

quaesquer outras angiocholites podem exigir um tratamento cirurgico, justificando em muitos casos a operação de Kehr (choledocotomia com cholecystectomy e drenagem do hepatico), ou a simples cholecystostomia com drenagem.

A angiocholite a que se refere a nota clinica das pagg. 8 a 10 exemplifica os recursos do tratamento medico pelos antiphlogisticos locais, pela enteroclyse e pelo salicylato de soda, embora em casos graves como este. Importa portanto recorrer desde logo a um tratamento medico intensamente conduzido, que satisfaça dum modo geral a estes requisitos. Como therapeutica medicamentosa sam particularmente recommendaveis o salicylato de soda (pag. 222) e os calomelanos (pag. 223).

Quando porém a angiocholite se mantem irreductivel, accentuando-se a gravidade dos symptomas, reahimos na indicação vital estabelecida ha pouco na pag. 249, sendo forçoso intervir sem perda de tempo.

A gravidade duma crise, clinicamente documentada pela intensidade dos signaes locais e geraes, pôde com effeito aconselhar uma operação de urgencia. E assim, Quénu e Duval, num relatorio ao ultimo Congresso de Bruxellas sobre as angiocholites agudas, emittem tambem a seguinte opinião: — «O caracter hyperagudo e repentino do inicio, a intensidade particular da dôr, a tumefacção rapida e importante da vesicula constituem symptomas locais que costumam significar uma crise grave, e que justificam a operação immediata. A grande intensidade do arrepio inicial, a coloração subicterica generalizada, a diarrheia e a oliguria sam signaes geraes do mesmo valôr». —

Nestas fórmas graves e toxicas não ha tempo a

perder para intervir, como Chauffard (1) accentúa dizendo: — «O grande infectado não póde esperar, e a drenagem biliar é a sua unica taboa de salvação». —

A gravidade dos accidentes febris e do estado geral, a retenção biliar, a presença ou imminencia de suppuração, taes sam, isolados ou associados, os principaes elementos para uma indicação operatoria formal e immediata; a urgencia seria ainda accentuada na opinião de Quénu (2) durante a gravidez.

Quénu considera ainda a hypothese interessante em que a infecção se generaliza, poduzindo-se determinações a distancia, taes como nephrite, congestão pulmonar ou endocardite. É descripto a proposito o caso duma doente com perturbações dyspepticas, que teve repentinamente um accesso febril com arrepio; tornou-se icterica, a dôr vesicular sem tumefacção local diminuiu e desapareceu, ao passo que o estado geral se aggravou. Diagnostico: angiocholite. Em conferencia com Chauffard, ponderou Quénu que se tinha declarado desde a vespera uma anuria quasi completa, que a quantidade de urina emittida em 24 horas era de 60 grammas e que esta urina continha flócos de albumina. O estado dos rins pareceu constituir uma contra-indicação para qualquer tentativa cirurgica, mas Quénu concorda em que teria sido actualmente menos absoluto.

Casos desta ordem e as angiocholites suppuradas diffusas dam uma mortalidade operatoria muito elevada, como se documenta nas numerosas

(1) Chauffard, *Semaine Medical*, 1904.

(2) Quénu, *Des indications opératoires dans la lithiase biliaire*. *Revue de Chirurgie*. Dezembro 1908.

estatisticas colligidas no volume anterior; casos de cura, como um de Israel, citado em nota a pag. 39, sam excepçoes; mas semelhantes doentes tambem se perdem sem a operação.

Outro tanto se pôde dizer das gangrenas e perfurações vesiculares de que referimos as observações de Körte (pag. 177 deste volume).

Em todo o caso a intervenção cirurgica é o unico recurso com o qual se pôde contar nestas situações clinicas.

Completando as indicações para o tratamento cirurgico nas angiocholites, registemos que a indicação vital, estabelecida por Kehr ácerca do empyema agudo ou chronico da vesicula biliar, é geralmente accete, inclusivamente por aquelles que, como Mongour, levam o seu optimismo a ponto de pretenderem que as complicações eventuaes da lithiase biliar não modificam a benignidade do prognostico na cholelithiase.

Além desta indicação absoluta correspondente ao empyema chronico da vesicula, existem indicações relativas ligadas á presença duma cholecystite chronica, em que os doentes accusam perturbações persistentes, ou na qual se estabelecem manifestações recidivantes com pequenos intervallos.

Dahi, por vezes, a indicação social enunciada (pag. 249), e noutros casos uma indicação relativa pelo facto de os doentes já não poderem supportar os seus padecimentos dum character tam constante e pertinaz.

Kehr (1) refere ácerca deste aspecto clinico o facto

(1) Kehr, *Die Bedeutung der Cammidgeprobe in der Indika-*

interessante de que o exame pela palpação é, em muitos destes doentes, negativo; a vesicula pôde retrahir-se, furtando-se ao exame, e, muito embora, conter pus, ainda que faltem quaesquer colicas ou elevações thermicas.

A indicação operatoria em doentes desta ordem não é de modo algum absoluta. Pôde entregar-se a decisão a tomar aos proprios ininteressados, mostrando-lhes comtudo que a mortalidade operatoria augmenta com a expectativa pela eventualidade de complicações.

A estes doentes que soffrem quasi constantemente, fazendo más digestões, innervando-se e enfraquecendo cada vez mais, contrapõe-se uma outra categoria de cholelithiacos chronicos nos quaes a doença revestê uma fôrma diversa. Estes doentes teem com effeito colicas mais ou menos violentas, mas nos intervallos sentem-se perfeitamente bem, fazendo a sua vida habitual nestes periodos de latencia.

Sobre os casos clinicos deste typo emite Kehr a opinião de que se deve applicar o principio de Riedel: calculos latentes não sam objecto de therapeutica cirurgica.

A calculose do choledoco contribue largamente para a cirurgia da lithiase biliar.

Dum modo geral, sam ainda validas as duas theses seguintes enunciadas por Kehr sobre o tratamento da obstrucção calculosa do choledoco.

