</i> , 1892 (caso I).	»	1888	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	»	»

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
TRÉVES.	<i>Lancet</i> , 1890, II, p. 665.	—	1888	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	Fistula.	Cura.	Kisto do pancreas.
OSCHNER.	PARKES, <i>Arch. f. klin. Chir.</i> , 1889 Bd. 39, p. 446.	—	1888	Laparotomia lateral. Incisão. Drenagem.	—	»	»
PAGESTECHER (Elberfeld).	KÖRTE, <i>Die Chir. Krankh. u. die Verh. d. Pancreas</i> , 1898, p. 118 (n.º 92).	Kisto do pancreas.	1888	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Fistula.	»	»
SCHÖNBORN.	PETRYKOWSKI, <i>Diss. inaug.</i> , Wurzburg, 1889.	—	1889	Laparotomia. Marsupialização.	—	»	»
KARESKI (caso I)	<i>Deut. med. Woch.</i> , n.º 46-47, 1890.	Kisto do pancreas.	1889	Laparotomia lateral. Fixação do kisto á parede anterior do abdomen. Incisão. Drenagem.	Eczema.	»	»

Pitt e JACOBSON.	<i>Medico-chir. Trans.</i> , 1891, vol. 124, p. 454.	"	1889	Laparotomia. Marsupiali- zação.	"	"	"	"	"
ZAWADZI (J.).	<i>Trans. from, Gaz. Lok., Ma- rszawa</i> , 1890, in <i>Lancet</i> , 1891, 21 abril, p. 948, (Nimier, 1893).	"	1890	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Drena- gem.	"	—	—	"	"
HANS (Berlim) (caso I)	KÖRTE. <i>Die Chir. Krankheit. und die Verl. der Pancreas</i> , 1898, p. 116, n.º 83.	"	1890	Laparotomia. Marsupiali- zação. Drenagem.	"	—	—	"	"
FILIPPOV.	<i>Chir. Westn., ja- neiro</i> , 1890, <i>St. Pet. Med. Woch.</i> , 1890, n.º 9.	"	1890	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Drena- gem.	"	Fistula.	"	"	"
KAMESKI (caso II).	<i>Deut. med. Woch.</i> 1890, n.º 46 e 47.	"	1890	Laparotomia lateral. Inci- são. Sutura.	"	Eczema.	"	"	"
REGNER.	<i>Berl. klin. Woch.</i> 1890, n.º 42.	"	1890	Laparotomia. Fixação do kisto á pare- de abdomi- nal. Incisão. Drenagem.	"	"	"	"	"

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
MALTHÉ CHRISTIANA (caso I).	KÖRTE, <i>Die Chir. Krankh. u. d. Verh. d. Pankreas</i> , 1898, p. 117, n.º 112.	—	1890	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem lombar.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
HARTMANN.	<i>Congrès franç de Chir.</i> , 1891, p. 618.	Tumor abdominal.	1890	Laparotomia. Incisão. Sutura. Drenagem.	—	Morte.	Kisto do pancreas. Nucleos cancerosos no figado.
RICHARDSON.	<i>Bost. med. a. surg. Journal</i> , 1891, vol. 124, p. 111.	Kisto do pancreas.	1890	»	Fistula.	Morte por occlusão intestinal.	Kisto do pancreas.
D. HAYES AGNEW.	<i>Univ. med. Magaz.</i> , maio de 1890, p. 169.	—	1891	Laparotomia. Incisão. Sutura.	—	Cura.	»
PEARCE GOULD (caso II)	<i>Lancet</i> , 1891, II, p. 290.	Tumor do pancreas (?).	1891	Laparotomia. Marsupialização.	—	»	»
RYDYGIER (Cracovie).	KÖRTE, <i>Die chir. Krankh. u. d. V. d. Pankreas</i> , 1898, p. 118, n.º 93.	Kisto do pancreas ou do mesenterio.	1891	»	Fistula.	»	»

SCHWARTZ.	<i>Sem. méd.</i> , 1893, Junho, p. 281.	Kisto retro-peritoneal ou pancreatico.	1891	Laparotomia. Incisão. Sutura. Drenagem.	"	"	"
LINDT (caso I)	<i>Hygiea</i> , 1892.	—	1891	Laparotomia. Marsupialização.	"	"	"
THOREN (caso I).	<i>Eira</i> , 1893, p. 99.	Kisto do pancreas.	1891	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	"	"
TRENDELENBURG.	STAPPER. <i>Diss.</i> . Bonn, 1892.	—	1891	Laparotomia. Marsupialização.	Fistula.	"	"
RICHARDSON e MUNFORD.	<i>Bost. Med. a. s. Journ.</i> , 1892, vol. 126, p. 87. These TULASNE, p. 136.	—	1891	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	"	"	"
VOX HACKER.	HERSCHE, <i>Wien. Klin. Woch.</i> , 1892, n.º 51, p. 727-730.	Kisto do ovario.	1891	Laparotomia. Marsupialização.	"	"	"
SCHITZLER.	<i>Int. klin. Rundsch.</i> , 1893, n.º 5.	Kisto do epiploon.	1891	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Marsupialização.	"	"	"

