

JOSÉ MARIA BIVAR DE PAULA ROBERTES

N.º 716

OPERAÇÕES

NA

Vesicula biliar

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA PORTUENSE

23 — Travessa da Picaria — 25

—
1892

65/9 ENC

Presidente Klaid

mts, fms

Phidip charginum

Dec 19 - 1 hour

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

Lentes cathedrativos

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica.	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Vago.

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Lentes substitutos

Secção medica	{ Antonio Placido da Costa.
	{ Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior
Secção cirurgica	{ Ricardo d'Almeida Jorge.
	{ Candido Augusto Correia de Pinho.

Lente demonstrador

Secção cirurgica.	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
---------------------------	-------------------------------------

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

Regulamento da Escóla de 23 de abril de 1840, art. 155.º

A

Meus Daes

A minhas irmãs

A MEUS SOBRINHOS

A MEUS TIOS

Diocleciano E. de Paula Robertes

e

Antonio Maria Bivar da Rocha

Ayres L. Bivar da Rocha

D. Maria do C. Bivar de Souza

e suas excellentissimas familias

A MEU CUNHADO

A meu primo

Antonio Maria Bivar de Souza

e sua excellentissima familia

AOS MEUS INTIMOS AMIGOS

Pedro Alfredo d'Almeida
Gabriel Affonso Ribeiro

e suas excellentissimas familias

AOS MEUS AMIGOS

Antonio Manoel Neves
Affonso Mendes Cid
Firmino Marques Neves
Jacintho A. de Brito
Manoel Nepomuceno

e

João Barreiros de Torres Vaz Freire
Julio Barbosa

e suas excellentissimas esposas

e

Antonio de Torres Vaz Freire
Arthur Vieira de Mello
Domingos Ribeiro de Carvalho
Manoel d'Oliveira Serra

e suas excellentissimas familias

Á MEMORIA

DAS EXCELLENTISSIMAS SENHORAS

D. MARIA GUILHERMINA RUBIN D'ALMEIDA

D. ANGELICA CLEMENTINA D'ALMEIDA

D. MARIANNA II. DE TORRES BARREIROS



Aos

Excellentissimos Senhores

Dr. José Joaquim Lopes Praca

Dr. Pedro Augusto Dias

Ao

Grupo Academico

E

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E

EM ESPECIAL

A

Alberto A. Gomes d'Almeida

Antonio A. Castro Soares

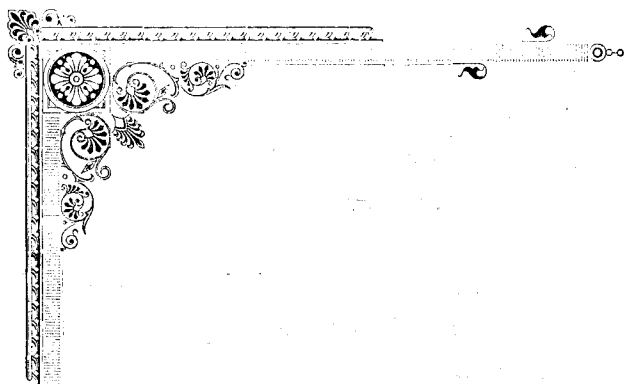
Antonio V. da Gama Pimentel

Carlos A. da Silva Rios

Isolino A. Ferreira Ennes

José R. Gonçalves Curado

AO MEU PRESIDENTE



PRIMEIRA PARTE

Da intervenção cirurgica nas affecções da vesicula biliar

As differentes operações que se praticam na vesicula biliar são as seguintes:

Cholecystolithotripsia — Cholecystotomia propriamente dita, e cholecystostomia — Cholecystectomy e cholecystenterostomia.

A *cholecystolithotripsia* consiste em praticar uma laparotomia seguida de esmagamento de calculos, encravados ou não, quer estejam na vesicula biliar quer no canal cystico, mas sem abertura prévia tanto da vesicula como do canal.

Os calculos depois de esmagados devem ser impellidos para o intestino.

Esta operação foi executada duas vezes por Mayo Robson, sendo completamente satisfatorio o resultado obtido.

O esmagamento dos calculos deve ser feito com os dedos, e só quando não fôr possivel fazel-o se recorrerá ás pinças, que então devem ser revestidas nos ramos de pequenos tubos de caoutchouc.

Na *cholecystotomia* propriamente dita temos a considerar dois processos, que são: a cholecystotomia com suturas intra-parietaes perdidas, e a cholecystotomia com suturas intra-peritoneas perdidas.

O primeiro consiste em abrir a vesicula e fechala

no fim da operação. Depois de feita a incisão da parede abdominal, fixa-se aos bordos da ferida, e abre-se em seguida. A abertura deve permittir a evacuação e exploração da vesícula.

Em seguida fecha-se com uma sutura extra-peritoneal dos bordos da ferida vesicular, de sorte que entre esta sutura e a que fixa a vesícula á parede abdominal medeia um pequeno espaço onde se pôde collocar um dreno, de modo que destruido um ponto da vesícula, havendo sahida de bile esta venha para o exterior.

Este processo essencialmente americano é devido a Parkes e a Carmalt.

O segundo consiste em abrir a vesícula, esvaziá-la, etc., depois suturar e abandoná-la na cavidade abdominal. Este processo, mais antigo que o precedente, é também chamado *cholecystotomia ideal*, *cholecystendyse* de Courvoisier. Foi praticado pela primeira vez por Meredith, depois por Gross, Courvoisier, Küster.

O resultado da operação depende da maneira como é feita a sutura vesicular, conforme pensam os seus defensores.

Loreta pratica duas suturas, a primeira nos bordos da incisão, em seguida deprime a vesícula no ponto correspondente a esta sutura; obteem-se assim duas pregas longitudinaes parallelas que são egualmente suturadas uma á outra, mas de fórma que esta sutura fique por cima da primeira.

Um outro methodo imaginado por Wolfler e Senger, no primeiro tempo, consiste em puxar a vesícula para fóra da abertura abdominal onde é fixa; no segundo tempo, despeja-se e fecha-se; e no terceiro liberta-se das adherencias abdominaes e abandona-se no ventre.

Este methodo é também chamado *cholecystotomia ideal* em dois tempos.

Cholecystostomia.— Esta operação pôde-se praticar em um ou dois tempos. A operação n'um só

tempo foi praticada a primeira vez por Bobbs, devido a um erro de diagnostico; porém com perfeito criterio só foi feita por Marion Sims.

Duas condições se podem dar; ou depois de aberto o peritoneo faz-se a incisão da vesicula, e só no fim da operação se sutura á parede abdominal: é a cholecystostomia classica, e que foi feita por Bobbs, Sims, Lawson Tait; — ou então sutura-se primeiro a vesicula á parede abdominal e só depois é que se abre: é a cholecystostomia de sutura prévia é incisão ulterior, que foi praticada a primeira vez por Ransohoff e depois por Trendelenburg, Felizet, Chaput, Denucé, etc.

A operação em dois tempos foi proposta por Bloch, Richter, Carré, etc.

Consiste em provocar primeiramente adherencias da vesicula á parede abdominal, e só depois d'estas existirem é que se abre a vesicula.

A maneira de provocar essas adherencias é variavel; ou, cortada a parede abdominal ao nivel do tumor, a vesicula geralmente distendida apparece no fundo da ferida e applicando-se um penso antiseptico n'esta ferida, encarrega-se á natureza o cuidado de formar as adherencias entre a vesicula e o peritoneo parietal; ou sutura-se a parede do tumor biliar aos bordos da ferida abdominal, e applica-se então o penso antiseptico. Passados alguns dias levanta-se o penso e pratica-se a abertura da vesicula.

A cholecystectomy consiste na ablação da visicula biliar. Foi tentada em animaes por Ettmuller, Herlin, preconizada por Campaignac e feita pela primeira vez no homem por Laugenbuch.

A cholecystenterostomia consiste em fazer communicar directamente a vesicula com o intestino. Foi praticada a primeira vez por Winiwater. Adiante descreveremos mais minuciosamente estas duas ultimas operações.

São pois bastante numerosos os methodos empregados; podemos comtudo reduzi-los a tres classes:

1.^a *Methodos n'um só tempo* — 2.^a *Methodos em dois tempos* — 3.^a *Methodos mixtos.*

N'um só tempo

- a) Sutura da vesícula á parede abdominal, abertura da vesícula ou abertura da vesícula e sutura á parede abdominal (*Cholecystotomia com suturas intra-parietaes perdidas, cholecystotomia*).
- b) Abertura da vesícula. sutura do bordo da incisão da vesícula que em seguida se abandona no abdomen (*Cholecystostomia ideal*).