A occlusão aguda do choledoco, salvo poucas excepções, deve ser tratada interna-

tionsstellung bei der Gallensteinkrankheit. Münchener medizinische Wochenschrift, de 25 de maio 1909.

mente. Produzindo-se symptomas de angiocholite e arrastando-se a ictericia com perda de forças e com inappetencia, tem logar uma operação.

A oclusão chronica do choledoco, depois do insuccesso duma cura interna rigorosamente conduzida, comporta um tramento cirurgico que não deverá ser muito tardio.

Considerações anteriormente estabelecidas, tanto neste volume, como no anterior, sobre a anatomia pathologica da lithiase do choledoco e das complicações diversas que esta fôrma de calculose arrasta, levam-me á convicção de que a indicação operatoria na oclusão chronica do choledoco é formal, urgente e absoluta.

A mortalidade operatoria, com o valor médio de 3,2 % (1) nos casos simples, pouco infectados, e elevando-se consideravelmente nos ictericos antigos por influencia das successivas complicações, conduz á mesma orientação precocemente intervencionista.

É portanto inaceitavel a opinião de Mongour (2), para quem a intervenção cirurgica deve ser considerada «como uma therapeutica de excepção», regeitando a indicação systematica por causa da frequencia das curas espontaneas e da gravidade da operação. Quénu observa porém judiciosamente que a frequencia das curas espontaneas é tam contestavel como a gravidade da choledocotomia.

Tem sido muito discutida a duração da tolerancia a conceder ao tratamento medico de que nos occupamos (pag. 219). Jomier, no seu recente artigo

(1) Mathieu, *La lithiase de la voie biliaire principale*. These de Paris, dezembro 1908, pag. 78.

(2) Mongour, *Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire*. Relatorios do Congresso de Genebra, 1908.

sobre o tratamento da lithiase biliar (1), refere que alguns (Doyen, Ewald, Schlesinger, Quénu, Lejars) praticam a operação quatro ou cinco semanas depois de iniciada a ictericia, ao passo que outros a retardam, mas quando muito de tres mêses (Kehr, Le Gendre); acrescenta Jomier tambem que Naunyn aconselha a esperar pelo menos um anno.

Mas Kehr, accentuando de resto em todas as suas publicações o principio da intervenção precoce, não designa praso algum maximo, e diz: «a operação pôde ser necessaria poucos dias depois da penetração do calculo no choledoco, 8 a 15 dias por exemplo; outras vezes poderá esperar-se 2 ou 3 mêses, e uma operação ainda mais ulterior pôde ser bem succedida». Importa pois individualizar os casos.

A orientação de Naunyn depende segundo Kehr das esperanças que o illustre clinico tem na formação duma fistula choledoco-duodenal; a semelhante eventualidade devem porém contrapôr-se, com o mesmo caracter anatomo-pathologico, as perturbações em que o calculo se lança para a cavidade abdominal ou para a veia porta.

Para Quénu tudo se reduz ao tempo necessario para estabelecer um diagnostico seguro, para desvanecer os phenomenos agudos que poderiam induzir em erro e fazer considerar como obstrucção calculosa do choledoco uma angiocholite ligada á presença duma lithiase vesicular; trata-se de 4 ou 5 semanas necessarias para operar com segurança e observar o doente por fórma completa.

(1) Marcel Garnier, Pierre Lereboullet, Herscher, Villaret, Lippmann, Chiray, Ribot, Jomier, P. Emile Weil, P. Carnot. *Les Maladies du Foie et leur Traitement*. Paris, 1910, pag. 409.

A operação aconselhada é a choledocotomia, geralmente combinada com a cholecystectomy e drenagem do hepatico (operação de Kehr).

A obstrucção calculosa do choledoco pôde aproximar-se dum accidente semelhante. Quero referir-me á occlusão intestinal por cholelithiase.

As considerações que o prognostico do ileo biliar (pag. 173) nos suggeriu ácerca do tratamento cirurgico desta complicação, accentuáram desde logo as modernas tendencias intervencionistas a este respeito e em especial nas hypotheses indicadas.

O ileo biliar, no ponto de vista das indicações therapeuticas medico-cirurgicas, não differe com effeito das restantes fórmas de obstrucção intestinal. Limito-me portanto a accentuar o principio da urgencia na intervenção e a dizer que, na impossibilidade dum tratamento cirurgico precoce, me parece preferivel a medicação anti-espasmodica ao emprêgo de purgantes que alguns autôres, como Wising, Schuller e Stolz teem recommendado.

Entre as determinações intestinaes da lithiase biliar, referimo-nos tambem á cholecysto-appendicite, de cujo tratamento nos vamos occupar.

Segundo Cotte (1), a coexistencia das duas affecções, vesicular e appendicular, constitue um duplo perigo para o doente, e as indicações cirurgicas tornam-se mais imperiosas e mais absolutas.

Por outro lado, insiste o autor muito judiciosamente na necessidade de intervir sobre ambos os

(1) Cotte, *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*. These de Lyão, 1908, pag. 287.

fócos inflammatorios, apresentando varios exemplos que documentam os graves inconvenientes de operações incompletas pelo apparecimento de novas determinações, por vezes mortaes, no fóco não visado na intervenção cirurgica.

Dieulafoy (1), que tem contribuido muito intensamente para o conhecimento da cholecysto-appendicite, emite a sua opinião ácerca do tratamento deste grave syndroma nos seguintes termos: «C'est ici que l'intervention chirurgicale hátive est plus indiquée que jamais. N'opérer que la cholécystite lorsqu'il y a appendicite concomitante, c'est laisser à la toxi-infection appendiculaire toute la gravité; mais n'opérer ni l'une ni l'autre et prêcher la temporisation, c'est aller au devant d'accidents les plus redoutables».

A conhecida fórmula de Dieulafoy, enunciando que não existe tratamento medico algum para a appendicite, e, por outro lado, a gravidade das duas observações de cholecysto-appendicite publicadas por Dieulafoy e reproduzidas nas pagg. 4 e 5 deste volume, justificam nestes casos semelhante opinião sobre o tratamento da cholecysto-appendicite.