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
VON ESSELSBERG.	LAZARUS, <i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903 p. 161.	Kisto do pancreas.	1891	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
HULKE.	<i>Lancet</i> , 3 dez., 1892, p. 1273, Thèse FULASSE p. 134.	Tumor abdominal. Tumor minimal.	1892	Laparotomia. Marsupialização.	Morte.	—	»
TROMBETTA.	<i>Arch. ed. atti d. Sanita ital. de chir.</i> , 1892.	Kisto do baço.	1892	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Drenagem.	Fistula.	Cura.	»
SWAIN.	V. DURAND, <i>Thèse</i> , 1895, p. 98. <i>Brit. med.</i> , 7, 1893, I, p. 456.	—	1892	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	»	»
ALBERT.	<i>Wien. Med. Press.</i> , 21 nov., 1892. (NIMIER, 1893).	—	1892	Laparotomia lateral. Resecção parcial do kisto. Drenagem.	Fistula.	»	»
KÖRTE (caso I).	<i>Die chir. Krankh. u. d. Verl. d.</i>	Kisto do pancreas.	1892	Laparotomia. Marsupialização.	»	»	»

MARTIN e MORISON	<i>Pancreas</i> , 1898, p. 114 (caso I). <i>Edimb. med. J.</i> , 1894, vol. 37, p. 35.	Peritonite en- kistada.	1892	Laparotomia. Marsupiali- zação. Dre- nagem.	—	»	»
LINDT. (caso II)	<i>Hygiea</i> , 1892.	Oclusão intes- tinal.	1892	»	Fistula.	»	»
RICHARDSON.	These Bas, Ly- on, 1897, p. 49.	—	1892	Laparotomia. Marsupiali- zação.	—	Morte.	»
KÖRTE (Amsterdam)	<i>Körte, Die chir. Krankh., d. Pancreas</i> , 1898, p. 117 (n.º 85).	Hernia estran- gulada (?).	1892	Laparotomia. Marsupiali- zação. Dre- nagem.	Fistula.	Cura.	»
SCHMID (Stettin)	SCHALA, <i>Dissert. Greipm.</i> , 1892.	Kisto do pan- creas.	1892	»	—	»	»
FLAISCHEN.	<i>Zeit. f. Geb. und Gyneck.</i> , 1893, Bd. XXVII, H. I, p. 93.	Hydronephro- se ou kisto do pancreas.	1892	»	—	»	»
KÖRTE (caso II).	<i>Die chir Krankh.</i> 1898, p. 115 (caso II).	Kisto do pan- creas.	1892	»	—	»	»
EMMET.	GIFFEN, <i>Med. News</i> , 1893, LXII, p. 626.	»	1893	Laparotomia. Incisão. Dre- nagem.	—	»	»

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
MAYO,	<i>New York Med. Record</i> , 10 fev. 1891.	Kisto do pancreas.	1893	Laparotomia. Marsupialização.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
CHURTON.	<i>Tr. Clin. Soc. Lond.</i> , 1893-94 XXVII, 245-252.	"	1893	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	"	"
RAVE.	<i>Ann. of Surg.</i> , 1893.	Tumor abdominal.	1893	Laparotomia. Marsupialização.	—	"	"
DURANTE.	<i>Ital. chir. Cong.</i> Rome, 1893.	"	1893	"	Morte.	—	"
TRICOMI.	<i>Boll. della clin. Milano</i> , 1894. XI, p. 45.	Kisto do pancreas.	1893	"	Fistula.	Cura.	"
ASHHORST.	<i>Med. News</i> , 1894, vol. 64, p. 377.	Kisto hydatico do figado.	1893	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	"	"
GUSSEBAUER.	<i>Prag. med. Woch.</i> 1894, n.º 2.	Kisto do pancreas.	1893	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	"	"