Em dois tempos

- a) No primeiro tempo provocam-se adherencias da vesícula á parede abdominal. No segundo tempo, abertura da vesícula (*Cholecystostomia em dois tempos*).
- b) No primeiro tempo o mesmo que no anterior. No segundo tempo, fecha-se a vesícula e faz-se immediatamente a sutura (*Cholecystostomia ideal em dois tempos*).

Methodos mixtos.

A cholecystotomia ideal foi completamente abandonada, pois que não podiamos vigiar o andamento da cicatrização, nem intervirmos dado o caso de supuração, de hemorragia, ou de qualquer accidente que se seguisse á operação.

São, pois, os restantes processos que actualmente se discutem, não havendo um que possa preterir os demais, mas existindo apenas indicações em que um methodo é preferivel ao outro.

Talvez o mais empregado pela facilidade d'execução, ou, confórme se pretende, pela pouca probabilidade de hemorragia e peritonite, principalmente quando nos abstermos de manobras exploradoras, é a cholecystostomia.

Na verdade, todas as vezes que a vesícula biliar, tendo um certo desenvolvimento, se encosta á face profunda da parede abdominal, é esta operação facil e com pequenos perigos d'infeção e de hemorragia.

Deve ser praticada a exploração da vesícula?

Deve, porque além de ser um recurso importante para o diagnostico, se não fôr feita ha o risco d'uma operação sem resultado util; pois que não é possível a certeza de ficarem as vias biliares completamente desembaraçadas de calculos, nem tão pouco investigar se existe ou não algum calculo enkystado ¹.

A exploração torna-se mesmo inoffensiva se observarmos devidamente todos os cuidados antisepticos, o que de resto deve ser feito em qualquer operação.

Nos casos bastante frequentes em que a vesicula é muito pequena ou está profundamente escondida sob o figado, ou ainda nos casos em que a parede da vesicula é tão friavel que não conserva nenhuma sutura; a cholecystostomia torna-se impossivel ou quasi impossivel. Mas ainda mais: Os ataques de tosse, vomitos, movimentos respiratorios accentuados, não poderão inutilisar as suturas da vesicula á parede abdominal?

A existencia d'uma fistula difficil de curar é tambem um dos inconvenientes da cholecystotomia.

A operação não garante de futuro que se não reproduzam novos calculos, no caso de lithiase, e se é uma operação benigna quando haja adherencias da vesicula á parede abdominal, já assim não succede quando não existam essas adherencias.

A mortalidade regular é de 15 a 20 por cento, o que não acontece na cholecystectomy.

Por todas estas considerações parece-nos preferivel a cholecystectomy á cholecystotomia; e senão vejamos:

A cholecystectomy, não estando sujeita ás objec-

¹ A exploração da vesicula e canaes biliares extra-hepaticos corresponde ao que Terrier denomina—extração dos calculos do canal cystico, depois da cholecystotomia com ou sem lithotricia.

ções levantadas ao methodo anterior, repelle as que lhe foram feitas e que são as seguintes:

- 1.^a *A vesicula biliar é necessaria para a digestão;*
- 2.^a *Os calculos podem-se formar fóra da vesicula;*
- 3.^a *É uma operação grave, perigosa, antiphysiologica e inutil.*

Emquanto á primeira tem-se verificado que ella falta n'um certo numero de especies da serie animal, emquanto que existe n'outras especies muito proximas.

Nos mamiferos falta no elephante, no cavallo, no rhinoceronte, texugo, camello, veado, rato, golfinho, etc.

Nos passaros falta no abestruz, papagaio, pombo, cuco, perdiz, etc.

Nos batracheos, falta na tartaruga negra; na classe dos peixes, na lampreia, peixe persico, etc.

Segundo estas variantes qual será a utilidade da vesicula biliar?

Será precisa conforme julga Cuvier nos animaes cuja refeição é espaçada por um certo intervallo, emquanto que n'aquelles que comem continuamente a bile corre sem interrupção?

Esta explicação não satisfaz; pois que differença ha entre o cavallo e o veado, o boi e o carneiro, sob o ponto de vista de regimen quando estes teem vesicula e aquelles não? A vesicula pôde mesmo faltar nos individuos da mesma especie.

A anatomia humana mostra-nos casos d'ausencia da vesicula, e estes factos são asseverados por Schenck, Marcellus Donatus, Elliotson, Follet, Chomel, Senguel, etc., que verificaram a sua falta em autopsias a que procederam.

No emtanto, durante a vida dos individuos nenhuma perturbação digestiva revelou a falta do reservatorio biliar.

A atrophia senil e a suppressão funcional d'este

orgão devida á accumulação de calculos na respectiva cavidade é bastante frequente, e além d'isso tem-se extrahido a vesicula a um sem numero de cães, e no emtanto continuam a viver perfeitamente.

Mas as operações de Laugenbuch tiram todas as duvidas, pois que os seus operados gosam perfeita saude após quatro, cinco, seis e sete annos depois da operação.

A' segunda objecção responde-se, com as seguintes observações: em 8:000 autopsias feitas cuidadosamente por M. Webenken, de Bruxellas, não se encontrou um só caso de calculos existentes na substancia hepatica; e nos trinta e tres volumes de boletins publicados pela Sociedade anatomo-pathologica de Bruxellas até 1885, não existe tambem um só caso.

O mesmo acontece nos boletins da Sociedade Anatomica de Paris.

Um caso citado de lithiase depois da cholecystectomy succedido a Dixon não é verdadeiro, pois que na sua observação diz:

«Communição d'um caso de ruptura da vesicula biliar: cholecystectomy. Em seguida signaes d'obstrucção do canal choledoco, devidos á presença d'um calculo encravado, que passou despercebido—morte».

Mas ainda mais: o facto de existencia de calculos fóra da vesicula é commum nos cancros e obstrucções das vias biliares; casos estes em que a cholecystectomy é contra-indicada.

A terceira objecção, refuta-se da maneira seguinte: Se a operação é grave, não o é tambem a ovariectomia, a hysterectomy? e nem por isso se deixam de fazer.

As unicas contra-indicações por difficuldade operatoria seriam: grande solidez da vesicula, a extensa vascularisação, e as adherencias aos órgãos vizinhos, taes como: colon, duodeno, etc.

As estatísticas mostram além d'isso que a mortalidade não passa de 10 por cento.

Temos ainda o terceiro methodo, isto é: a cholecystenterostomia, que, como veremos, consiste em fazer communicar directamente a vesicula com o intestino.

A operação é extremamente delicada e não nos fica a certeza de que a sutura da vesicula ao intestino seja solida, e dado este caso a peritonite pôde declarar-se com mais facilidade do que nos outros processos operatorios.

Sendo talvez esta operação mais racional debaixo do ponto de vista physiologico, tem comtudo sido poucas vezes praticada, e n'essas poucas vezes a mortalidade ascende a 14 por cento.

Resta fallar na operação de Zielewicz, que consiste em abandonar a vesicula no ventre, depois de ter sido feita a ligadura do canal cystico.

Esta operação expõe á perfuração da vesicula, secundaria á obliteração do canal cystico, e por consequencia deve ser regeitada.

A cholelithotripsia ou cholecystolithotripsia deve tambem ser abandonada por muito perigosa, sujeita a bastantes eventualidades, e mesmo porque, nos casos em que parece ser indicada, a cholecystectomy substitue-a vantajosamente.

Fica-nos pois as tres operações: cholecystotomy, cholecystectomy e a cholecystenterostomia.

Qualquer d'ellas pôde ser util, mas por si só nenhuma é sufficiente para excluir as outras, ficando a escolha dependente do resultado therapeutico que, n'um determinado caso, possamos tirar d'uma ou d'outra operação.

Doenças da vesícula e canaes biliares extra-hepaticos que podem determinar a intervenção cirurgica

Não entrando no estudo da pathologia das vias biliares extra-hepaticas nem procurando estabelecer uma classificação, julgo necessario passar, ainda que rapidamente, uma vista geral sobre as doenças das vias biliares, nas quaes a intervenção cirurgica é justificavel.

Nem sempre é facil o diagnostico d'estas doenças, e no caso em que os methodos de exploração fornecidos pela medicina não sejam sufficientes, julgo perfeitamente auctorizada a laparotomia exploradora, observando-se rigorosa antisepsia, porque sendo então sem perigo, póde constituir o primeiro tempo da operação, caso esta seja necessaria.