Pela minha parte, porém, não posso concordar com a intervenção systematica que estes autôres preconizam na associação morbida da cholecystite com a appendicite.

Com effeito, julgo que fazer corresponder ao diagnostico de appendicite uma operação de urgencia é uma fórmula commoda, mas pouco scientifica.

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

Pelo contrário, seguindo a orientação de Czerny (Heidelberg) (1) e de Sonnenburg (2) (Berlim), parece-me muito mais logico estabelecer a oportunidade do tratamento cirurgico da appendicite em harmonia com indicações precisas e adequadas ao caso particular; é o principio da individualização dos doentes.

Dum modo geral, pôde comtudo apresentar-se a seguinte impressão de conjuncto, tal como a enunciei numa das minhas theses: toda a appendicite, que não ceder, nos principaes symptomas, em 24 horas, ao tratamento medico, exige uma intervenção cirurgica.

Ainda ha pouco tive occasião de reconhecer praticamente a vantagem desta maneira de proceder, num doente do sr. Dr. Luiz Rosette, que observei em conferencia. Tratava-se dum caso de appendicite em que a intensidade da dôr, a temperatura e o pulso ultrapassavam os limites impostos por Sonnenburg a esta triade symptomatica para se poder excluir um tratamento cirurgico. Preconizei, de resto de accordo com o collega assistente, a operação para o dia immediato, salvo o caso de os symptomas se modificarem pelo tratamento medico no periodo maximo de 24 horas. Cerca de 12 horas depois, já o quadro symptomatico se tinha transformado por completo, conforme o collega assistente teve a amabilidade de me informar, restabelecendo-se o doente

(1) Arnsperger (L.), *Der günstigste Zeitpunkt der Appendicitis-Operation*. Deutsche medizinische Wochenschrift, de 8 de junho 1905.

(2) Sonnenburg, *Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis)*. Sechste Auflage. Leipzig, 1908.

muito bem desta crise e tendo sido prevenido da vantagem em se fazer operar a frio.

Fôram estes mesmos principios que appliquei com excellent resultado no caso de cholecysto-appendicite mencionado na pag. 10. Como os episodios dolorosos se succedêram tam rapidamente, chegou a doente a ter ao mesmo tempo gelo sobre a região appendicular e applicações quentes sobre a região hepatica, supportando admiravelmente semelhante combinação. O opio foi administrado com moderação, como é de rigor nestes doentes, para se não encobrir o quadro symptomatico que é a directriz neste systema de expectação armada.

No outro caso de angio-cholecysto-appendicite, referido na pag. 8, só observei o doente em phase vesicular complicada de angiocholite. Mas por isso mesmo que foi essencialmente um caso grave, na imminencia duma intervenção, indicada pelo estado geral e pelas determinações biliares, e tambem curado pelo tratamento medico, demonstra esta observação o exaggêro que as enunciadas fórmulas de Dieulafoy e de Cotte consagram.

Quando porém os symptomas duma cholecysto-appendicite, sob qualquer dos aspectos, vesicular ou appendicular, justificarem realmente uma intervenção cirurgica, importa combinar a appendicectomy com a simples abertura da vesicula; a cholecystectomy em taes condições seria, como Cotte accentua, muito mais grave, e convém reservá-la para uma operação ulterior.

Além da cholecysto-appendicite, considerámos tambem a cholecysto-pancreatite nos seus importantes aspectos pathogenico e semiologico.

No ponto de vista do tratamento ha ainda a

distinguir as fôrmas agudas e as fôrmas chronicas da pancreatite.

As fôrmas agudas, cuja feição dramatica tanto accentuámos, exigem um tratamento cirurgico de urgencia absolutamente inadiavel.

Cotte (1) estabelece a noção da intervenção a praticar nos seguintes termos. Aberto o abdomen, fende-se o epiploon gastro-colico para penetrar na cavidade dos epiploons; evacua-se as collecções de origem pancreatica que possam encontrar-se a este nivel, mas não é sufficiente esta simples intervenção. É necessario ir mais longe, até ao pancreas e, conforme existir um fóco hemorrhagico suppurado, de typo infiltrante ou de typo enkystado, recorrer á pancreatotomia com tamponagem consecutiva, ou á abertura da cavidade com marsupialização em todos os casos em que seja possivel realizá-la. De resto, importa sempre explorar as vias biliares e fazer a cholecystostomia.

Bertelsmann (2), no Congresso alemão de Cirurgia de abril 1909, accentuou ainda a vantagem em abrir nestas intervenções tanto quanto possivel o espaço retro-peritoneal donde irradiam os processos de necrose do tecido adiposo.

Reconhecido o principio de que na cholecysto-pancreatite chronica ha toda a vantagem numa intervenção precoce, suggeriu esse facto uma indicação operatoria especial. Assim Kehr, em dois trabalhos recentes, faz intervir os resultados dum

(1) Cotte, *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*. These de Lyão, 1908, pag. 298.

(2) Bertelsmann, *Zentralblatt für Chirurgie*, 1909, n.º 31.

ensaio de Cammidge na decisão a tomar, como dissemos na conclusão 9.ª sobre o valor semiologico da reacção C de Cammidge (pag. 131).

Nestas condições, enuncia actualmente Kehr a vantagem em intervir quando nos casos de indicação relativa ou nos doentes com determinações vesiculares ligeiras e silencio symptomatico nos intervallos, a reacção de Cammidge persistir depois dum periodo de 4 semanas de tratamento medido a partir do primeiro ensaio positivo.

Quanto ao methodo operatorio a empregar na cholecysto-pancreatite chronica, teem sido realizadas pelos differentes cirurgiões as mais variadas intervenções, taes como a cholecystostomia, a choledocotomia com drenagem, a cholecystectomy com drenagem do hepatico e as anastomoses entre a vesicula biliar e o estomago ou o intestino.

Todos estes methodos, á primeira vista tam differentes, teem porém, uma característica commum, pois que todos promovem, mais ou menos, uma desinfeção mechanica das vias biliares por drenagem para o exterior ou para o aparelho gastro-intestinal.

