

N.º 660
Fernando Coutet

N.º 7

BREVE ESTUDO

DOS

TUMORES DA VISICULA BILIAR

(PRODUZIDOS POR OBLITERAÇÃO DOS CANAES EXCRETORES DA BILIS)

E SEU

TRATAMENTO CIRURGICO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPRESSA MODERNA

55, R. de Passos Manoel, 57

1890

55/7 E 4c

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTE\$ CATHEDRATICOS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Vicente Urbino de Freitas. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos. 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 chirurgica. | 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 | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Isidoro da Fonseca Moura. |

LENTES JUBILADOS

Secção medica. { João Xavier d'Oliveira Barros.
 { José d'Andrade Gramaxo.

Secção cirurgica Conselheiro Visconde de Oliveira.

LENTE SUBSTITUTOS

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

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica Roberto Frias.

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

(*Regulamento da Eschola*, de 23 d'Abril de 1849, art. 155.^o)

À LA
MÉMOIRE
DE
MA MÈRE
ET
DE MA SŒUR
Anaïs

À MON PÈRE

A

Ma sœur Léontine

A

MINHA IRMÃ AMELIA

E

SEUS FILHOS

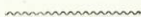
THOMAZ E ANGELA

A

MEU CUNHADO

Dr. Manoel Vicetto Fabregas

Aos meus condiscipulos



Aos meus amigos

AO EX.^{mo} SNR.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

Non quantum dederis, sed qua
mente dediste.

Owen.

AO MEU PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

Dr. Eduardo Pereira Pimenta

ANATOMIA

A vesicula biliar, reservatorio annexo ao canal excretor do figado, está situada na fossêta cystica, depressão que se encontra na face inferior do figado, ao nivel do seu bordo cortante. É pyriforme, e a sua extremidade mais grossa, voltada para diante, excede um pouco o bordo anterior do figado, que se acha levemente chanfrado n'este sitio; é obliqua de baixo para cima, de diante para traz e da esquerda para a direita, tem aproximadamente 7 a 8 centímetros de comprimento, um diametro de 25 a 30 millímetros e uma capacidade media avaliada em 30 ou 40 centímetros cubicos.

A vesicula é mantida n'esta situação por numerosas adherencias, que se dirigem da sua

face superior á capsula de Glisson, por numerosos vasos, e pelo peritoneo. Vejamos como se porta o peritoneo para com a vesicula.

O folheto visceral do peritoneo, depois de ter coberto parte da face inferior do lobulo quadrado do figado dirige-se para o collo da vesicula e para a sua face inferior, forra-os para continuar o seu trajecto para a face inferior do lobulo quadrado. Seguindo-o da face inferior da vesicula para o fundo, vemos que cobre completamente o fundo, reflectindo-se depois para o figado ao nivel da fossêta cystica. Por esta fôrma só a face inferior, e o fundo da vesicula se acham cobertos pelo peritoneo, applicando assim o corpo da vesicula contra o figado. Ordinariamente passa por baixo d'ella á maneira de um véo. Encontramos, porém, algumas vezes, os bordos do corpo tapetados por elle formando assim dois fundos de sacco lateraes; outras vezes fôrma um verdadeiro mesocysto á vesicula.

Resulta da disposição do peritoneo com relação á vesicula, que esta se acha sempre coberta por um folheto seroso na sua face inferior e ao nivel do fundo.

A vesicula pôde ser dividida em trez partes : um fundo, um corpo com face superior e face inferior e uma pequena extremidade contornada em S ou collo.

1.º O fundo corresponde á parte media do

bordo das falsas costellas, por detraz do qual fica occulta na posição horisontal, descendo mais ou menos na posição vertical. Está normalmente em contacto com a cartilagem da decima costella. Quando desce abaixo do bordo costal, corresponde ao bordo externo do musculo recto, relação esta que muito nos interessa para a linha de operação. Posteriormente repousa sobre o colon transversal, de que está separada pelo peritoneo.