Podemos abranger no seguinte quadro nosologico as diversas affecções da vesícula:

- 1.^a Lesões traumaticas
- 2.^a Lesões inflammatorias { collecção serosa,
 empyema.
- 3.^a Lesões nutritivas { ulceração,
 gangrena.
- 4.^a Lesões organicas;
- 5.^a Nevralgias essenciaes (se é que existem);
- 6.^a Occlusão do canal choledeco;
- 7.^a Lithiase biliar.

1.ª Lesões traumáticas

Ainda que coincidindo quasi sempre com lesões traumáticas d'outras visceras abdominaes, podemos contudo admittir que uma ferida perfurante ao nível da extremidade anterior da cartilagem da decima costella direita pôde produzir uma lesão limitada á vesicula.

Dixon observou um caso de ruptura traumática da vesicula com integridade perfeita dos outros órgãos, resultante d'uma queda d'um logar elevado.

Fez a laparotomia e extrahiu a vesicula rasgada.

O diagnostico da lesão traumática poderá inferir-se da situação da ferida exterior, sua direcção, comprimento do instrumento, local das dôres accusadas pelo doente, côr das dejecções. E' porém só com a laparotomia que se poderá fazer um diagnostico certo.

Debaixo do ponto de vista therapeutico dois casos se podem dar:

Ou a ferida da vesicula é insignificante e a sutura, segundo o processo de Senger, basta; ou a rasgadura é grande e a parede é quasi totalmente destruida, e n'estes casos será conveniente a extracção da vesicula.

A ablação da vesicula que se impõe no segundo caso, será talvez conveniente mesmo no primeiro; pois é preferivel extrahil-a a deixal-a no abdomen, quando se receie que já esteja infectada.

2.ª Lesões inflammatorias

Collecção serosa ou hydropsia — A hydropsia apresenta-se sob aspectos clinicos variaveis, o que tem dado logar a confundil-a com tumores liquidos do peritoneo, do epiplon, pancreas, rim direito, e até com um kysto do ovario.

Tambem se tem confundido com outros tumores da vesicula, empyema, collecção calculosa. Distingue-se porém do empyema pela sua indolencia e ausencia de symptomas febris.

Differe do tumor biliar calculoso pela ausencia d'ictericia, pelo volume do figado que fica normal, pelos resultados da apalpação profunda, e pela coloração normal das dejecções.

Em caso de duvida a incisão exploradora fará o diagnostico.

Diagnosticada a hydropsia, é de toda a conveniencia evitar que se transforme em empyema.

Tem-se empregado e ainda se usa actualmente, o tratamento das punctões e inecções modificadoras. No entanto tendo-se abandonado este tratamento nos kystos do ovario, porque se não abandona tambem na hydropsia da vesicula biliar?

A cholecystectomy parece ser aqui o processo operatorio conveniente, a não se dar o caso de existencia d'um calculo no canal cystico proximo do ponto de junção d'este canal ao choledeco. N'este caso a ligadura deverá ser feita entre o calculo e o canal choledeco. Deixar um calculo no coto cystico seria expôr á producção d'uma ulceração da parede, seguida de perfuração, com derramamento de bile no abdomen e peritonite mortal.

Se esta manobra fôr impossivel, será conveniente a cholecystotomy e ainda assim n'estas circumstancias ficaria provavelmente uma febre persistente, e eguaes perigos de perfuração do canal cystico.

A extracção do calculo pôde ser feita por manobras delicadas e vagarosas, estabelecendo uma drenagem perfeita para o caso de derramamento de bile.

Empyema—O empyema da vesicula pôde provir da transformação purulenta d'uma hydropsia, ou formar-se rapidamente após a obliteração do canal choledeco com cholecystite.

Esta tumefacção fluctuante, como a hydropsia e

o tumor calculeoso, é acompanhada de dôr local, geralmente muito viva, febre e arrepios.

A séde, antecedentes pessoaes, estado do figado, bastam para o diagnostico differencial com os abscessos hepaticos. E n'este caso a intervenção cirurgica é justificavel.

A punção simples, ou seguida d'injecção é bastante perigosa, pois basta que algumas gottas de pus escapem para a cavidade abdominal pelo orificio do trocar, para produzirem uma peritonite mortal.

Qual das duas operações devemos preferir?

A cholecystotomia ou a cholecystectomy?

Alguns cirurgiões preferem a cholecystotomia, baseando-se em que fazendo a ablação da vesicula não se está seguro de deixar no ventre um pediculo bastante desinfectado, e que o canal cystico seja bastante resistente para sustentar a ligadura.

Outros porém dizem que a desinfeção da pequena superficie do pediculo é possível. E se por negligencia não foi bem feita, produzir-se-hão accidentes d'inflamação local, o que não é para temer, devido á modificação introduzida no manual operatorio (drenagem), e que serve de garantia para o caso de escoamento de bile que possa provir do rasgamento da sutura.

Para estes a cholecystectomy é a operação preferida, e até de necessidade quando as paredes da vesicula sejam tão friaveis que não possam sustentar a sutura.

Dado porém o caso de adherencias extensas e vasculares aos órgãos visinhos, recorrer-se-ha á cholecystotomia seguida d'injecções na cavidade vesicular.

3.^a Lesões de nutrição

Entram n'esta classe a gangrena, ulceração patologica, e ruptura da vesicula. São raros estes ca-

sos. No boletim de *Pathological society's transaction of London* (1859) vem relatado o seguinte: — «Um individuo, de 22 annos, depois d'alguns dias em que soffreu dôres violentas na região da vesicula e umbigo, morreu em poucas horas. Pela autopsia encontrou-se a vesicula gangrenada e rota».

Habitualmente as rupturas expontaneas dão-se a titulo de complicações da hydropsia ou do empyema. E' por este motivo que os cirurgiões devem intervir n'estas duas doenças com rapidez.

A ruptura tambem já foi observada no parto quando o trabalho é longo, sendo este facto attribuido a um estado pathologico da vesicula, e não á gravidade do trabalho do parto. Quando seja possível diagnosticar esta lesão será util a incisão exploradora, a sutura da vesicula ou a cholecystectomy.

4.^a Lesões organicas da vesicula

Nos casos de lesões organicas da vesicula a intervenção cirurgica está plenamente auctorizada, e é quando a cholecystectomy se impõe.

Temos a considerar os tumores de natureza benigna ou maligna. Infelizmente só podemos conhecer o tumor maligno quando a extensão aos órgãos vizinhos torna inutil qualquer intervenção.

Se uma incisão exploradora fizer conhecer o começo d'um tumor bem limitado á vesicula, a ablação deverá ser logo feita.

5.^a Nevralgias essenciaes da vesicula biliar

Thiriar, depois de varias observações em que verificou a existencia de dôres intensissimas localizadas na região da vesicula, sem que descobrisse calculo ou areia nas dejecções, admittiu a existencia de nevralgias na vesicula biliar.

E porque não haverá nevralgias na vesícula?

Porque não haverá vesículas dolorosas, irritáveis, como ha bexigas dolorosas e irritáveis também?

E n'estes casos abrindo-se a bexiga não seria possível fazer o mesmo á vesícula?

A operação não seria justificavel quando essas nevralgias fossem tão intensas e tão prolongadas que tornassem a vida um verdadeiro martyrio?

Assim o julgo, tanto mais que podemos extrahir a vesícula, o que se não póde fazer á bexiga, e se para esta se intervem cirurgicamente não vejo razão para se não intervir n'aquella.

6.^a Occlusão do canal choledeco

As occlusões do canal choledeco relativamente frequentes, raras vezes se curam expontaneamente. A cholecystectomy está contra-indicada, a não ser quando a occlusão é produzida pela compressão exercida sobre o canal choledeco pela vesícula distendida. A cholecystotomy deve talvez ser mais vantajosa, porque poderíamos tentar a desobstrucção do canal choledeco por qualquer meio cirurgico ou medico.

A cholecystenterostomia é racional e levaria a uma cura radical, mas é muito difficil.

7.^a Lithiase biliar

A intervenção cirurgica na lithiase só é justificavel, quando as collicas se tornam frequentes e intoleraveis, e quando se tenham esgotado todos os recursos medicos, taes como: regimen, curas pelas aguas mineraes, tratamento interno, etc.

Da mesma fórma a intervenção cirurgica deve effectuar-se nos casos em que a medicina é im-

tente, ou quando exista durante muito tempo uma fistula prolongada pela presença dos calculos, e da qual já se não possa esperar cura expontanea.

A qual das operações devemos dar preferencia?

A cholecystotomia é por vezes de grande utilidade, porém só actua directamente n'uma determinada occasião e não evita a repetição do mal, ainda que os exemplos são pouco vulgares.