Antes porém de indicar o methodo que se me afigura mais logico, vou apresentar uma observação muito instructiva a todos os respeitois, e que o sr. Dr. Reynaldo dos Santos publicou recentemente (1). É um caso de obstrucção chronica do choledoco,

(1) Dr. Reynaldo dos Santos, *Revista de Cirurgia. A Medicina Contemporanea*, de 8 de agosto de 1909.

complicada por uma pancreatite chronica e operada com bom exito por este distincto cirurgião.

Tratava-se duma rapariga de 19 annos, solteira, que dois annos antes soffrera de dôres epigastricas e sobretudo no hypochondriô direito, que a obrigavam a dobrar-se, e acompanhadas de vomitos aquosos (nunca biliars nem sanguineos) e arrepios de frio. Cerca de 8 dias depois, ictericia das conjunctivas. Tomou azeite, fizeram-lhe clyteres frios, etc., mas sem resultado. As fezes descoradas. A ictericia persistiu com pequenas variantes e as fezes nunca mais se coraram; os vomitos cessaram. Andou assim até que seis mêses antes da minha observação entrava para o Hospital de S. José, errando de enfermaria em enfermaria, até que a pedido dos meus amigos prof. Pinto de Magalhães e Sylvio Rebello a observei em Santa Emilia, onde finalmente, e alguns dias antes, tinha ido parar.

A ictericia era bastante accentuada, tom amarellado; urinas escuras, carregadas de pigmentos biliars, e fezes brancas e gordas. O figado grande, descendo dois dedos abaixo do bordo costal, e sentia-se uma resistencia por debaixo do recto, á direita do epigastro. Sem febre nem arrepios; dôres de vez em quando espontaneas e provocadas no hypochondriô direito, região da vesicula. Bom appetite, mas tem emmagrecido bastante apesar do seu aspecto saudavel. Pulso um pouco molle; 64 puls.; app. respiratorio normal. Na urina, alem dos pigmentos biliars, vestigios de albumina e cylindros hyalinos.

Diagnostico: Obstrucção calculosa chronica do choledoco.

Operaria-a na enfermaria de Santa Margarida, em 28 de abril de 1907, sob chloroformio.

Posição de Mayo Robson; incisão longitudinal sobre o bordo externo do recto direito, prolongada depois para cima e para dentro.

A vesicula, livre de adherencias, grande, alongada, cheia de bilis escura, viscosa, mas não turva. Abre-se depois de punccionada e extrahem-se 3 calculos facetados do cystico.

O choledoco está distendido e modelado sobre varios calculos dispostos em toda a sua altura. Incisão do choledoco, extracção de calculos com a colher de Mayo, um muito maior que uma avêlã, os outros mais ou menos fragmentados.

Sae bastante bilis. Drenagem do hepatico, através da aber-

tura do choledoco, com um tubo, rodeado de mechas de gase. Outro tubo na vesicula, suturando esta em bolsa sobre o dreno, segundo a technica que vira executar a W. Mayo nas cholecystostomias. Sutura parcial da ferida operatoria. Durante a operação tinha-se sentido o hiato de Winslow fechado por adherencias e a cabeça do pancreas dura. Sobre a mesa de operações, a doente teve um vomito biliar; a passagem para o duodeno parecia pois restabelecida.

A historia subsequente resumil-a-hei em poucas palavras. Os tubos drenaram bem ao começo e pelo dreno do hepatico sahiram mesmo mais tarde alguns pequenos calculos, até que por fim tudo se cicatrizou, excepto uma pequena fistula da vesicula por onde sahia bilis, ás vezes em abundancia.

A ictericia desapareceu, as urinas tornaram-se claras, mas as fezes ora se coravam um pouco, ora, e mais frequentemente, se descoravam de todo, augmentando extraordinariamente a sahida de bilis pela fistula, aliás pequenissima como a cabeça dum alfinete.

A doente engordou, retomou o appetite e sahiu em começos de julho de 1907, sempre com a sua fistula e fezes de vez em quando descoradas. É esta observação que figura na estatistica que o sr. Alvaro de Mattos colligiu e que vem citada a pag. 95 da sua these com o n.º 14.

Devo dizer que esta fistula estava para mim perfeitamente explicada pela pancreatite que a doente apresentava já na occasião da operação, o que, de resto, não era para admirar, visto que a duração da obstrucção do choledoco era de approximadamente 2 annos! Desta maneira embora eu tivesse supprimido o obstaculo calculoso, não conseguira porém já fazer retrogradar sufficientemente a pancreatite para que a permeabilidade do choledoco se restabelecesse por completo. Propuz por isso á doente uma nova operação (uma anostomose) que ella recusou na esperanza que a fistula fechasse, mas do que por fim se desilludiu, vindo procurar-me de novo em 17 de janeiro de 1909.

Persistia a fistula e as fezes descoradas. Á direita da linha média uma certa resistencia á palpação profunda. Eventração parcial. Com o diagnostico de oclusão do choledoco por pancreatite chronica, operei-a de novo em 2 de fevereiro deste anno.

Laparotomia lateral direita; resecção da cicatriz abaixo e em torno da fistula. Abriu-se o ventre abaixo da fistula e desfazendo algumas adherencias libertou-se a região prepylorica do estomago

por um lado e a vesicula por outro, de maneira a poder approximal-as sem tracção. A cabeça do pancreas dura. Cholecysto-gastrostomia em 2 planos, a seda. Dissecção dos rectos e cura da eventração. No fim da operação, vomitos biliares. As fezes no dia seguinte tornavam-se coradas; não tornou a ter vomitos; as urinas claras e sem ictericia.

Cerca de um mês depois de operada teve alta, curada, sem perturbações digestivas, fezes bem coradas e uma cicatriz resistente.

As ultimas noticias que recebi da doente davam-na como continuando muito bem.

Este caso, bastante interessante a meu vêr, mostra mais uma vez os bellos resultados da cholecysto-gastrostomia que eu prefiro por muitas razões á cholecysto-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 da 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 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 cholecysto-duodenal é theoreticamente ainda preferivel, mas além de ser sempre mais difficil, e outras vezes impossivel como neste caso, não é afinal nos seus resultados praticos inferior, como de resto não só a experiencia clinica mas mesmo pesquisas experimentaes o tem demonstrado.