Segundo Labbé, o fundo corresponde á extremidade direita d'uma linha que liga ás cartilagens das nonas costellas, isto é, ao bordo da nona cartilagem direita, e ao bordo externo do recto anterior da metade direita do abdomen.

2.º—Corpo. Pela sua face superior está em relação com a fossêta cystica, á qual adhire por meio do tecido cellular, e venulas numerosas, que dispostas aos lados dos bordos se dirigem directamente para o figado. Estas relações são fixas e definitivas, de maneira que poderíamos considerar esta face superior da vesicula como a superficie de implantação do orgão á volta da qual ella pôde desenvolver-se. A dilatação dá-se, pois, á custa da sua face inferior e do fundo.

Não é, porem, de tal modo intima a união da face superior da vesicula ao tecido hepatico, que se não possam separar; pois que na cho-

lécystectomy se pratica a dissecção com bastante facilidade.

A face inferior mais ou menos convexa segundo o seu grau de distensão, é livre e em relação com órgãos pouco fixos. As relações d'esta face são extremamente variaveis; assim corresponde algumas vezes á primeira porção do duodeno, ou mesmo á extremidade do estomago; outras vezes encontramol-a encostada ao angulo recto do colon, ou mesmo repousa sobre o rim direito, disposição que é muito rara, achando-se geralmente separado este rim da vesicula por um espaço relativamente consideravel outras, ainda, com differentes circumvoluções do intestino delgado. De todas estas relações, podemos comtudo considerar como normaes, as da vesicula com a extremidade superior da segunda porção do duodeno, e com o colon transverso.

3.º O collo da vesicula repousa sobre o vertice da fossêta cystica, immediatamente por baixo do sulco transverso, e do ramo direito da veia porta.

Curva-se de cima para baixo para formar uma arcada de concavidade inferior e ao mesmo tempo contorna-se obliquamente em volta d'um eixo ficticio, descrevendo duas voltas, como a casca d'um caracol.

O canal cystico segue-se ao collo da vesicula,

dirige-se primeiro obliquamente descrevendo flexuosidades, para depois se tornar rectilíneo. Dirige-se para baixo e para a esquerda, e vai unir-se ao canal hepático para reunidos constituírem o canal choledoco.

O canal cystico está situado no epiploon gastro-hepático adiante e á direita da veia porta. A artéria cystica passa-lhe pelo lado esquerdo.

O canal choledoco, formado pela reunião dos canaes cystico e hepático, é dirigido obliquamente de cima para baixo, de diante para traz, e da direita para a esquerda. Corresponde ao bordo esquerdo do epiploon gastro-hepático, á parte posterior da cabeça do pancreas e á face interna da segunda porção do duodeno. Entre o pancreas e a segunda porção do duodeno, o canal choledoco encosta-se ao canal pancreático, atravessa com esta a parede intestinal, vindo abrir-se na parte superior da ampôla de Vater, por um orifício chamado poro biliar.

A face interna da vesícula é corada de verde ou amarello pela bilis que a embebe apoz a morte; com tudo a sua côr natural é cinzenta clara. Esta face apresenta pregas mais ou menos accentuadas, que desaparecem pela distensão, e saliencias filiformes dispostas em polygonos, divididos em outros mais pequenos por cristas, á maneira do que se observa na 1.^a porção do duodeno, de forma que examinada esta super-

fície por meio de uma lente, apresenta-se dividida n'uma multidão de pequenas areolas polygonaes e irregulares.

Ao nível de cada uma das duas curvaturas do S descripto pelo collo, encontra-se uma prêga bastante volumosa, verdadeira valvula, formada á custa de toda a espessura das paredes do collo. Estas valvulas detêm muitas vezes calculos na sua passagem, não obstando comtudo ao livre percurso da bilis.

Textura. — As paredes da vesicula biliar de 1 a 2 millimetros de espessura são formadas por trez camadas, que são de fôra para dentro; — a superficial, serosa. a media, cellulosa e a interna, mucosa.