No caso de cholecystotomia devemos explorar a vesicula e esperar alguns dias para vêr se faz eliminação de calculos, aliás poder-nos-ha acontecer o que succedeu a Parkes e a Hafnolk. Parkes na primeira investigação não descobriu calculos na vesicula, e passados alguns dias encontrou cinco. Hafnolk, passados uns dias depois da operação, viu sahirem expontaneamente vinte e quatro calculos que tinham passado despercebidos.

A cholecystectomy tem as vantagens de evitar a nova formação de calculos quer na vesicula quer nos seus diverticulos (que algumas vezes existem), e de determinar portanto uma cura radical. Não acontece o mesmo com a cholecystotomia, porque se extrahimos os calculos deixamos ficar a vesicula e seus diverticulos, o que é bastante para que, pela extagnação de bile nos diverticulos, os calculos se reproduzam, e teriamos então novamente de intervir.

A cholecystenterostomia teria logar e até era o unico processo operatorio conveniente nos casos de oclusão do canal choledeco se este não se poder desobstruir.

Como já disse, só quando a medicina tenha esgotado todos os recursos, é que o cirurgião deve intervir, sendo conveniente que a intervenção se dê entre dois accessos.

Parece não ser completamente justificavel o facto de ser necessario, para diagnosticar a lithiase, sentir-se os calculos na vesicula, por que para este facto se não dar basta uma qualquer modificação na parede anterior do abdomen, ou que a vesicula es-

teja distendida por uma certa quantidade de liquido, facto que algumas vezes se dá, e que quando succede chega a confundir-se com um tumor solido.

Devemos preferir a cholecystectomy á cholecystotomy, se nos lembramos que após esta ficam muitas vezes fistulas rebeldes a todo o tratamento ordinario, e que pela sua permanencia se arrisca o doente a accidentes e até á cachexia.

Do que fica dito pôde-se inferir que a intervenção cirurgica é plenamente justificavel nas affecções citadas, e que a cholecystectomy tem algumas vantagens aos outros processos operatorios, sendo mesmo o processo preferido nos casos de gangrena espontanea, grande ruptura, fistulas biliares rebeldes e empyema.

E' no emtanto contra-indicada todas as vezes que por adherencias muito extensas e muito solidas se não possa fazer ablação completa, e nos casos de occlusão do canal choledeco.

No primeiro caso tem logar a cholecystotomy, no segundo a cholecystenterostomy, e esta na hypothese de que a occlusão não fosse causada por compressão exercida por um tumor visinho.

A intervenção cirurgica é pois de grande utilidade, e a cholecystectomy tende a supplantar os outros processos operatorios. A sua execução é relativamente facil e os perigos d'hemorrhagia, peritonite e derramamento de bile podem evitar-se isolando tanto quanto possivel a região operatoria da cavidade peritoneal, e estabelecendo a drenagem d'esta cavidade tornada independente. A mortalidade já menor que a dos outros processos, deverá diminuir ainda depois da modificação feita á technica operatoria.

SEGUNDA PARTE

Resumo historico

Quem primeiro pensou em intervir cirurgicamente nas affecções da vesicula biliar foi Jean Louis Petit, em 1743, que no seu tratado de doenças chirurgicas se pronunciou abertamente n'esse sentido.

Admittia como condição indispensavel a existencia de adherencias da vesicula á parede abdominal, aliás o resultado seria fatal. Seguiu-se-lhe Herlin em 1767, Morand em 1756, que abriu a vesicula para extracção de calculos; Bloch em 1774 e Reichter em 1778 que procuraram provocar adherencias entre a parede abdominal e a vesicula, para depois a abrirem. Campaignac em 1826 aconselha a ablação da vesicula como cura radical das collicas biliares, fundado na experimentação sobre animaes, e em considerações anatomo-pathologicas, dizendo que a vesicula podia ser supprimida sem que por isso os doentes soffressem. Fundava-se tambem para tal asserção, em que pela autopsia se encontrava muitas vezes obliteração do collo da vesicula, sem que essa falta tivesse causado a morte dos individuos.

No entanto não pôz em pratica a operação.

Em 1878 Marion Sims praticou a cholecystotomia, justificando com provas a sua operação. *Brit. med. Journal*. E' só por estes ultimos annos que

teem apparecido referencias a alguns casos operatorios, sendo em 1890 que definitivamente se assentou na intervenção cirurgica.

Foram em primeiro logar os americanos, depois os inglezes, em seguida allemães, belgas, etc.

Entre os que mais se sobressahiram foram Lawson Tait, Burke, Bryant, Langenbuch, Kocher, Thyriar, Demarquay e Auger.

Tem havido grande discordancia entre os differentes cirurgiões ácerca de qual das operações se deve preferir.

Assim Langenbuch defende acaloradamente a cholecystectomy, encontrando como adeptos Crédé, Riéd, Joena, etc., na Allemanha; Thyriar, na Belgica; d'Antona, na Italia; Couvoisier, Soem Hocher, na Suissa; e Ohage Broeger, na America, os quaes teem contribuido para que a cholecystectomy esteja quasi geralmente adoptada. Só na Inglaterra se conserva ainda refractaria a cholecystectomy sendo seu principal adversario Lawson Tait.

Em França, tem sido defendida por Tyriar e praticada por Pean, Michaux, Terrier, Perier, Broca, etc.

Entre nós tem-se praticado a cholecystotomy pelo sr. Antonio A. Maia, do Porto, e a cholecystenterostomy pelo sr. Manoel V. da Costa, de Lisboa.

A cholecystenterostomy foi creada e praticada por Winivater, tendo sido feita tambem por Manatyrski, Kappeler, Loein, Bardenheur, Mayo Robson, François Colezi, Dastre, Terrier e G. Harley. Pelo diminuto numero d'operações que se tem feito e pelo resultado obtido pôde-se dizer que ella está ainda no seu principio.

TERCEIRA PARTE

Manual operatorio. Breves noções sobre antiseptia preparatoria e operatoria. Operações. Accidentes

E' sem duvida á antiseptia que se devem os bellos resultados obtidos em operações importantes, já pela região em que se praticam, já pela sua delicadeza.

Alguns cirurgiões asseveram que basta uma antiseptia rigorosa para que se possa operar sem receio d'infecção, e entre elles está Terrier; outros, e talvez a maior parte, optam pela antiseptia.

Nas operações da vesicula biliar convém que a antiseptia seja do maximo rigor, pois temos que abrir o peritoneo, e mexer em órgãos delicados, como o figado, duodeno, e em que a mais pequena negligencia póde determinar a morte.

Convirá que o doente tome durante alguns dias, antes da operação, um desinfectante intestinal, por exemplo: 4 ou 5 grammas de naphtol por dia; 2 a 4 de salol; 1 a 2 grammas de creosóte, etc. Um purgante na vespera da operação é conveniente.

Na vespera, ou ante-vespera, um banho geral; melhor porém será na vespera. Depois de sahir do banho e de rapados os pellos, lavado com agua e sabonete phenico e em seguida com alcool, todo o

campo operatorio, dever-se-ha applicar um penso antiseptico sobre a parede abdominal.

As esponjas que tenham de servir, devem ser desinfectadas por lavagens repetidas em soluções antisepticas; pela permanencia prolongada na agua alcalinizada, e submettendo-as finalmente a uma temperatura de 110 a 115 grãos durante meia hora.

Os ferros deverão permanecer n'um banho d'oleo a 110°, o que tem a vantagem de os não alterar.

Os fios quer de *catgut*, quer de crina deverão ser egualmente desinfectados.

Dois ajudantes encarregar-se-hão de fornecer os instrumentos e esponjas. Ajudantes e operador farão limpeza minuciosa nas mãos e braços, que devem ficar completamente nus, e que devem lavar de vez em quando n'uma solução de sublimado.

Os instrumentos devem estar mettidos n'um banho d'agua a ferver durante a operação, e serão bisturis, pinças hemostaticas, pinças de disseccão, pequenos forceps de modelos variados para extracção de calculos mais ou menos profundamente situados ou até encravados, um aspirador de Potain (para a eventualidade d'uma punccão), e um thermo-cauterio para os casos de hemorrhagia, etc., etc.

Um ajudante encarregar-se-ha da chloroformisação.

Descripção das operações

Como qualquer das operações consta de varios tempos, alguns dos quaes são communs a todas ellas, descrerevemos esses tempos separando os que são exclusivos a cada processo.

Antes de começar o estudo dos differentes tempos da operação, julgo conveniente fazer a descripção da anatomia topographica da região em que se opera.