Eu creio finalmente que este caso é ainda uma demonstração bem nitida quer da existencia das pancreatites chronicas complicando a cholelithiase e creando indicações therapeuticas especiaes, quer ainda (e por isso mesmo) da necessidade de operar cedo e não temporizar nos casos de obstrucção calculosa chronica do choledoco.

Na minha primeira intervenção poupei a vesicula cujo collo e cystico estavam bem permeaveis e ainda bem que o fiz, porque sem ella não teria podido fazer a anastomose com a simplicidade com que se executou na 2.^a operação. É mais uma prova de que, ao contrario de Kehr e seguindo antes a pratica dos cirurgiões

inglêses e americanos, ha toda a vantagem em conservar a vesicula sempre que não esteja muito alterada, sobretudo nos casos de antiga obstrucção calculosa complicada de pancreatite em que uma anastomose secundaria pôde vir a ser necessaria.

Esta interessante observação do sr. Dr. Reynaldo dos Santos demonstra mais uma vez que a indicação operatoria na obstrucção calculosa do choledoco deve ser, como dissemos, imperiosa e precoce.

Nestas condições, e com a vulgarização do tratamento cirurgico na cholelithiase, é de presumir que semelhantes obstrucções calculosas a que se possa dar a designação de antigas tendam a desaparecer por completo da prática clinica, por terem sido oportuna e radicalmente operadas.

As considerações do sr. Dr. Reynaldo dos Santos suggerem-me algumas reflexões sobre o tratamento destas pancreatites.

Com effeito Kehr (1) elimina geralmente a vesicula biliar nestes doentes, preconizando como operação de escolha a drenagem do hepatico combinada com a cholecystectomy; como a pancreatite se encontra mais frequentemente na lithiase do choledoco e na angiocholite do que na cholecystite, assim predominam na pratica de Kehr em casos desta ordem as drenagens do hepatico sobre as cholecystectomias simples.

Mas Kehr não exclue em absoluto as anastomoses entero- ou gastro-biliares, dizendo na

(1) Kehr, *Ueber Erkrankungen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung der bei der Cholelithiasis vorkommenden Pancreatitis chronica*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 20. Band, Heft 1, Jena, abril 1909, pag. 132.

pag. 136 do mesmo artigo o seguinte: — «Na pancreatite chronica sem calculos executo, como Mayo Robson, a anastomose entre a vesicula biliar e o intestino; pratico de preferencia a cysto-gastrostomia». — Portanto dá-se até a coincidencia de Kehr preferir nestas anastomoses a cholecysto-gastrostomia, que é tambem da especial predilecção do sr. Dr. Reynaldo dos Santos.

De resto, no tratamento cirurgico das cholecysto-pancreatites chronicas é, de facto, a cholecystectomy com drenagem do hepatico a operação de escolha.

Em rigorosa correspondencia com os resultados therapeuticos que invocámos anteriormente para confirmar conclusões sobre a pathogenia da cholecysto-pancreatite, assim tambem o tratamento causal, visando a determinação morbida primitiva, é defendido por varios cirurgiões como por exemplo Cotte e Cappelli.

Cotte (1), preferindo a cholecystectomy com drenagem do hepatico, diz que a frequencia das alterações vesiculares na pancreatite chronica é tal que se é obrigado a recorrer á operação radical. De resto, a cholecystectomy não só põe ao abrigo das complicações ultteriores, mas tambem facilita bastante a exploração do choledoco e a drenagem do hepatico.

Ácêrca das anastomoses entero-ou gastro-biliares pronuncia-se Cotte nos seguintes termos. — «Todos os autores concordam actualmente em regeitar as anastomoses biliares no tratamento da pan-

(1) Cotte, *Traitement chirurgical de la Lithiase biliaire et de ses Complications*. These de Lyão, 1908, pag. 304.

creatite chronica. Além duma mortalidade mais elevada, tem o grande inconveniente de visarem apenas o restabelecimento do curso da bilis, sem se occuparem das lesões inflammatorias consideraveis, que sam ao mesmo tempo a origem e a consequencia da lithiase e da pancreatite, e por este motivo devem ser regeitadas. Importa fazer uma restricção sobre a qual Quénu e Duval insistiram. Antes de regeitar a anastomose, é necessario assegurar de que a induração pancreatica não é cancerosa, pois que, no caso do neoplasma, seria a drenagem cutanea o peor methodo.» —

Capelli (1), por seu lado, enuncia as duas conclusões seguintes:

A cura cirurgica da pancreatite chronica baseia-se em especial sobre a etiologia da affecção, geralmente consecutiva a infecção das vias biliares. O melhor recurso therapeutico é representado pela drenagem da via principal (drenagem do hepatico, com cholecystectomy prévia), functionalmente mais completa, correspondendo melhor aos principios therapeuticos da affecção, e a preferir, em these geral, á drenagem da via secundaria (cholecystostomia).

A cholecystenterostomia seria contra-indicada.

Considerando a tendencia de muitos cirurgiões para conservarem a vesicula biliar sempre que não esteja muito alterada, não só neste caso particular da cholecysto-pancreatite, mas

(1) Cappelli, *Contributo clinico alla chirurgia del pancreas, Sul rapporto tra la pancreatite e la litiasi biliare*. Il Policlinico. Sezione chirurgica, Roma, agosto 1909, fasc. 8 pag. 347.

tambem, dum modo geral, no tratamento cirurgico da cholelithiase e das suas complicações, deve notar-se que a preferencia pela cholecystostomia ou pela cholecystectomia é muitas vezes uma consequencia natural da indicação operatoria estabelecida, como Kehr accentuou no ultimo Congresso de Bruxellas (1908), e como dissemos nas pagg. 48 e 49 do volume anterior (material clinico de Mayo).