A camada serosa não é mais do que uma dependencia do peritoneo. A cellulosa, ou cellulofibrosa é a mais espessa, encontra-se unida á tunica interna por um tecido celluloso laxo, que permite separal-a com facilidade. A interna ou mucosa comprehende, como a do intestino delgado, trez camadas: uma superficial formada do epithelio cylindrico; outra media contendo glandulas em cacho e uma externa, delgada, formada por tecido muscular liso.

Estas fibras lisas formam camadas de feixes entrecruzados, que alternam com as do tecido conjunctivo, formando perto do collo uma especie de sphincter.

A vesicula biliar recebe uma arteria bastante consideravel, que é o ramo cystico da arteria hepatica. As divisões e subdivisões da arteria cystica anastomosam-se entre si na camada cellulo-fibrosa, formando uma rêde, d'onde partem arteriolos destinados á mucosa. As veias, que provêm da vesicula, vão unir-se á veia porta. Os lymphaticos, que são numerosos, dirigem-se para um ganglio situado perto do collo.

Os nervos da vesicula emanam do plexo hepatico.

CHOLELITHIASE

E' hoje admittido por todos que se formam calculos biliares em qualquer parte onde a bilis estacione. Podemos pois encontral-os nos canaes, tanto, intra como extra-hepaticos, até á terminação do canal choledoco no duodeno. Ha sobretudo um logar propicio por excellencia para a sua formação e crescimento, a vesicula biliar. Com effeito a presença da vesicula traz comsigo todas as condicções susceptiveis de retardar o curso da bilis; o canal cystico e o collo apresentam, pelo seu pequeno calibre e prégas da mucosa, obstaculos serios ao curso da bilis, quando a vesicula se contrae. Demais, é provavel que o conteúdo da vesicula não seja totalmente expulso, e que, por consequencia, os depositos

formados por ella tenham tendencia a persistir e desenvolver-se indefinidamente.

E', pois, na vesicula biliar, que, a maior parte das vezes, encontraremos calculos.

Não tractamos aqui de estudar a pathogenia e etiologia dos calculos biliares, que tão bem é desenvolvida por Bouchard nas suas lições sobre «Doenças de retardação de nutrição», poisque para isso teriamos de transcrever todo esse capitulo, que pouco ou nada nos adiantaria para o fim, que nos propomos dar a este trabalho, puramente pratico.

Entremos, pois, no estudo da affecção calculosa.

Os calculos formados na vesicula biliar podem persistir sem dar lugar a nenhum symptoma notavel. Na grande maioria dos casos, diz Cruveilhier, os calculos não são reconhecidos senão na autopsia. Entre as numerosas observações d'este genero, lembraremos a de Martin Solon, que encontrou um calculo do tamanho d'um ovo de pomba na autopsia de um individuo, que durante a vida não tinha apresentado nenhuma perturbação biliar.

A ausencia quasi completa de sensibilidade da vesicula, e o tempo que os calculos levam a formar-se, explicam esta falta de reacção. Esta é a forma latente ou chronica da cholelithiase.

Mas a cholelithiase, mesmo nas suas formas

as mais normaes, está longe de ter sempre uma marcha tão benigna. Os calculos formados na vesicula tendem a sahir, e são expulsos pelas vias naturaes, canal cystico e canal choledoco, até ao duodeno. Esta expulsão pode dar-se sem que o doente sinta o menor incommodo; mas, a maior parte das vezes, ella é revelada por phenomenos dolorosos, devidos á dilatação forçada e repuxamento das paredes dos conductos excretores da bilis, crise paroxystica, podendo acompanhar-se de vomitos, ictericia, delirio, convulsões, etc., e por vezes a morte. E' a colica hepatica.

A colica hepatica começa quasi sempre repentinamente; ha no entanto casos (raros), em que ella é precedida de um mal estar, uma sensação de peso no hypochondrio direito, constipação de ventre, um gosto amargo na bocca, urinas ictericas e um principio de icteria geral.

Caido o calculo no intestino, termina o accesso da colica.

O doente fica extenuado, passaram as dores violentas, mas ficam ainda os diversos symptomas accessorios, que se dissipam lentamente.