Como se sabe o abdomen é dividido em nove regiões limitadas por quatro linhas perpendiculares, e parallelas duas a duas,

Duas horisontaes, passando a primeira pelo bordo inferior das decimas costellas, e a segunda passando pelas espinhas iliacas superiores e anteriores.

Duas verticaes que vão dos mamillos direito e esquerdo ás espinhas iliacas inferiores e anteriores direita e esquerda.

Estas regiões são tres medianas, de cima para baixo, a epigastrica, umbilical, hypogastrica; tres de cada lado, que são: hypocondrio, flanco, iliaca direita ou esquerda. As regiões antero-lateraes são limitadas em cima pelo rebordo inferior do thorax, em baixo pelo pubis e arcada crural, atraz pelo bordo posterior do musculo grande obliquo do abdomen.

A parede tem a fôrma d'um losango cujos angulos superior e inferior correspondem ao appendice xiphoideo, e ao pubis; e os angulos lateraes prolongam-se entre as falsas costellas e a crista iliaca. Uma vez deprimida outras abaulada, a parede antero-lateral tem uma espessura variavel segundo os individuos, idade, e conforme a maior ou menor porção de gordura interposta entre as diversas camadas.

Se descrevi a parede antero-lateral é porque as camadas de que é composta são as mesmas em toda a sua extensão, e o campo operatorio está contido n'esta parede.

O que nos interessa são as seguintes regiões: flanco e hypocondrio direito, metade das regiões epigastrica e umbilical.

As camadas que compõem a parede antero-lateral são numerosas e apresentam diversas disposições, conforme se considera pela frente ou pelos lados. — Nos lados encontra-se de fóra para dentro — pelle, *fascia superficialis*, uma camada cellulosa cobrindo o grande obliquo, musculos grande obliquo e sua aponevrose, pequeno obliquo, transverso, *fascia transversalis*, peritoneo. E' entre estes planos que está interposto o tecido cellulo-adiposo.

A pelle nada nos interessa sob o nosso ponto de

vista. A *fascia superficialis* e a camada cellulosa que cobre o grande obliquo, pouco nos importa tambem.

Musculo grande obliquo e aponevrose. — Temos que estudar principalmente a aponevrose, porque corresponde á parte da parede onde geralmente se opéra.

E' composta de fibras com a mesma direcção que as musculares, isto é: verticaes, e são divididas em feixes ligados entre si por fibras arciformes.

Esta aponevrose é muito resistente, brilhante, nacarada, facilmente reconhecivel no vivo e que serve de ponto de reparo.

Os musculos pequeno obliquo e transverso pouco nos importa; o mesmo com respeito á *fascia transversalis*.

Finalmente o peritoneo. Parte anterior do peritoneo parietal, muito delgado ao nivel do umbigo, e proximidade da linha branca e muito adherente, não apresenta circumstancia importante no nosso campo operatorio, e só se torna importantissima a parte do peritoneo que está em relação com o figado e apparelho biliar. As camadas que constituem a porção mediana da parede abdominal são menos que as enumeradas; porém as aponevroses teem uma disposição complicada.

Temos a pelle, camada cellulo-gordurosa sob-cutanea, uma aponevrose resistente, folheto anterior da bainha do recto anterior do abdomen, musculo grande recto, folheto profundo da respectiva bainha. Tecido cellular infra-peritoneal, peritoneo. Linha mediana, mais simples ainda, visto que a pelle só está separada do peritoneo por camadas cellulo-gordurosas, e uma lamina fibrosa resultante do entrecruzamento das fibras das aponevroses dos grandes rectos.

Estudada a parede abdominal vejamos quaes as relações dos órgãos abdominaes com a parede, nas regiões que nos interessam.

Epigastro. — Encontra-se no epigastro o lobulo esquerdo do figado, uma pequena parte da face an-

terior do estomago com os orificios pylorico e esophagico, epiplon gastro-hepatico, hiatus de Winslow. No labio anterior do hiatus encontra-se a arteria hepatica, canal hepatico, cystico, choledeco, adiante, — veia porta atraz. Ramos do grande sympathico e o final do nervo pneumogastrico direito. Atraz do estomago, cavidade posterior dos epiplons, segunda e terceira porção do duodeno, pancreas, trônco coeliaco, arteria mesenterica superior rodeada de ganglios lymphaticos, plexo solar, aorta, veia cava inferior, columna vertebral.

Hypochondrio direito quasi que occupado pelo lobulo direito do figado, fundo da vesicula biliar, pequena porção do colon transverso, extremidade superior do rim direito e capsula supra-renal.

Flanco direito. — Algumas circumvoluções do intestino delgado, colon ascendente, rim, uretère.

Zona umbilical. — Grande epiplon, colon transverso, intestino delgado, mesenterio, aorta, veia cava inferior.

1.º tempo — Incisão da pelle e partes molles

Seja qual fôr a operação que se queira praticar, a mesma incisão pôde servir, e apesar da fórma, comprimento, região, differir de um cirurgião para outro, podemos reduzir todas as incisões ás quatro seguintes fórmās:

1.^a A incisão é parallela ao eixo do corpo e passa sobre a região da vesicula;

2.^a A incisão é parallela ao eixo do corpo e passa pela linha branca;

3.^a A incisão é transversal;

4.^a Methodo mixto — A incisão é em T ou simplesmente curva. O ramo horisontal fica parallelo ao

rebordo das falsas costellas ou é feito sobre a linha média.

1.º processo. — Adoptado por Terrier, Michaux, Koeberlé. A incisão é feita parallelamente ao bordo externo do musculo grande recto do abdomen, lado direito, e vae desde o rebordo costal até dez ou doze centímetros abaixo.

Para conhecer o bordo externo do musculo, caso esteja pouco nitido, podemos abaixar uma linha vertical do cotovello formado pela cartilagem da nona costella.

Segundo alguns anatomicos, o fundo da vesicula corresponde ao bordo externo do musculo, e ao nivel da nona costella; — segundo outros, corresponde ainda abaixo d'este rebordo, e perto da extremidade anterior da decima costella. Para Sappey é á parte média do rebordo das falsas costellas direitas.

Observações minuciosas de Calot, feitas sobre individuos com figado normal, deram-lhe em resultado verificar que o fundo da vesicula não corresponde exactamente ao bordo do musculo recto, mas está situado entre um e meio a dois centímetros para fóra d'este bordo. Aconselha como ponto de reparo, conhecer bem a impressão que causa a pequena saliencia da extremidade anterior da decima costella, e o pequeno ligamento que a une ao angulo da nona cartilagem ⁴. Este pequeno ligamento não corresponde á extremidade anterior da cartilagem, que se acha a um centimetro para dentro e outro mais para baixo.

E' ao nivel d'este ligamento que se encontra o fundo da vesicula.

Esta incisão não interessa nervos nem vasos importantes, mas sob este ponto de vista a incisão mediana tem vantagens.

Os cirurgiões que se servem d'este processo teem como principal objecto, chegar o mais directamente

⁴ Este ligamento une a porção cartilaginosa da decima costella ao angulo da nona cartilagem.

possivel á vesicula, afim de facilmente poderem exploral-a ou dissecal-a.

Tem comtudo o inconveniente de serem tensas e resistentes os labios da incisão, principalmente o interno, devido ao relevo do musculo recto, e de não deixar chegar a luz sufficiente para a operação.

Além d'isso, no caso de cholecystectomy ou cholecystenterostomia, os órgãos sobre que se tem de operar não estão no plano vertical antero-posterior da vesicula. O canal cystico e o canal choledeco, cuja exploração é indispensavel, acham-se n'um plano muito differente do fundo da vesicula.

A situação dos canaes biliares extra-hepaticos, em referencia a um plano vertical antero-posterior, será a do plano que passe seis a sete centimetros por dentro da linha operatoria, isto é, pelo terço médio da linha que separa o fundo da vesicula da linha branca. Isto á superficie no caso de cholecystectomy, porque na profundidade, o ponto onde se tem que operar, e até com mais delicadeza, é uma especie de infundibulum.

Esta incisão de grande vantagem para a cholecystotomy, ou cholecystostomia, é inconveniente para as outras operações.

2.^o processo — *Incisão vertical na linha média — Perier, Broea.* Esta incisão colloca ao abrigo de hemorragias e *eventração* ¹.

Depende principalmente este ultimo incidente do estado anterior das paredes do abdomen.

O inconveniente para as manobras sobre os canaes biliares não existe no mesmo grão como no caso anterior. Aqui é a vesicula que se torna difficil d'attingir e de a livrar de adherencias ás partes visinhas, caso ellas existam.