Quem operar precocemente, isto é, emquanto não existem inflamações importantes, póde fazer uma cholecystostomia ou até executar uma cholecystendyse, embora com o risco de recidivas futuras; mas quem só intervier com indicações operatorias muito restrictas, vê-se geralmente obrigado a preferir a cholecystectomia, reservando a cholecystostomia para casos de necessidade.

Somos assim conduzidos a fazer uma rapida referencia á orientação dos intervencionistas precoces no tratamento cirurgico da lithiase biliar.

Ha com effeito tendencias cirurgicas diferentes daquellas que nos levaram a estabelecer um certo numero de indicações absolutas além doutras apenas relativas.

Assim acceitam alguns apenas uma indicação vital; só operam uma perfuração da vesicula biliar, um empyema vesicular, uma angiocholite ou um abscesso hepatico.

Uma terceira escola defende porém a intervenção precoce que, surprehendendo a lithiase na sua phase vesicular, evitaria o risco da calculose do choledoco, dum carcinoma vesicular, duma angiocholite e duma thrombophlebite.

Como Redel (1), em trabalhos successivos, tem sido um grande defensor desta ideia, dahi a designação de operação precoce no sentido de Riedel, correntemente usada na litteratura medico-cirurgica alemã.

Se esta maneira de considerar a oportunidade do tratamento cirurgico na cholelithiase não tem tido grande acceitação na Alemanha, sam pelo contrario numerosos os cirurgiões inglêses e americanos que tem contribuido para divulgar este principio ; estam nestas condições, por exemplo, Kelly e os irmãos Mayo (pag. 46 a 48 do meu volume anterior) na America, Bland-Sutton (2) e Moynihan (3) em Inglaterra, além doutros, como Alessandri em Roma e Hartmann em em Paris. Neste sentido chegou inclusivamente Cushing (4) a dizer que: «a vesicula deve ser tratada como o appendice e extirpada, embora esteja sã, quando, no decurso duma laparotomia, se apresentar á mão». Semelhante *indicação* operatoria exemplifica bem até onde póde ir o entusiasmo pelas intervenções cirurgicas.

Hautefort (5) diz na sua these que seria para de-sejar que, á semelhança do que succede com a appen-

(1) Riedel, *Die Früh-Operation der akuten schweren Cholecystitis*. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908, n.º 22.

(2) Bland-Sutton, *Indications for performing cholecystectomy*. British Medical Journal, 5 de outubro de 1907, pag. 877.

(3) Moynihan, *Gall-stones and their surgical treatment*. Philadelphia e Londres, 1905.—*Cholelithiasis: its early Recognition and early surgical Treatment*. The Practitioner, dezembro 1908.

(4) Cushing, *Cholecystectomy*. Journ. of. the. Amer. Med. Assoc. 29 de julho de 1899 (citado na these de Hautefort).

(5) Hautefort, *Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*. These de Paris, 23 de julho de 1909, pag 182.

dicite, se adoptasse uma regra de conducta; se, por exemplo, depois de duas ou tres crises de colicas hepaticas francas, se não hesitasse em praticar uma intervenção, entraria então a cirurgia biliar numa nova era: as estatisticas seriam melhores, os resultados operatorios excellentes, pois que se poderia escolher a occasião, operar «a frio».

Semelhante desideratum de Hautefort encontra-se realiizado, pois que existem indicações operatorias que, embora restrictas, se encontram rigorosamente estabelecidas, e que supponho ter mencionado na sua totalidade.

Kehr, tendo-se tornado cada vez mais opportunistista á medida que augmentava o numero das suas intervenções chirurgicas, é dos operadores que mais tem contribuido para o principio da individualização dos doentes no tratamento da cholelithiase.

Num artigo recente (1) analysou este operador os argumentos dos intervencionistas precoces, que poderiam invocar em sua defesa o recente caso tragico de von Renvers, que publicámos no volume anterior (pag. 9, nota 1).

Renvers tinha por vezes perturbações ligeiras, que o não impediam de exercer a sua larga clinica; nem pensava na operação. A infecção da veia porta por uma cholecystite chronica foi o accidente terminal, evolucionando no curto espaço de seis dias. A operação só poderia ter sido efficaz antes de se ter constituido a pylephlebite infecciosa.

Mas a longa prática de Kehr, em cêrca de 1500 operações por cholelithiase, autoriza-o a affirmar a

(1) Kehr, *Münchener medizinische Wochenschrift*, de 25 de maio de 1909.

raridade desta complicação, e a dizer que não ha o direito de operar um cholelithiaco com perturbações ligeiras só porque lhe póde sobrevir uma pylephlebite.

A operação precoce no sentido de Riedel, ainda que theoreticamente preferivel, tem porém contra si varios inconvenientes que a tornam inaceitavel.

1.º Todos os doentes com colicas hepaticas deviam ser operados. Sabendo-se porém que muitos (cêrca de 80%) destes doentes teem inicialmente symptomas mais ou menos graves, mas que depois gozam duma cura funcional (pag. 213) completa, operavam-se 80% dos doentes inutilmente. Não haveria nisso inconveniente de maior, se a operação não tivesse risco algum. Como não é esse o caso (2% de mortalidade nas cystostomias), é evidentemente preferivel limitar as intervenções cirurgicas ás indicações necessarias.

2.º Os resultados remotos das intervenções vesiculares realizadas em grandes series pelos diversos operadores mostram que raras vezes se torna necessaria uma operação secundaria depois duma cholecystectomia, ao passo que as cholecystostomias sam frequentemente seguidas doutras perturbações (recidivas, pseudo-recidivas, fistulas, hernias) que muitas vezes exigem uma n'ova intervenção, e que, em parte, dependem dos canaes de Luschka da parede vesicular (canaes de Luschka nas suas relações com as recidivas, pag. 198 do volume anterior) (1). A cholecystostomia não garante pois

(1) Os resultados remotos da operação de Meredith tambem não sam satisfactorios. Assim, por exemplo, a estatistica de 27 cholecystendyses de Garré, referida por Stieda (1905), menciona 3 recidivas verdadeiras e 5 pseudo-recidivas, isto e 8 complicações tardias (36,3%).

uma cura radical, sendo para esse effeito necessario recorrer á cholecystectomy. Mas ésta dá uma mortalidade ligeiramente superior (3%), em todo o caso excessiva para uma operação prophylactica.