WEIR (caso II).	<i>Medical Record</i> , 23 dez. 1893, p. 801.	Cholelithiase.	1893	Laparotomia. Cholecistotomia. Incisão. Drenagem.	—	Morte.	Kisto do pancreas. Carcinoma da em- pola de Vater.
GEISENBATER.	<i>Prag. med. Woch.</i> 18 jan. 1894, p. 27.	Tumor abdo- minal.	1893	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	—	Kisto do pancreas.
LANSDOWN.	FISCHER, <i>Brit.</i> <i>m J.</i> , 15 dez. 1894.	"	1894	"	—	Cura.	"
RICHARDSON.	<i>Bost. med. a.</i> <i>surg. Journ.</i> , 21 março 1895.	Kisto do pan- creas.	1895	Laparotomia. Marsupiali- zação. Drenagem.	Fistula.	"	"
KELLY.	RAMSAY, <i>Ann. of</i> <i>Surg.</i> , dez. 1895, XXII, 771-776.	Tumor abdo- minal.	1895	"	—	"	"
HERMANN.	<i>Deut. milit. Zeits.</i> 1896, H. 1. C. <i>f. chir.</i> , 1895, n.º 8.	Kisto do figado	1895	"	Eczema. Fis- tula.	"	"
TORIN	<i>Med. Press and</i> <i>Circular</i> , 1895, 17 julho.	Oclusão intes- tinal.	1895	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Drenagem.	—	"	"

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
MALTHÉ (caso II).	<i>Congrès des chir. du Nord</i> , 1895 (2 casos).	Kisto do pancreas.	1895	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
HERZEL.	<i>Pest. méd. chir. Presse</i> , 1894, p. 473. <i>Orvosítéletolop</i> , 1895, n.º 37.	»	1895	»	—	»	»
RICHARD.	<i>Presse Médicale</i> 1895, p. 254.	Kisto hydatico do baço.	1895	Laparotomia. Marsupialização.	Fistula.	»	»
TURNER.	HOLMES, <i>Brit. med. J.</i> , 1895, p. 68.	Oclusão intestinal.	1895	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	»	»
POPERT (Sicschen).	KÖRTE, <i>Die chir. Krankh. d. pancreas</i> , 1898, p. 119.	Kisto do pancreas.	1895	Laparotomia. Incisão Drenagem.	Fistula.	»	»
HAHN (caso II).	KÖRTE, <i>Die chir. Krankh. d. pancreas</i> , 1898, p. 116, n.º 84.	»	1895	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	»	»

MIKULICZ (caso II).	TAKAYASU (M.). <i>Inaug. Diss.</i> , Breslau, 1898.	"	1895	"	—	"	"
TILLAUX.	TULASNE, These, Paris, 1899, <i>Traité de chir.</i> , t. II, n.º 171.	Kisto hydatico do figado (?).	1895 (?)	"	Fistula.	"	"
THOREN (A. V.) (caso II).	<i>Hygiea</i> , 1-96, LVIII, p. 315.	—	1896	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Drena- gem.	—	—	"
MIKULICZ (caso III).	TAKAYASU (M.). <i>Diss. Inaug.</i> , Breslau, 1898.	Tumor retro- peritoneal.	1896	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Marsu- pialização.	Fistula.	Cura.	"
HULKE.	<i>Ungar. med.</i> <i>Presse</i> , 1897, II p. 1047.	Kisto do pan- creas.	1897	Laparotomia. Incisão.	—	"	"
ALBAN, DORAN.	<i>Brit. Med. J.</i> , 18 dez. 1897, II, p. 1779.	Tumor abdo- minal.	1897	Laparotomia. Incisão. Dre- nagem.	—	"	"
VALLAS	CADE et Jour- DANET, <i>Prov.</i> <i>medicale</i> , 1898, p. 129.	Tumor da pa- rede abdomi- nal.	1897	Laparotomia. Marsupiali- zação.	—	Morte.	"

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências adiadas	Observações
EAGLESON (J.-B.).	<i>J. Am. Med. As.</i> , 1899, p. 1588-1589.	Tumor do rim.	1897	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
RANDALL.	<i>Lancet</i> , Lond., 1898, II, p. 1702.	—	1898	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	—	»	»
JABOULAT.	PALASSE, <i>Lyon Méd.</i> , 1903, p. 296.	Kisto do pancreas (?).	1898	Laparotomia. Marsupialização.	—	»	»
MIKULICZ (caso IV).	TAKAYASHI, <i>Diss. Inaug.</i> , 1898.	Kisto do pancreas.	1898	Laparotomia. Incisão.	—	»	»
PAYR (E.).	<i>Wiener Klin. Woch.</i> , 1898, XI, 629-634.	»	1898	Laparotomia. Marsupialização.	—	»	»
KSIATKOWSKI.	LAZARUS, <i>Zeit. f. klin. med.</i> , 1903, p. 162.	Cholelithiase.	1898	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Fistula.	»	»
GANGOLPHE (caso I).	BERTRAND, these LYON, 1901, p. 68-70.	Kisto do baço.	1898	Laparotomia lateral. Marsupialização.	»	»	»