3.^o processo — *Incisão transversal obliqua.* Pro-

¹ Hernia abdominal que se produz por uma abertura accidental.

posta por Deroubaix em 1885. E' uma incisão obliqua, quasi transversal que pôde, conforme as circumstancias, affectar a fôrma semi-lunar ou parabolica.

Começa-se na linha branca a dois centímetros, approximadamente, do appendice xiphoideo, segue obliquamente de cima para baixo e de dentro para fóra, atravessando o musculo recto até ao seu bordo externo; depois continúa a descer seguindo uma linha curva de concavidade superior até dois, tres ou quatro pollegadas abaixo do bordo inferior do thorax, para voltar para traz, sempre na mesma direcção, até uma pollegada de distancia da reunião da linha mamillar com o bordo inferior das falsas costellas.

Por esta incisão circumscreve-se um retalho de convexidade virada para baixo, e que se pôde facilmente rebater sobre a face externa do peito.

Não obstante dar grande liberdade de movimentos ao operador, quer no principio quer no fim da operação, tanto para a cholecystotomia como para as outras operações, e de deixar que a luz penetre bastante até á face inferior do figado, esta incisão ainda não foi praticada.

4.^o processo — *Methodo mixto*. Este methodo deve reunir, pelo menos, todas as vantagens dos tres processos antecedentes. E' devido a Laugenbuch.

Pratica-se sobre o bordo externo do musculo recto uma incisão que se prolonga sobre uma extensão de doze a quinze centímetros. Da parte superior d'esta incisão, que corresponde á vesicula biliar, parte outra incisão que segue o bordo anterior do figado, cuja situação foi préviamente determinada. Esta incisão deve ser de doze a quinze centímetros tambem, e corresponde por sua extremidade interna á linha media.

Por meio d'esta incisão abrange-se uma vasta superficie, que permite chegar facilmente sobre a vesicula e sobre os canaes excretores da bile, e dá

bastante luz para que se possa manobrar perfeitamente no infundibulum já mencionado.

A maioria dos cirurgiões seguem esta incisão, que é de vantagem para a cholecystectomy e para a cholecystenterostomia.

Tem, contudo, os seguintes inconvenientes: Secção da mamaria interna, córte transversal do musculo grande recto, e o perigo d'uma hernia consecutiva pelo golpe feito n'este musculo.

Porém aos operados de Laugenbuch nunca succedeu tal accidente. Com o menor esforço de tosse ou vomito os intestinos podem fazer hernia durante a operação, o que é um perigo pelas maiores probabilidades d'infeccção e choque traumatico.

Uma nova incisão proposta por Calot, consiste, depois de feita a incisão parallela ao bordo externo do musculo recto, em fazer partir da extremidade superior d'esta incisão uma segunda, transversal, mas só de quatro a seis centímetros.

Tem as vantagens do methodo mixto e cortando poucas fibras do musculo recto não tem o inconveniente da incisão transversal já citada.

Vicent aconselha, no caso de se operar uma criança, fazer a incisão mediana supra-umbilical, porque não sendo a topographia do figado a mesma que no adulto, porque está muito mais baixo, a incisão lateral não fornece campo bastante vasto á exploração. A laparotomia deixa escolher qualquer das operações, e a sutura parietal achando-se em contacto com o figado poderá determinar uma hemorragia mortal.

Feita a incisão da pelle e tecidos subjacentes deve haver a maior prudencia ao chegar sobre a vesicula, porque esta tem ás vezes adherencias á face profunda da parede abdominal que convém não seccionar.

2.º tempo — Procura da vesicula e exploração dos canaes biliares

Este tempo, tambem commum ás differentes operações, differe conforme se trata da cholecystotomia ou da cholecystectomy.

Em geral a vesicula faz uma saliencia mais ou menos notavel abaixo do bordo anterior do figado, e por isso facilmente se encontra; ha casos porém em que o volume pôde ser sensivelmente normal, e que até não nivele com o bordo anterior do figado e nem apresente relações com a parede abdominal, sendo então necessario levantar um pouco o bordo anterior do figado para o descobrir.

E', como foi dito, ao nivel da extremidade anterior da cartilagem da decima costella que a vesicula se encontra. Geralmente está envolvida por um envolvero inflammatorio que a liga mais ou menos aos órgãos visinhos, e as suas paredes são um pouco espessas e endurecidas.

Temos agora a considerar dois casos, ou fazemos a cholecystostomia ou a cholecystectomy.

Devemos, primeiro que tudo, explorar os canaes biliares; vesicula e os diversos órgãos que estão em relação com a vesicula; vêr se ha adherencias, reconhecer se ha calculos, suas dimensões, logar, mobilidade, e tentar fazel-os caminhar para o duodeno ou para a vesicula. No caso de obstrucção do canal choledeco não devemos pensar na cholecystectomy. Feita a exploração e querendo praticar a cholecystostomia apprehende-se a vesicula e puxa-se para fóra da ferida.

Se está distendida por liquido, faz-se a punção e aspiração do liquido, depois de a ter bem segura. Pratica-se uma incisão de 0^m,025 a 0^m,03 ou mais, e sutura-se a vesicula á parede abdominal, ou sutura-se á parede abdominal e abre-se depois.

Querendo praticar a cholecystectomy temos que examinar cuidadosamente o canal choledeco. Este canal corresponde ao terço médio da linha que vae da vesicula biliar á linha média. Contribue com a veia porta e arteria cystica á formação do bordo anterior do hiatus de Winslow.

Para fazer a exploração do canal choledeco basta levar um dedo ao hiatus Winslow, com a polpa para diante, e procurar reconhecer primeiro a veia porta e depois, adiante d'ella e um pouco para a direita, o canal choledeco. Este corresponde pelo seu bordo direito ao dedo explorador.

A veia porta é reconhecivel pela sensação d'um corpo macio como as veias d'um varicocelo, emquanto que o canal choledeco dá a sensação d'um cordão chato, mais resistente e mais pequeno; tendo calculos no interior são estes reconheciveis em qualquer ponto do trajecto até quasi ao bordo superior do pancreas.

Póde-se explorar mesmo este órgão, o que é conveniente visto que os sarcomas da cabeça do pancreas dão logar á obstrucção do choledeco.

Se o hiatus de Winslow está obstruido por adherencias pathologicas deve o canal choledeco ser explorado seguindo o bordo anterior.

E' indispensavel o exame no canal choledeco na cholecystectomy, aliás, dada a obstrucção, a morte do doente é certa, e foi o que aconteceu a Langenbuch e a Dixon em duas cholecystectomias que praticaram.

N'esta operação é tambem conveniente esvasiar a vesicula; afim de que pelas manobras operatorias não se lhe rompa a parede e haja derramamento. Um modo util de a punccionar consiste em fazer-lhe uma botoeira, e fechal-a em seguida com uma pinça de kisto ou hemostatica, que fica servindo tambem para fixar o órgão.

3.º tempo

Este tempo differe conforme a operação. Assim, na cholecystotomia, consiste na lavagem, injeccões antisepticas ou modificadoras e drenagem; ou, nos casos de lithiase, na extracção dos calculos e drenagem.

Na cholecystectomy este tempo da operação é mais difficil.

Tem o cirurgião de vêr se ha ou não adherencias pathologicas, no caso de as não haver basta destruir as adherencias ao figado, e facil é então a tarefa.

Mas existindo adherencias pathologicas, como acontece com as tumores, torna-se então muito mais trabalhosa a libertação da vesicula.

Pela face inferior convexa, póde repousar á direita sobre o angulo superior do colon, e até sobre o rim direito, para a esquerda póde ir até ao estomago, proximo da extremidade pylorica, ou tambem vindo para deante e para baixo, separar o colon transverso da parede abdominal e collocar-se em relação com as circumvoluções do intestino delgado.

Geralmente tem-se encontrado a vesicula em relação com a face superior do colon transverso, e apoiando-se um pouco sobre o angulo das duas primeiras porções do duodeno.

O meio pelo qual se podem destruir as adherencias é variavel. E' preciso evitar quanto possivel o bisturi por causa da secção nitida dos vasos das adherencias, e haver a maxima prudencia com a applicação do thermo-cauterio. Devemo-nos servir dos dedos, d'uma sonda canulada, ou dos lados d'uma tesoura quando fechada.

Quando o bisturi se não possa dispensar é preciso ter muita cautella em não ferir o intestino.