3.º O perigo da passagem dos calculos vesiculares para o choledoco não é muito importante, desde o momento em que se promova a remoção precoce dos calculos do choledoco. A associação da drenagem do hepatico á cholecystectomy não augmenta o risco operatorio que é de 2 a 3% (Kehr e Körte), descontados os casos de carcinoma, angiocholite septica, etc.; em 57 doentes, nos quaes Körte executou a choledocotomia apenas para um exame conveniente dos canaes (investigação de calculos) ou para drenagem de secreções suspeitas, não teve este operador caso algum mortal, o que mostra, segundo Kehr, que ésta intervenção em si não augmenta o perigo da operação por lithiase biliar.

4.º Kehr conclue ésta interessante analyse por dizer que, até no interesse da evolução da cirurgia biliar, convém pôr de parte a exigencia da intervenção vesicular precoce. Poucos doentes accederiam a semelhante indicação, e a maioria dos medicos não pensa de modo algum em aconselhar a operação no sentido de Riedel. Seria para desejar que todos os empyemas da vesicula e todas as oclusões chronicas do choledoco fossem devidamente diagnosticadas no intuito duma intervenção opportuna.

Independentemente de divergencias de escola entre intervencionistas precoces e opportunistas, teem sido apresentadas por varios cirurgiões, como por exemplo Mayo Robson (1), algumas objec-

(1) Mayo Robson, *On the indications and contra-indications*

ções contra a cholecystectomia, no sentido de lhe restringir as indicações; os irmãos Mayo também a reservam para os casos em que a cholecystostomia se revela insufficiente.

Tendo considerado sob varios pontos de vista, e já desde o volume anterior, as vantagens da cholecystectomia como operação de escolha, enumeremos estas objecções colligidas na recente these de Hautefort (2), que, tratando em conjuncto a physiologia, a pathologia e a cirurgia da vesicula biliar, esgotou o estudo de confronto entre as operações conservadoras (cholecystendyse e cholecystostomia) e a cholecystectomia, enunciando as duas conclusões seguintes:

Qualquer vesicula póde ser removida sem perigo algum para o organismo.

A conservação duma vesicula lithiaca póde ser a origem dos mais graves accidentes.

Um primeiro argumento contra a cholecystectomia tem por base o facto de que a vesicula não poderia ser extirpada sem prejuizo para o organismo, receio que de modo nenhum se confirmou, nem pela clinica, nem pela experimentação. Produz-se uma dilatação das vias biliares extrahepaticas, o que porém não arrasta consigo perturbação alguma.

Alguns autores, e em especial Mayo Robson, partindo da dilatação dos canaes hepatico e choledoco, emittiram a ideia de que a bilis, demorando-se ahi, se encontraria em excellentes condições para favorecer a nova producção de calculos. Mas, pelo contra-

for the removal of the gall bladder. Londres, 1906; e *On cholecystectomy: the indications and contra-indications for its performance.* British Medical Journal, 26 de outubro 1907.

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

rio, em cada digestão toda a bilis accumulada se evacua para o intestino; a estase é duma duração excessivamente curta para permittir que se formem concreções, e, caso se produzissem, seriam certamente impellidas pelo fluxo biliar (Hautefort). Em ponto algum de dilatação diverticular se podem produzir phenomenos de estase, a não ser ao nivel do côto do cystico, quando este não tenha sido laqueado junto ao choledoco. Oddi, Voogt, Haberer, Clairmont e Hautefort mostráram com effeito que o menor côto do cystico, estabelecido numa cholecystectomy, se pôde dilatar dando origem a um novo reservatorio.

Contra a cholecystectomy tem se invocado ainda a sua maior gravidade. Algumas estatísticas accusam de facto uma mortalidade ligeiramente maior, mas outras (Kümmel, von Bardeleben, etc.) registam até um coefferiente de mortalidade mais elevado para a operação conservadora. As estatísticas antigas de Petersen e Merck (Heidelberg), que sam desfavoráveis á cholecystectomy, não teem significação alguma, pois que semelhante operação era a esse tempo executada em Heidelberg apenas em casos excepçoes, seguindo-se actualmente a orientação contrária.

Finalmente tem sido affirmado que a vesicula biliar pôde ser necessaria como fio conductor, numa segunda intervenção, para facilitar a exploração do choledoco. Mas, por um lado, ha aperfeçoamentos technicos tendentes a remover esta difficuldade, que é real, e, por outro lado, extirpada a vesicula, tambem se não torna geralmente necessaria uma segunda intervenção, por ter sido realizada desde logo a cura radical.

Relativamente á falta que a vesicula poderia fazer para executar anastomes entre as vias biliares e o

intestino, por causa de obstrucção do choledoco, já nos referimos a este assumpto a proposito das estenoses nas vias biliares e das cholecysto-pancreatites chronicas.

Na generalidade dos casos pôde portanto considerar-se a cholecystectomy como operação de escolha, reservando-se a cholecystostomia para hypotheses particulares, algumas das quaes enumerámos anteriormente, e taes como (1) as seguintes: a) casos em que importe proceder rapidamente: doentes enfraquecidos, idosos ou dyscrasicos; b) casos em que as difficuldades operatorias sejam taes que a cholecystostomia se torne uma operação de necessidade; c) casos hyperagudos, na imminencia de infecção peritoneal, sendo nestes doentes a cholecystostomia por vezes uma operação palliativa, que exige ulteriormente uma intervenção radical.

A evolução da cirurgia biliar moderna é pois no sentido das intervenções radicaes, á semelhança do que tende a succeder, por exemplo, em ophthalmologia com a extirpação do sacco lacrymal, e ainda em parallelo com a appendicectomy, cuja superioridade sobre as intervenções conservadoras por appendicite a cirurgia abdominal moderna já não discute.

(1) Kendirjy, *Choix d'une méthode opératoire dans la lithiase vésiculaire*. La Clinique, 1 de outubro 1909, pag. 632.