MORESTIN.	TULASNE, these Paris, 1899, p. 53.	Kisto hydatico do figado.	1898	Laparotomia. Marsupializaçao. Drenagem.	—	»	»
GANGOLPHE (caso II).	BERTRAND, these Lyon, 1901. p. 67-68.	Hydronephrose.	1899	Laparotomia. Marsupializaçao.	—	»	»
BÉARD (caso I).	Soc. des Sc. méd. de Lyon, 1899, 20 dez. <i>Lyon médical</i> , 1900, p. 94.	Kisto do pâncreas.	1899	»	—	»	»
POLLARD (casos I, II, III).	<i>Brit. Med. J.</i> , 1899, I, 594-596.	3 casos.	1899	3 laparotomias seguidas de marsupializaçao.	—	—	»
VILLAR (de Bordeaux)	<i>Arch. prov. de chirurg.</i> , Paris, 1904, p. 428.	Kisto do pâncreas ou kisto hydatico do figado.	1899	Laparotomia. Marsupializaçao. Drenagem.	—	Cura.	»
DELAENÈRE (H.).	<i>Bull. et mém. Soc. de chir.</i> , Paris, 1900, p. 227-232; <i>Arch. prov. de Chir.</i> , 1900, n.º 7.	Kisto do pâncreas.	1899	»	—	Fistula.	»

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
BESSEL-HAGEN.	<i>Verh. d. deut. Gesell. f. chir.</i> , 1900, 683-695.	Kisto do pancreas.	1900	Laparotomia. Incisão através do estômago. Marsupialização. Drenagem.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
MICHAUX.	<i>Congrès intern. de méd. sect. chir.</i> , 1900, p. 214.	—	1900	Cholecistectomia. Incisão do kisto.	—	»	»
ISRAEL.	<i>Deut med. Woch.</i> , 1900, n.º 22. BERTRAND, the- se Lyon. 1901, p. 71.	Tumor abdominal.	1900	Laparotomia. Marsupialização.	Fistula.	»	»
RICHARD.	<i>Soc. chir.</i> , Paris, 1902, p. 102.	—	—	Resecção parcial do kisto. Marsupialização.	»	Morte alguns annos depois por generalização.	»
RICHELOT.	<i>Soc. chir.</i> , Paris, 1902, p. 101.	Kisto do pancreas.	1900	Laparotomia. Incisão transmesocolica. Drenagem.	—	Cura.	»

LABBÉ.	<i>Soc. chir.</i> , Paris, 1902, p. 102.	—	—	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Marsupialização.	Fistula.	»
SIRAUD.	BERTRAND, these Lyon, 1901, p. 78.	Hydronephrose ou kisto da cauda do pancreas.	1900	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	Fistula.	»
LEONTE.	GHICELAMIA, <i>Sptabul</i> , 1901, p. 108-112.	Kisto do pancreas.	1900	Laparotomia. Marsupialização.	—	»
MARIANI.	<i>Clin. chir.</i> , 1903, p. 800.	Kisto do rim ou do figado.	1901	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Marsupialização.	—	»
ROCHARD.	<i>Soc. chir.</i> , Paris, 29 jan. 1902, p. 98.	—	1901	Laparotomia. Marsupialização.	—	»
TUFFIER.	<i>Soc. chir.</i> , Paris, 1902, p. 102.	—	1901	»	—	»
HEFFENGER (A. C.)	<i>Ann. gyn. a ped.</i> Bost., 1902, 237-341.	Kisto da cabeça do pancreas.	1902	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	Fistula.	»
CARTHEDGE.	<i>Am. gyn. a. ped.</i> Bost., 1903, p. 14.	Kisto do pancreas.	1902	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	»	»