No caso em que as adherencias da vesicula ao intestino sejam muito grandes é preferivel, ao destruil-as, deixar-lhe antes um pequeno pedaço da parede que se raspa com uma curêta, lava-se com solução de sublimado, a até mesmo se pôde cauterisar.

E' o periodo mais trabalhoso da operação. Muitas vezes é preciso recorrer a pinças de laqueação de modelos variados, cujo fim é vedar a hemorrhagia dos pequenos retalhos das adherencias que ás vezes sangram muito, e estão situados profundamente. M. Terrier serve-se das pinças de Kocher.

Libertada a face inferior da vesicula, descola-se a face superior. Para esse fim em muitas occasiões tem de se fazer oscillar o bordo anterior do figado e eleva-lo, por que ás vezes encobre o fundo da vesicula; e quando se não fizesse tal elevação teria que se destacar a vesicula ao acaso.

Para se destacar a vesicula das adherencias ao figado, deve tambem ser preferido o dedo á sonda, á ponta de tesoura e ao bisturi. Langenbuch prefere o bisturi, que deve ser muito fino.

Sempre que seja possivel fazer a separação com os dedos, não se deve empregar instrumentos que mais ou menos possam lacerar o figado ou algum vaso.

Quando se procede por descolamento a substancia hepatica é poupada e só é despojada da capsula n'uma pequena extensão que corresponde á superficie d'implantação da vesicula. Esta pequena porção é triangular, a base que está para deante terá 0^m,03 ou 0,04, adelgaça-se á medida que se approxima do vertice da vesicula, e assim attenua-se a gravidade da hemorrhagia.

Nos casos de adherencias pathologicas teremos que recorrer á laqueação, ao thermo-cauterio, o que no entanto era dispensavel, se se podesse fazer a separação por arrancamento. N'esta hypothese acontecia o mesmo que nas feridas por arrancamento, nas quaes a hemorrhagia é pequenissima.

*

Libertada a vesicula resta ligar o canal cystico.

Na *cholecystenterostomia* era n'este tempo que teriamos que ligar a vesicula ao intestino.

Para isso é necessario escolher as partes da vesicula e do intestino delgado que mais proximas estejam, e que tanto pôde ser a primeira porção do duodeno, no caso de Terrier, como as ultimas porções, jejuno e ileon. No entanto o ponto do intestino escolhido só pode ser determinado na propria occasião. Deverá contudo escolher-se, quando possível, a segunda e terceira porção do duodeno.

A anastomose da vesicula ao intestino deverá ser feita n'um só tempo, Winiwater mesmo o confessa.

Por isso podemos escolher dois methodos.

Primeiro—Processo de duas botoeiras, indicado por Colzi, e empregado por Kappeler, Socin, etc., e que consiste em praticar, no fundo da vesicula e no bordo livre da ansa intestinal escolhida, duas botoeiras de eguaes dimensões, onde se possa introduzir a polpa d'um dedo. Os bordos d'estas botoeiras são então aproximados, e reunidos por duas suturas sobrepostas, a primeira une as mucosas, e a segunda une as serosas.

Segundo—Processo seguido por Terrier, e que consiste em fazer, com um fio de catgut, uma lacçada ou sutura, como um cordão de bolsa ou de sacco, entre as partes correspondentes da vesicula e do duodeno. A vesicula biliar deve ter sido previamente esvasiada, e obliterada a abertura da punctão com uma pinça.

O fio entra na camada serosa e na muscular, mas não interessa a mucosa quer intestinal quer vesicular. As duas pontas do fio são seguras por uma pinça de pressão.

Acima d'esta primeira sutura collocam-se oito pontos tambem de sutura, successivamente, mas em duas linhas antero-posteriores; quatro pontos de cada lado. Cada um dos fios depois de ter penetrado na espessura da parede intestinal, sem a atra-

vessar totalmente, sahe a uma pequena distancia, 0^m,01 pouco mais ou menos, para penetrar novamente na parede intestinal, sempre sem a atravessar e para tornar a sahir depois d'um trajecto de 0^m,008 a 0^m,010.

O mesmo fio atravessa ainda duas vezes, mas não completamente, a tunica da vesicula biliar como se fez na parede intestinal.

Apertando os fios concebe-se que se juntam exteriormente as paredes da vesicula e do duodeno, conforme duas linhas longitudinaes. Um ultimo fio faz uma nova sutura analogã em trajecto á primeira, isto é: um cordão de bolsa, collocada acima das duas series lateraes.

As extremidades d'estes fios são todas agarradas methodicamente com pinças de pressão, de maneira que facilmente se reconheçam.

O primeiro ponto é apertado, e as extremidades do fio são cortadas junto ao nó. Em seguida fecham-se os pontos lateraes, protegendo as partes proximas com uma esponja segura por uma pinça, e afastando com uma outra pinça, mas de dissecação, entre-aberta, as duas ordens de sutura antero-posteriores.

Quando estejam fechadas, abre-se a vesicula com um bisturi fino e estreito, depois limpa-se com uma esponja a bile que sahir, e com o mesmo bisturi abre-se o duodeno n'uma pequena extensão correspondente á abertura da vesicula.

Para assegurar esta communicação faz-se penetrar primeiro na vesicula e depois no intestino um dreno de 0^m,04 a 0^m,05 centimetros de comprido por 0^m,004 a 0^m,005 de diametro. Depois de ser bem limpo com esponjas é que se fecha o ultimo ponto disposto em fórma de cordão de bolsa.

Durante todas estas manobras, convém evitar que corra bile ou materias intestinaes para a cavidade abdominal, e para isso serve-se o operador de esponjas montadas e de compressas antisepticas.

A abertura, feita com o trocate para esvaziamento da vesícula, é agora fechada com dois fios de catgut passados com uma agulha de Reverdin, por exemplo: na espessura da parede da vesícula e atado de forma que as suas ansas se entrecruzem em X.

Para maior segurança deve-se prender o fundo da vesícula ao angulo inferior da ferida abdominal. G. Harley aconselha a sutura da vesícula ao intestino e collocar um pedaço de massa caustica ao nivel do encostamento das duas cavidades para as ulcerar e fazel-as communicar depois. Bardenheuer, ligou a vesícula ao duodeno por meio da ligadura elastica.

4.º tempo

Tanto na cholecystostomia como na cholecystenterostomia fazem-se ás suturas, profundas, no peritoneo e as superficiaes na parede abdominal e collocase o penso antiseptico que, como é commum a todas as operações, será descripto em ultimo lugar. Como já disse deve-se drenar a ferida e por isso a sutura não fica completamente fechada, isto porque além de ser, nos casos de qualquer operação, uma porta de sahida para o pus, quando se fórme; torna-se indispensavel quando queiramos estabelecer uma fistula.

Quando seja conveniente fechar a fistula, e que a oclusão se não faça expontaneamente, devemos recorrer ás cauterisações do tracto fistuloso. Depois da cauterisação a fistula fecha geralmente dentro de vinte e quatro horas, e a ictericia, que augmenta nos primeiros dias, desapparece pouco a pouco.

Este tempo, na cholecystectomy, é o mais delicado da operação, e consiste no isolamento e ligadura do canal cystico.

Opera-se muito profundamente e a uma distancia quasi egual tanto do musculo recto como da linha branca.

A ultima incisão que foi descripta permite ao operador manobrar muito mais livremente do que nas outras.

O espaço em que se opera é pequeno, e órgãos importantes podem ser feridos; d'ahi a difficuldade d'este tempo.

A disposição dos vasos é importante, e deve ser perfeitamente conhecida a anatomia d'esta região. O canal choledeco fórma o bordo direito do epiplon gastro-hepatico, e o canal cystico continua quasi que na mesma direcção. Estes dois canaes descrevem uma curva de concavidade voltada para a direita e para deante. No ponto de união d'estes dois canaes é que se abre o canal hepatico, que com a arteria e canal cystico fórma um triangulo isosceles de que os lados superior e inferior são representados, o superior pela arteria cystica, o inferior pelo canal cystico; são eguaes e um pouco mais compridos que o terceiro lado da triangulo formado pela canal hepatico.

A arteria hepatica está situada adeante e por dentro do canal hepatico. O ramo direito d'esta arteria, que n'um terço dos casos entra na formação do bordo superior do triangulo n'um comprimento de 0^m,004, segue por cima da arteria cystica com um trajecto e disposição quasi parallela a esta.

E' importante o conhecimento d'esta disposição pois é possivel que, puxando a arteria cystica para a laqueação, se puxem e laqueem ambas as arterias, e d'ahi a atrophia do lobulo direito do figado.