Se estas crises são pouco violentas, se são sufficientemente espaçadas, se um tractamento medico apropriado basta para as attenuar, ou mesmo para as fazer desaparecer, é evidente

que esta forma chronica com crises agudas mais ou menos accentuadas, não indica a intervenção cirurgica. Mas a intensidade das colicas, a sua frequencia, a inefficacia absoluta dos tratamentos internos e do regimen, levar-nos-hão a indicar a operação como unico meio therapeutico capaz de libertar o doente de doença tão terrivel.

*

* *

Vejamos agora as complicações a que os calculos podem dar logar quando permanecem indefinidamente dentro da vesicula, quando saem da vesicula por um trajecto accidental, e ainda quando, dando-se a emigração pelas vias naturaes, o calculo não chega ao intestino, ficando encravado n'um ponto qualquer do collo da vesicula, canal cystico e canal choledoco.

MODIFICAÇÕES E LESÕES DA VESICULA

Habitualmente os calculos não determinam modificações nenhuma na vesicula, e permanecem indefinidamente na vesicula biliar, banhados pela bilis e sem inserções. Por vezes, encontram-se pequenas concreções encravadas na espessura da mucosa, o que Morgagni attribuiu ao desenvolvimento dos calculos nas glan-

dulas mucosas dilatadas. Demais, segundo Villemain, necessitando a expulsão dos calculos de contracções fortes e repetidas da vesicula, este excesso de trabalho determina uma hypertrophia funcional das fibras musculares.

Além d'isso, os calculos volumosos, antigos, de superficie irregular, podem, pelo seu contacto prolongado, dar origem a uma inflamação da mucosa, cholecystite, que se manifestará umas vezes pela formação de neo-membranas, que farão adherir o calculo á parede da vesicula; outras vezes, por um catarrho, que pode terminar por suppuração, ulceração da mucosa, e não poucas vezes, pela perfuração da parede. Se o catarrho se estender aos canaes cystico, hepatico ou choledoco, poderá de per si só, sem outra causa d'obliteração, dar logar a accidentes, que adiante estudaremos a proposito do encravamento dos calculos n'estes conductos, hydropisia, empyema, tumor biliar, e retenção biliar com as suas consequencias.

Quando a inflamação fôr menos accentuada, as tunicas musculosa e mucosa da vesicula alteram-se: a musculosa, apoz uma hypertrophia passageira destinada a luctar contra a presença de corpos extranhos, atrophia-se, e transforma-se em tecido conjunctivo; a mucosa sofre a mesma degeneração. A parede retrahese

e applica-se sobre a massa formada pelos calculos contidos na vesicula, constituindo por esta fórma o *tumor calculoso*. N'este caso, que é rarissimo, a bilis não pôde penetrar na vesicula, por consequencia a formação das concreções é suspendida, e o doente pode considerar-se curado. Mas se uma pequena quantidade de bilis pôde ainda penetrar na vesicula, os calculos continuam a desenvolver-se, e o tumor calculoso pôde tornar-se o ponto de partida de accidentes graves.

SAHIDA DOS CALCULOS PARA FÓRA DA VESICULA
POR UM TRAJECTO ACCIDENTAL

Se a ulceração ou gangrena das paredes termina por perfuração da vesicula, o liquido, uma mistura de pus, e de bilis contendo concreções, pode derramar-se directamente na cavidade peritoneal, dando em resultado uma peritonite sub-aguda mortal. Se a abertura é pequena, se o derrame de bilis se faz por quantidades diminutas, faz-se a absorpção pela serosa peritoneal, sem dar logar a nenhum accidente.

Geralmente, porém, a inflamação das paredes vesiculares, propaga-se ao seu envolucro peritoneal, dando em resultado adherencias com os órgãos visinhos, ou com a parede abdominal. N'estes casos a perfuração reduz-se a uma

fistula fazendo communicar a cavidade cystica, quer com um órgão visceral, quer com o exterior.