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
JEANNEL.	<i>Arch. méd. de Toulouse</i> , 1903.	Hydronephrose.	1902	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
LAZARUS (caso I)	<i>Zeit. f. klin. Med.</i> , 1903, p. 220 (caso II).	Tumor do abdomen.	1903	Laparotomia. Drenagem.	Morte.	—	»
LAZARUS (caso II).	<i>Id.</i> (caso III).	»	1903	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	Cura.	»
LAZARUS (caso III).	<i>Id.</i> (caso VI).	»	1903	»	Morte.	—	»
LAZARUS (caso IV).	<i>Id.</i> (caso VIII).	Tumor retroperitoneal.	1903	Laparotomia. Drenagem.	—	Cura.	»
LAZARUS (caso V).	<i>Id.</i> (caso IX).	Tumor do abdomen.	1903	Laparotomia. Marsupialização. Drenagem.	—	»	»
LAZARUS (caso VI).	<i>Id.</i> (caso X).	Tumor retroperitoneal.	1903	Laparotomia. Incisão. Drenagem.	Ictericia. Cholelécisto-ententerostomia.	»	»
BROWN.	<i>Lancet</i> , Lond., 1904, II, p. 449.	Kisto pancreatico.	1903	»	—	»	»

NEUMANN.	<i>Réun. libre chir.</i> , Berlin, 13 jun. 1904.	Pyonephrose.	1904	Laparotomia. Marsupiali- zação. Drenagem lom- bar.	—	»	»
KNOTT (V.B.).	<i>Lancet clinic</i> , Cinc., 1904, n. s, p. 627-630, <i>Presse médic.</i> , 1904, p. 773, 3 dez.	—	1904	Laparotomia. Resecção parcial do kisto. Drenagem.	—	»	»
KNOTT (V.B.).	<i>Lancet, clinic</i> , 1904, p. 627. <i>Presse médic.</i> , 1904, p. 773.	Tumor abdo- minal.	1904	»	—	»	»
MIKULICZ (casos V, VI, VII, VIII).	SCHLESINGER, <i>Les indic. des interc. chirurg.</i> 1905, t. II, p. 119. LICHWITZ et SABBAZÈS.	4 casos, 4 kis- tos do pan- creas.	1905	4 laparoto- mias com marsupiali- zação.	—	»	»
Extirpação total							
BOZEMANN.	<i>N.Y. med. Rec.</i> , 1882, XXII, 14 jan. p. 46.	Kisto do ova- rio.	1881	Extirpação do kisto.	—	Cura.	Kisto da cauda do pancreas.
BILLROTH.	SALZER, <i>Zeits. f. Heilk.</i> , 1886, VII, p. 11.	»	1885	»	Morte.	—	Kisto do corpo e da cauda do pan- creas.

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção effectuada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
RIEDEL.	<i>Arch. f. klin. Chir.</i> , 1885, XXXII, p. 994.	Kisto do ovario.	1885	Extirpação do kisto.	Morte.	—	Kisto do pancreas.
A. MARTIN.	<i>Virchow's Archiv f. path. Anat.</i> , Bd. 120, 1890. These TULASNE, p. 124.	»	1889	»	—	Cura.	»
KOSINSKI.	<i>Lancel</i> , 1891, 25 abril, p. 948.	Kisto do pancreas.	1891	»	—	»	»
ALBERT.	SCHNITZER, <i>Int. klin. Rundsch.</i> , 1893, n.º 5.	»	1891	»	—	»	»
MIKULICZ (caso I)	SCHREDER, <i>Die Breslau</i> , 1892 (NIMIER, 1893, p. 773).	»	1891	Extirpação do kisto.	—	»	»
VAN KLEEF.	DE WILDT <i>Wech. Fijad. v. Geneesk.</i> , 1892, n.º 5.	Hydronephrose.	1892	Extirpação por via lombar.	—	»	»

HEINRICIUS (caso I).	Congrès des chir. du Nord, <i>Arch. f. klin. Chir.</i> , 1897, Bd. 54, p. 389.	Tumor kistico do abdomen.	1892	Ex tirpação total.	—	»	»
SHARKEY e CLUTTON.	<i>St. Thom. Hosp. Reports</i> , 1893, vol. XXI, p. 271.	Tumor abdo- minal.	1892	»	—	»	»
GOFFEY.	<i>Amer. News</i> , 10 jun. 1893.	»	1893	»	Fistula.	»	»
SWEIFEL.	<i>C. f. Gyn.</i> , 1894, n. 21. <i>J. de Med. du Nord</i> , 24 nov. 1895, p. 543.	Kisto do pan- creas.	1894	»	—	»	»
HEINRICIUS (caso II)	<i>Cong. des chir. du Nord</i> , 1895. <i>Arch. f. klin. chir.</i> , 1897, 54 Bd., p. 391.	Tumor abdo- minal.	1895	»	—	»	»
MALTHE (caso I).	<i>Cong. des chir. du Nord</i> , 1895	Kisto do pan- creas.	1895	»	—	»	»
PONCET.	<i>CIBRET. Gaz. des Hop.</i> , 1896.	Tumor abdo- minal.	1895	»	Fistula.	»	»
VON BRACKEL.	<i>Deut. Z. f. Chir.</i> , 1898, 293-303.	Kisto do pan- creas.	1898	»	—	»	»