Os numerosos nervos, que envolvem tanto os vasos sanguineos como biliares, concorrem para obscurer os canaes. Estes nervos veem do plexo celiaco.

Comprehende-se qual seria o perigo da ligadura do canal hepatico ou choledeco, pois arrastaria consigo a morte do operado. O ferimento da arteria he-

patica (ramo direito) seria gravissimo, e concebe-se que este facto póde succeder não se sendo muito cauteloso.

Operando-se por descolamento, ou a arteria se rompe pela tracção e a hemostasis fica feita, ou fica junta ao canal cystico e é ligada com este.

Um ajudante deverá com uma das mãos repellir a massa intestinal, e com a outra elevar o bordo anterior do figado.

Devem-se fazer duas ligaduras no canal cystico, uma proximo do collo da vesicula, outra um pouco mais acima, depois de ter feito refluir a bile que estivesse no canal. A secção é feita entre as duas ligaduras, tendo por baixo uma esponja afim de receber algumas gottas de bile que venham a correr.

Seria conveniente praticar duas ligaduras, em vez de uma, no canal cystico, do lado do figado, isto é: do lado do pediculo, conforme faz Broca, porque é difficil fazer juntar exactamente as paredes do canal.

O pediculo deve ser rigorosamente desinfectado com uma solução de sublimado, ou phenica, e depois cauterisado.

Antes de se praticar a ablação da vesicula temos primeiro, no caso de fistulas persistentes após a cholecystostomia, ou a um phlegmão biliar, que desbridar a fistula das adherencias aos órgãos vizinhos, depois de ter feito uma incisão circular na parede abdominal a um centimetro dos bordos da fistula. No caso de collecção liquida na vesicula teremos primeiro de evacuar o conteúdo.

Na hypothese de lithiase, a vesicula é primeiro aberta, e os calculos eliminados quer pelos dedos, tesouras rombas, pinças, tenazes, pequenos forceps, etc., enfim por todos os meios possiveis.

A extracção dos calculos é por vezes de muita difficuldade e trabalho; *v. g.*, quando os calculos estão enkystados ou situados profundamente no canal cystico.

5.º tempo

Este tempo pertence exclusivamente á cholecystectomy. — A drenagem do peritoneo, é muitissimo conveniente porque nos assegura a sahida de bile, dado o caso do canal cystico se romper sob a pressão d'este liquido, ou por outro motivo.

Para que o dreno seja realmente efficaz é necessario collocar-o n'uma pequena cavidade, onde venham juntar-se os liquidos provenientes das partes operadas; e por isso circumscreve-se a região operatoria.

Na parte inferior da ferida temos o colon transverso, e á esquerda o angulo das duas primeiras porções do duodeno. Estes dois segmentos do intestino são ligados pelo grande epiplon.

Suturando a lamina epiploica á face profunda do peritoneo, fecha-se em baixo e á esquerda a região operatoria, muitas vezes limitada por fóra pelos restos dos ligamentos cystico-cholico e hepato-renal.

Quando estes ligamentos não existam pôde-se, com os restos da superficie inflamada que rodeia a vesicula constituir uma barreira quasi que contínua sobre a parte externa da região, barreira que vae da face inferior do figado ao angulo direito do colon.

A parede superior é formada pela pequena superficie hepatica que corresponde á vesicula biliar.

Esta pequena cavidade só fica aberta ao nivel do hiato de Winslow, mas, ou obliterado pathologicamente ou porque as suas paredes juntas offereçam bastante resistencia aos liquidos, estes escoam-se pelo dreno sempre aberto.

Fica pois o pediculo cystico n'uma cavidade infundibuliforme, onde se despejará a bile, caso a ligadura se rompa ou o tecido hepatico seja ferido.

A hemorragia do figado ou das adherencias, encontrariam n'este infundibulum um reservatorio por onde podiam correr livremente para fóra.

6.º tempo

A sutura é analogia a qualquer outra que costuma ser feita nas laparotomias, e constitue o ultimo tempo de todas as operações, Póde-se fazer com fios de prata, crina de Florença, fios de seda, etc.

A sutura póde ser primeiro profunda, depois superficial ou mixta como faz Championniére. O dreno deve ser fixo á pelle por um ponto.

O penso póde ser composto de pós de iodoformio, dermatol, salol, ou de gaze iodoformada ou phenicada, algodão phenico ou outro algodão antiseptico. Applica-se por cima uma camada que sirva de compressão.

Finalmente, é preciso ter todos os cuidados que qualquer laparotomia requer.

Convém combater os vomitos pelos meios apropriados.

Se o doente se sente prostrado depois da operação, o ether é conveniente. Devem ser vigiadas com cuidado as funcções da bexiga e do intestino.

Accidente durante e depois da operação

Os accidentes que se podem dar durante a operação e depois, são: a hemorragia, derramamento de bile no peritoneo, peritonite e scepticemia.

1.º *Hemorrhagia*.—Póde pela sua quantidade ser um perigo. Alguns auctores dizem que as affecções

das vias biliares predispõem ás hemorragias, e Lawson Tait condemna a cholecystectomy porque é a unica operação das vias biliares que necessita a destruição das adherencias da vesicula aos órgãos visinhos.

A diathese hemorrhagica, como quer Monneret e Laugenbuch, não está demonstrada, pois que Terrier já praticou duas cholecystectomias sem ser preciso laquear vaso algum. Mas a hemostasis não é difficil quando se evita o bisturi, e o descollamento se faça por tracções, o que responde á segunda objecção.

No entanto as objecções não se podem inutilisar completamente, e a hemorrhagia é o maior perigo da cholecystectomy, perigo que se pôde evitar quando o operador seja habil e exercitado, pois que poderá impedir a hemorrhagia com pingas de differentes modelos, agulhas curtas e finas, seda, thermo-cauterio.

2.º *Derramamento de bile no peritoneo.* — E' possível que durante a operação corram algumas gottas de bile para o abdomen, o que é perigoso, attendendo a que a bile n'estes casos provém d'uma vesicula cujas paredes, em regra, estão alteradas. Para isso o uso das esponjas é muito conveniente.

Porém se alguma pequena quantidade de bile cabir no peritoneo, é necessario fazer uma limpeza rigorosa na parte contaminada.

A bile que sahir do figado lacerado na cholecystectomy, pôde ser sustada por leves toques de thermo-cauterio.

O escoamento biliar *post operatium* não traria consigo inconveniente porque se eliminaria pelo dreno.

Este escoamento de bile é, além d'isso, de reear na cholecystectomy, pois que na cholecystotomy far-se-ha pela fistula estabelecida, e na cholecystenterostomia pelo dreno collocado entre a vesicula e o duodeno.

3.º *Peritonite e septicemia.* — Dois casos se podem dar: primeiro, o doente não está infectado no momento da operação; segundo, o doente já está infectado.

No primeiro caso sobreveem phenomenos de septicemia, de que é responsavel o operador. A infecção póde não ser sempre fatal.

No segundo caso a infecção vinda de fóra junta-se á existente.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — Topographia da vesicula biliar.

Physiologia — O figado pela sua secessão biliar pode ser considerado como um emunetorio.

Materia medica — O emprego dos alcaliños é de grande utilidade na lithiase.

Pathologia geral — A ictericia chronica diminue a producção da glycogene.

Anatomia pathologica — As lesões inflammatorias agudas ou chronicas dos capillares biliares pouco influem no tecido hepatico.

Medicina operatoria — Prefiro a cholecystectomy á cholecystotomy.

Pathologia interna — A colica hepatica é o melhor signal para diagnostico da lithiase.

Pathologia externa — No caso de lesão traumatica da vesicula devemos intervir cirurgicamente.

Partos — As modificações do organismo produzidas pela prenhez favorecem a apparição das colicas hepaticas.

Hygiene — Os climas temperados são os melhores para os doentes do figado.

VISTO.

O PRESIDENTE,

A. Placido da Costa.

PODE IMPRIMIR-SE.

O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira.

ERRATAS

Paginas 32, linha 10, em vez de trocater — trocate.

» 38, » 21, » » » Tyriar — Thyriar.

» 43, » 6, » » » pnamogastrico — pneumogas-
trico.

» 43, » 8, » » » coeliaco — celiaco.

» 45, » 3, » » » tensas — tensos.

» 45, » 26, » » » Broeca — Broca.

Onde estiver emtanto, leia-se entanto. x *cholidero - cholidoco*

Paginas 42 linha 7 em vez de necticaes - obliquas
 " 58 " 24 " " " *accidente - accidentis*
 " 59 " 32 " " " *operationum - operatione*
 " 61 " 2 " " " *necessas - necessas*