As fistulas internas podem abrir-se n'uma porção do peritoneo fechada por falsas membranas, no parenchyma hepatico, ou entre o figado e o peritoneo, no apparelho genito-urinario, no apparelho respiratorio, na veia porta e no tubo digestivo.

1.º A peritonite enkystada primitiva ou secundaria, não é, em geral, senão a primeira phase do estabelecimento de uma fistula completa. As adherencias são muitas vezes insufficientes para limitar a inflamação, e a peritonite generalisa-se. Mossé e Deschamps referem nas suas thèses minuciosas observações d'este genero.

2.º Casos d'estes são muito raros. A fistula estabelece-se entre a cavidade cystica e um abcesso situado no parenchyma hepatico, ou no espaço fibro-celluloso que separa o figado da vesicula.

3.º Têm-se encontrado, por vezes, calculos biliares na bexiga. Mossé encontrou-os cinco vezes. Murchison admite que as adherencias se estabelecem entre a vesicula biliar e o bassinête do rim direito. No entanto, uma observação referida por Faber em 1839, mostra que a comunicação se tinha estabelecido entre a vesicula e a uraca.

4.º As fistulas pleuraes e pulmonares são rarissimas. Mossé cita dois casos em que um abcesso hepatico ou peri-hepatico tinha servido de intermediario.

5.º As observações, em que se tenham encontrado calculos na cavidade da veia porta, são muito incertas.

6.º As mais frequentes de todas estas fistulas são as *cystico-intestinaes*, talvez mais frequentes do que o que se suppõe. E' até provavel que ellas constituam o modo de eliminação habitual dos calculos demasiado volumosos. Estas fistulas podem fazer communicar a vesicula com o estomago, duodeno e colon.

As primeiras são as mais raras. Murchison attribue á communicação entre estes dois órgãos a expulsão de calculos biliares pelo vomito.

As *cystico-duodenaes* são mais frequentes do que as primeiras. Mossé refere 41 casos.

As *cystico-colicas* são tambem frequentes.

O mesmo auctor refere 16 casos.

PLEGMÕES E FISTULAS CUTANEAS CALCULOSAS

As fistulas cutaneas calculosas podem ser uma consequencia da cholecystotomia. Estudaremos mais longe estas fistulas cirurgicas, reservando somente para este capitulo as fistulas pathologicas accidentaes.

Estas podem apresentar-se em dois casos. Uma vez, a vesícula não se acha distendida, fôrma com os calculos que contem o chamado tumor calculoso; mas ao lado do processo atrophico, que tende a transformar em tecido fibroso as paredes do órgão, manifesta-se um processo inflammatorio franco ou pelo menos ulcerativo. Outras vezes, a vesícula acha-se distendida por retenção biliar, por hydropisia, por cholecystite catarrhal, ou suppurada.

No primeiro caso, a vesícula pôde adherir directamente á parede abdominal, mas a maior parte das vezes, a abertura da vesícula faz-se n'um foco de peritonite enkystada, que se abre para o exterior n'um ponto mais ou menos approximado da situação da vesícula. No segundo caso, a vesícula vem encostar-se á parede abdominal, une-se a ella por adherencias inflammatorias, e abre-se mais ou menos directamente para o exterior. A abertura é sempre precedida d'um phlegmão das paredes, cuja evolução é mais ou menos rapida.

Este phlegmão pôde apparecer em regiões variaveis do abdomen. Se a vesícula estiver pouco distendida, e a perfuração se fizer directamente, é evidente que o phlegmão occupará o hypochondrio direito, mas se a distensão fôr exagerada, admittindo sempre adherencias e perfuração directas, o phlegmão occupará a região

umbilical. Por outro lado, o phlegmão partindo do ponto em que a vesícula adhire á parede, pôde não abrir-se directamente para o exterior, ou ir abrir-se a distancia, na região infra-umbilical, inguinal ou mesmo acima do pubis e ainda na virilha, como relata Mossé n'uma observação de 1857.