Autores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção efectuada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
MALTHE (caso II).	<i>Cong. des chir. du Nord</i> , 1895.	Kisto do pancreas.	1895	Extirpação total.	—	Cura.	Kisto do pancreas.
MALCOLM.	<i>Lancet</i> , I, 1898, p. 279.	»	1898	»	—	»	»
ALBERT.	KEILBER. <i>Wien. klin. Woch.</i> , 1899, n. 29.	»	1999	»	—	»	»
ISRAEL.	<i>Deut. med. Woch</i> 1900, n.º 22, BERTRAND, the- se Lyon, 1901, p. 70.	Tumor abdominal.	1900	»	—	»	»
CARTHEDGE.	<i>Ann. Gyn. et Ped.</i> 1903, p. 14.	Kisto do pancreas.	1902	»	—	»	»
MALCOLM.	<i>Lancet</i> , 1902, I, p. 588.	»	1902	»	—	»	»
MARIANI.	<i>Clin. chir.</i> , 1903, p. 810.	»	1903	»	—	»	»

DUMING (L.-H.).	<i>Am. J. of Obst.</i> , 1905, p. 101.	Hydronephro- se.	1903	»	—	»	»
LAZARUS.	<i>Zeit. f. klin. med.</i> 1903, p. 220 (caso VII).	Tumor kistico do abdomen.	1903	»	—	»	»
MIKULICZ (caso II).	Citation in Sch. <i>Les ind. d. in- ter. chir.</i> , tr. fr. SABRAZÈS e LI- CHTOWITZ, 1905, t. II, p. 119.	Kisto do pan- creas.	1905	»	—	»	»

::

*

Os kistos hydaticos do pancreas podem ser tratados pelos processos applicados aos kistos glandulares.

Poder-se-ha todavia recorrer tambem ás injeccões de formol aconselhadas por QUÉNU no tratamento dos kistos hydaticos do figado.

A technica a seguir será então a seguinte: laparotomia lateral ou mediana; punção e evacuação do kisto; injeccão intra-kistica de formol a $\frac{1}{100}$; incisão da parede do kisto; extirpação da membrana fertil, sutura e drenagem.

Kistos hydaticos do pancreas

Autores	Indicações bibliographicas	Diagnostico	Data	Intervenção realizada	Consequencias immediatas	Consequencias afastadas	Observações
PÉAN.	<i>Leçons de clinique chirurgicale</i> , Paris, 1886, p. 11+5.	Tumor liquido do mesenterio.	1883	Resecção parcial do kisto. Marsupialização.	Fistula.	Cura.	Kisto hydatico do pancreas.
RICARD.	<i>Soc. Chir.</i> , Paris, 29 janeiro, 1902, p. 102	—	1888.	Resecção parcial do kisto. Marsupialização.	—	Cura.	»
VILLAR (Bordeaux).	<i>Journal de méd de Bordeaux</i> , 1903, n.º 10 e 11, 8-15 março.	Kisto hydatico do baço.	1902.	Esplenectomia. Puncção do kisto. Sutura.	—	Cura.	»
MOKROWSKY.	<i>Runc, Med. Rundsch.</i> , Berlin, 1904, p. 655-660.	Kisto hydatico do pancreas.	1904.	Incisão do kisto. Sutura.	—	—	»
JONESCO (Bucarest).	<i>Soch. chir.</i> , Bucarest, 17 nov., 1904, <i>Zett. f. Chir.</i> , n.º 19, 1905, p. 536.	Tumor abdominal.	1904.	Incisão do kisto. Sutura.	Ictericia.	Cura.	»

Atores	Indicações bibliográficas	Diagnóstico	Data	Intervenção realizada	Consequências imediatas	Consequências afastadas	Observações
HILDEBRAND.	<i>Correspond. Blatt f. Schweiz. Aerzte.</i> 1904, Aug. 15, n.º 16, p. 539, th. LAZAR SASOYER, Bucarest, 1905.	Tumor abdo minal.	1904.	Extirpação do kisto.	—	—	Kisto hydatidico do pancreas.

b) Tratamento dos tumores solidos

O tratamento cirurgico dos tumores solidos do pancreas pôde ser *radical* ou *palliativo*.

Os methodos operatorios radicaes a que se tem recorrido são a *pancreatectomia parcial*, a *pancreatectomia total* e a *duodeno-pancreatectomia*.