INDICE

CAPITULO I

COMPLICAÇÕES DA CHOLELITHIASE

	Pag.
Considerações geraes.....	1
Cholecysto-appendicite.....	»
Frequencia da cholecysto-appendicite.....	3
Fórmias clinicas da cholecysto-appendicite ..	4
Pathogenia da cholecysto-appendicite.....	11
Cholecysto-pancreatite.....	19
Historia da cholecysto-pancreatite.....	»
Frequencia da cholecysto-pancreatite.....	22
Fórmias clinicas da cholecysto-pancreatite.....	30
Symptomas da pancreatite aguda.....	31
Pathogenia da dôr no drama pancreatico.....	33
Necrose pancreatica e do tecido adiposo.....	35
Necrose aguda do pancreas.....	41
Condições de diffusão do succo pancreatico.....	45
Cholelithiase e necrose do pancreas e do tecido adiposo...	47
Vias de diffusão da esteapsina.....	49
Significação clinica da necrose do tecido adiposo.....	51
Significação diagnostica da necrose do tecido adiposo.....	54
Prognostico na necrose do tecido adiposo.....	»
Hemorrhagias pancreatico-peritonaes.....	55
Hemorrhagias pancreaticas e pancreatite aguda.....	56
Diagnostico differencial da pancreatite aguda.....	57
Symptomas da pancreatite sub-aguda.....	59
Diagnostico da pancreatite sub-aguda.....	62

	Pag.
Cholecysto-pancreatite chronica	62
Symptomas da cholecysto-pancreatite chronica	63
Analyses clinicas nas pancreatites	70
Exame das fezes	»
Symptoma da Sahli	74
Methodo de Sahli modificado por Müller e Schlecht	75
Prova nuclear de Schmidt	78
Investigação directa da trypsina nas fezes	80
Glycosuria nas pancreatites	82
Maltosuria nas pancreatites	84
Pentosuria nas pancreatites	85
Indicanuria nas pancreatites	»
Lipuria nas pancreatites	»
Reacção pancreatica de Cammidge	86
Reacções A e B de Cammidge	88
Reacção C de Cammidge	94
Technica da reacção C de Cammidge	95
A reacção de Cammidge em clinica e no laboratorio	98
Condições de produção dos cristaes de Cammidge	120
Conclusões sobre a reacção C de Cammidge	127
Estados hemorrhagicos nas pancreatites	133
Diagnostico differencial da pancreatite chronica	135
Pathogenia da cholecysto-pancreatite	139
Relação pathogenica entre a lithiase e a pancreatite	140
Cholecysto-pancreatite por pancreatite inicial	144
Cholecysto-pancreatite por cholelithiase	145
Transmissão por via sanguinea	»
Transmissão por via peritoneal	»
Transmissão pelas vias lymphaticas	146
Transmissão por contiguidade das vias biliares	151
Calculo biliar e cholecysto-pancreatite	152
Conclusões pathogenicas na cholecysto-pancreatite	156
Fistulas biliares	»
Fistulas gastricas	157
Fistulas cholecysto-duodenaes	159
Fistulas choledoco-duodenaes	»
Fistulas cholecysto-colicas	160
Consequencias da migração anormal do calculo	»
Ileo biliar	161
Frequencia do ileo biliar	162
Pathogenia do ileo biliar	163

	Pag.
Anatomia pathologica do ileo biliar.....	165
Symptomas do ileo biliar.....	166
Syndroma de Karewski.....	168
Diagnostico do ileo biliar.....	169
Evolução do ileo biliar.....	171
Prognostico do ileo biliar.....	173
Considerações geraes sobre outras complicações.....	»
Cholelithiase e angiocholites.....	174
Angiocholecystites typhicas.....	175
Complicações das angiocholites.....	177
Abscessos areolares de Chauffard.....	178
Cirrroses por cholelithiase.....	180
Anhepatia por lithiase antiga.....	181
Estenoses das vias biliares por lithiase.....	182
Cancro e lithiase das vias biliares.....	184
Complicações cardio-pulmonares da lithiase.....	190
Pathogenia dos accidentes cardio-pulmonares.....	192
Fórmias clinicas dos accidentes cardio-pulmonares.....	195

CAPITULO II

TRATAMENTO DA CHOLELITHIASE

Considerações geraes.....	199
Tratamento medico da cholelithiase.....	200
Conceito therapeutico de Gilbert.....	201
Apreciação deste conceito de Gilbert.....	205
Tratamento medico da colica hepatica.....	»
Tratamento na convalescença das crises.....	210
Dissolução e eliminação dos calculos biliares.....	212
Cura funcional da cholelithiase.....	213
Bases do tratamento medico.....	215
Tratamento medicamentoso da cholelithiase.....	216
Rhuibarbo, podophyllino e aguas purgativas.....	»
Xarope de Fauconneau Dufresne.....	217
Chologen, cholelysin, probilin e azeite.....	218
Azeite na lithiase do choledoco.....	219
Remedio de Durande.....	220
Alcalinos.....	221

	Pag.
Pilocarpina	221
Calomelanos	222
Salicylato de soda.....	223
Tratamento dietetico da cholelithiase.....	224
Tratamento hydro-mineral da cholelithiase.....	230
Indicações duma cura hydro-mineral.....	234
Escolha da estação d'aguas	236
Cura de Naunyn	238
Tratamento cirurgico da cholelithiase.....	241
Cirurgia da cholelithiase em Portugal.....	242
Considerações geraes.....	248
Tratamento cirurgico da colica hepatica.....	249
Tratamento cirurgico das angiocholecystites.....	251
Tratamento cirurgico da cholecystite chronica	253
Tratamento cirurgico na lithiase do choledoco	254
Tratamento cirurgico do ileo biliar	257
Tratamento cirurgico da cholecysto-appendicite.....	"
Tratamento cirurgico da cholecysto-pancreatite.....	260
Cholecystectomy e cholecystostomia.....	268
Opportunidade das intervenções por lithiase.....	269
Objecções feitas á cholecystectomy	273