Os symptomas d'estes phlegmões apresentam alguns caracteres especiaes, mas as mais das vezes insufficientes para permittir o diagnostico da sua natureza. No principio, o doente apresenta symptomas, que estão em relação com a inflamação e a perfuração da vesícula, dôr mais ou menos vaga no hypochondrio direito, febre, algumas vezes calafrios, etc.

Se a perfuração se faz directamente, o tumor apparece poucos dias depois, do contrario, a dôr, que ordinariamente é limitada ao hypochondrio, pôde apresentar irradiações identicas ás produzidas pelo accesso de colica hepatica, e é exagerada pela presão, respiração e tosse.

A palpação far-nos-ha reconhecer abaixo do figado uma massa regular dura e limitada, no caso de tumor calculoso, elastica e volumosa, se houver distensão da vesícula. Podemos tambem encontrar um empastamento profundo correspondendo á inflamação do peritoneo, acompanhado de edema da pelle e exaggeração da circulação collateral.

A' medida que o trabalho interno vae progredindo, vemos apparecer na pelle todos os signaes de tumor, rubor, calor, e dôr; a fluctação apparece, e por fim a perfuração.

O pus que sae por esta abertura é fetido, e muitas vezes misturado com bilis. Podem por ella sair calculos de pequenas dimensões, muitas vezes, porém, os calculos não saem, o que é devido ao seu volume. Seja como fôr, uma vez estabelecida a fistula, vejamos agora os seus caracteres.

As fistulas calculosas cutaneas resultam da abertura espontanea ou cirurgica do phlegmão.

As dimensões são variaveis, em geral, pequenas, podem comtudo apresentar dimensões consideraveis. Os bordos, fungosos, sangram com facilidade, são revirados, duros e calosos. A pelle da visinhança, pôde encontrar-se descollada, mas ordinariamente é espessa, dura, erytematosa. O trajecto é umas vezes directo e curto, outras, irregular, sinuoso, atravessado por trabeculas. É comprehendido de fóra para dentro, em parte, na espessura da parede abdominal, parte, entre a parede, o peritoneo, e parte, no meio das adherencias peritoneacs.

Communica em cima com a vesicula por uma abertura geralmente pequena; algumas vezes esta acha-se já fechada, quando se estabelece a fistula exterior.

Já dissemos que a fistula dava passagem a pus com ou sem bilis.

A sahida dos calculos por esta via anormal é por vezes tardia. Reichardt observou um caso, em que só dois mezes depois de se ter aberto a fistula, é que appareceram calculos.

Os calculos saem umas vezes, de per si pelo orificio externo; outras vezes, ou porque o seu diâmetro seja maior do que o do tracto fistuloso, ou porque se introduzem n'algum diverticulo, elles são detidos na sua passagem.

A sahida dos calculos pôde repetir-se com intervallos muito affastados, e, salvo o caso de se ter expontaneamente fechado a fistula, nunca podemos affirmar, que a evacuação tenha terminado.

Frequentemente, apesar do corrimento da bilis pela fistula externa, não vemos apparecer calculo nenhum.

N'este caso, pôde isto ser devido, ou, a calculos que obstruem o *lumen* do tracto, ou então, a fistula não é devida directamente á acção dos calculos; mas sim á obliteração do canal choledoco. Para estabelecer este diagnostico, sondaremos a fistula.

A fistula raras vezes determina symptomas geraes, a não ser quando ha perda exagerada de bilis, que determina febre hectica, vomitos, diarrhea, emmagrecimento rapido.

*
* *

Vamos agora passar em revista os accidentes devidos á obliteração dos conductos vectores da bilis. Esta obliteração é, a maior parte das vezes, produzida por um calculo detido na sua expulsão atravez as vias naturaes. Se o canal cystico se acha obliterado, sòmente a vesicula estará separada do resto do systema biliar, a bilis continuará a penetrar no intestino, e os accidentes terão um character quasi exclusivamente local. Se é o canal choledoco que se encontra obstruido, a bilis não poderá chegar ao duodeno, e por consequencia, os symptomas observados serão os da retenção biliar. A occlusão do canal cystico é passageira ou definitiva. Este ultimo caso é o unico, que deve preoccupar o cirurgião, poisque as occlusões passageiras não determinam accidentes capazes de necessitar uma intervenção cirurgica.