A *pancreatectomia parcial*, applicada aos tumores benignos ou aos tumores malignos que não invadem a totalidade da glandula, foi executada pela primeira vez por TRENDLENBURG (1882) num caso de sarcoma da cauda do pancreas.

De execução relativamente simples quando se applica aos tumores localizados na cauda ou no corpo da glandula -- *pancreatectomia caudal ou media* --, é extremamente difficil quando o tumor attinge a cabeça -- *pancreatectomia cephalica*.

A *pancreatectomia caudal* realiza-se fazendo, successivamente, a laparotomia mediana, a secção do epiploon gastro-colico e do peritoneo parietal posterior, a destruição das adherencias que ligam o tumor aos orgãos vizinhos, a dissecção cuidadosa das arterias esplenica e pancreatica inferior (1), a secção da glandula na região correspondente á união do corpo com

(1) São as arterias esplenica e pancreatica inferior que asseguram a vitalidade do baço. A sua conservação é pois de toda a utilidade. Mas, se a existencia de adherencias peri-pancreaticas extensas e irreductiveis tornar a sua dissecção impossivel, não se deverá hesitar em as laquear; a circulação esplenica far-se-ha então pelas anastomoses dos vasos curtos com a coronaria estomachica e a vitalidade do baço não será grandemente prejudicada.

a cauda (1), a secção do ligamento pancreatico-esplênico, a sutura da solução de continuidade pancreatica, do folheto peritoneal parietal posterior e da parede abdominal e, por ultimo, a drenagem.

A technica da *pancreatectomia media* é sensivelmente analoga á da pancreatectomia caudal. Á secção da região pancreatica situada entre o corpo e a cauda juntar-se-ha unicamente a secção do isthmo. É necessario todavia ter cuidado em não ferir a aorta ou o plexo solar que estão em relação directa com a face posterior do corpo da glandula.

A *pancreatectomia cephalica* é, pela situação profunda da cabeça do pâncreas e pelas intimas relações que a ligam ao choledoco, á veia porta, á aorta, aos vasos colicos e ao plexo celiaco, incomparavelmente mais difficil de executar do que as pancreatectomias caudal e media.

VILLAR descreve duas variedades de pancreatectomia cephalica: a *pancreatectomia cephalica parcial*, applicavel aos tumores benignos facilmente enucleaveis; e a *pancreatectomia cephalica total*, recommendada nos casos de tumores malignos ou de tumores benignos occupando a totalidade da cabeça da glandula.

Na *pancreatectomia cephalica parcial* faz-se a simples enucleação do tumor e do tecido pancreatico que o envolve, tendo o cuidado de poupar o canal de WIRSUNG e o canal choledoco.

(1) Se o tumor for benigno e nitidamente limitado, poder-se-ha tentar a simples enucleação, poupando assim o tecido pancreatico. Se porém se tratar dum tumor maligno é necessario extirpar tambem o tecido pancreatico situado em torno do tumor.

Se um destes canaes for seccionado, praticar-se-ha uma simples sutura se a secção tiver sido incompleta, e uma anastomose bilio-intestinal ou pancreatico-intestinal se a secção tiver sido completa.

A *pancreatectomia cephalica total* é, pelas intimas relações existentes entre a cabeça do pancreas e o duodeno, praticamente irrealisavel. A extirpação total da cabeça da glandula pancreatica tem como consequencia necessaria a secção das arterias pancreatico-duodenaes e gastro-epiploica direita. A nutrição do duodeno ficará portanto comprometida e o resultado fatal será a gangrena.

O descollamento pancreato-duodenal, necessario para a extirpação da cabeça da glandula, dará tambem logar a lesões traumaticas graves do duodeno.

A *pancreatectomia cephalica total* é pois impraticavel, a não ser que se faça tambem a extirpação do duodeno.

Esta *duodeno-pancreatectomia cephalica*, aconselhada por SAUVÉ, tem ainda a justificá-la o facto do cancro da cabeça do pancreas invadir, na maioria dos casos, o duodeno e os ganglios peri-duodenaes.

Desde que se pense portanto em praticar uma operação radical, completa, é necessario não hesitar em fazer uma duodeno-pancreatectomia, poisque só ella poderá evitar os inconvenientes resultantes da falta de nutrição, dos traumatismos do duodeno e da reproducção do neoplasma.

Um dos maiores argumentos que se tem apresentado contra esta operação é o facto de supprimir o escoamento duodenal do succo glandular e, portanto, de privar o organismo da digestão pancreatica.

Tal facto não me parece todavia sufficiente para

rejeitar a duodeno-pancreatectomia, poisque a falta de digestão pancreatica não occasiona perturbações organicas irremediaveis.

A ptyalina, os fermentos intestinaes proteolyticos e a lipase gastrica substituem, com effeito, até certo ponto, os fermentos pancreaticos. A digestão dos albuminoides, das gorduras e das substancias amilaceas será incompleta, é certo, mas entre uma digestão incompleta ou defeituosa compativel com a vida do doente e uma reproducção do neoplasma não deverá haver hesitações.

É pois á duodeno-pancreatectomia cephalica que se deverá recorrer sempre que se deseje fazer o tratamento radical do canero da cabeça do pancreas.

Em artigo publicado em 1908, SAUVÉ descreve minuciosamente a technica desta operação.

Depois de abrir a cavidade abdominal por uma incisão mediana ou lateral, explora-se a região pancreatoduodenal. Laqueiam-se as arterias pylorica e gastroduodenal; secciona-se em seguida o pyloro e sutura-se a solução de continuidade superior resultante desta secção.

Faz-se, no peritoneo parietal posterior, uma incisão parallela ao bordo externo da segunda porção do duodeno e que, partindo da região correspondente ao pequeno epiploon vá terminar na inserção do mesocolon transverso. Introduz-se a mão pela solução de continuidade peritoneal assim constituida e, seguindo a lamina de TREITZ, descolla-se completamente o duodeno e a cabeça do pancreas dos órgãos retro-peritoneaes.

Separa-se então a face anterior do duodeno e do pancreas do peritoneo parietal posterior. Laqueiam-se

os dois ramos da arteria pancreatico-duodenal esquerda e secciona-se a terceira porção do duodeno, na região correspondente aos vasos mesentericos superiores; sutura-se a solução de continuidade do topo intestinal esquerdo resultante desta secção e descolla-se o pancreas dos vasos mesentericos.

Secciona-se o pancreas na região correspondente ao isthmo e termina-se a operação pela enucleação do duodeno-pancreas já completamente libertado das suas adherencias normaes, pela secção da extremidade inferior do choledoco e pela anastomose choledoco-intestinal ou choledoco-gastrica.

Se o calibre do choledoco não permittir a choledo-enterostomia ou a choledoco-gastrostomia, praticar-se ha então a cholecisto-enterostomia ou a cholecisto-gastrostomia.

Para restabelecer o curso das substancias alimentares dever-se-ha tambem praticar uma gastro-enterostomia. SAUVÉ executa esta operação alguns dias antes da duodeno-pancreatectomia.

A extirpação total do pancreas — *pancreatectomia total* —, indicada quando os tumores attingem a totalidade da glandula, é physiologicamente impraticavel, poisque a perda completa de secreção pancreatica interna produz perturbações rapidamente mortaes.

Basta, todavia, deixar na cavidade abdominal uma pequena porção de tecido pancreatico para que a regeneração glandular ulterior evite o apparecimento de taes perturbações. Foi o que certamente aconteceu com o caso referido por BILLROTH e em que a extirpação do pancreas foi seguida de cura completa.

Á semelhança do que acontece com a pancreatectomia cephalica total, a pancreatectomia total deve

acompanhar-se de duodenectomia. Evitar-se-hão assim os inconvenientes que possam resultar dos traumatismos operatorios do duodeno e da falta de circulação duodenal.

A technica a seguir póde assim resumir-se: laparotomia mediana ou lateral; secção do peritoneo parietal posterior; secção do pyloro e sutura do topo superior; descollamento completo do duodeno-pancreas; secção do ligamento pancreato-esplénico; laqueação das arterias esplénica, pancreatica inferior e pancreatico-duodenaes; secção da terceira porção do duodeno e sutura do topo intestinal esquerdo; secção do choledoco; enucleação do duodeno-pancreas; gastro-enterostomia e choledoco-enterostomia ou cholecisto-enterostomia.

Quando se julgarem impraticaveis as intervenções radicaes, recorrer-se-ha ás *operações palliativas*.

Se o tumor tiver occasionado uma estenose intestinal accentuada praticar-se-ha uma *gastro-enterostomia*.

Se existir estase biliar é á *choledoco-enterostomia* ou á *cholecisto-enterostomia* que se deverá recorrer.

A estase pancreatica poderá tratar-se por uma *pancreatico-enterostomia*.

Estes diferentes processos teem, em regra, como consequencia immediata uma melhora consideravel do doente. Infelizmente, porém, os progressos incessantes do neoplasma não tardarão a destruir por completo os beneficios resultantes da intervenção realizada.