Quando a occlusão é definitiva, ella póde ser completa, isto é, não permite a passagem da menor porção de bilis; a incompleta permite a passagem da bilis em pequena quantidade para a vesicula, e a sua expulsão para o intestino. Esta distinção não tem razão de ser senão no principio; porque em todos os casos

em que a oclusão é primeiramente incompleta, tem tendencia a tornar-se completa, seja qual fôr a sua causa.

Oclusão do canal cystico. — As causas da oclusão do canal cystico são numerosas. Na grande maioria dos casos ellas dependem da passagem dos calculos. A acção d'estes é directa ou indirecta. Se o calculo é muito volumoso para atravessar o conducto excretor, pára, e encrava-se n'um ponto qualquer do collo da vesicula, ou do canal cystico. N'este caso só pela sua presença determina oclusão directa.

O calculo é mais pequeno, mas de forma irregular, polyedrica, a obstrucção ao principio não será completa; mas a sua presença determinará uma angiocholite, uma inflammação da mucosa, que completará a oclusão e encravará o calculo. Se por uma circumstancia qualquer elle fôr deslocado, e por consequencia, expulso, ficará, no lugar que occupava, uma angiocholite adhesiva, que pela reunião das paredes oppostas obturará o canal. Quando mesmo não haja adhesão, das ulcerações causadas pelo calculo resultam cicatrizes, cuja retracção determinará o mesmo resultado. Aqui o calculo actuou indirectamente.

Ao lado d'estas, outras causas ha capazes de determinar accidentes analogos: são ellas, os

entozoarios. Coley e Mackel dão observações d'occlusão do canal cystico por hydatidos. Kirkland refere o caso de um empyéma da vesícula, devido á presença d'uma lombriga viva no canal cystico.

Emfim, tumores limitados ao canal cystico, cancro ou epithelioma, podem determinar a occlusão, assim como, tumores da vizinhança podem determinar o mesmo resultado por compressão.

CONSEQUENCIAS DA OCCLUSÃO DO CANAL CYSTICO

Dada a occlusão definitiva, a bilis deixa de chegar á vesícula. N'alguns casos raros a vesícula atrophia-se. Mas habitualmente a bilis contida na cavidade é absorvida, ficando sómente calculos mais ou menos numerosos, cujo contacto com a mucosa se torna directo. Esta inflama-se, dando em resultado uma cholecystite catarrhal, cuja secreção se vae accumulando pouco a pouco na vesícula, e distendendo-a. O tumor assim produzido é de volume variavel, ordinariamente do tamanho de um ovo ou de uma laranja; pode attingir um volume consideravel, descer até ao osso iliaco, e mesmo encher o abdomen, simulando uma ascite. N'um caso de Erdmann, citado por Denucé, a punção

da vesícula biliar deu n'uma só sessão 60 a 80 litros de liquido.

As paredes distendidas tornam-se extremamente delgadas, quasi transparentes. A mucosa é luzidia, liza. Ao microscopio, encontramola coberta de epithelio pavimentoso, em vez de cylindrico, como no estado normal. As glandulas mucosas, e a tunica muscular atrophiam-se. Formam-se por vezes depositos calcareos que encrustam as paredes.

O liquido contido dentro da vesícula é serosidade incolor, fluida, algumas vezes levemente córada de verde, ou turvada pela presença de alguns flocos mucosos. Não contém albumina. Frequentemente encontramos muitos calculos, pequenos e irregulares.

N'este caso, *hydropisia da vesícula*, é raro estabelecerem-se adherencias entre o sacco, e os órgãos visinhos.

O conteúdo da vesícula, pôde, n'uma época mais ou menos tardia, tornar-se purulento, constituindo assim o empyéma da vesícula. N'este caso, as dimensões da bolsa raras vezes são tão consideraveis, como na *hydropisia*. As paredes são espessas. A superficie interna é frequentemente ulcerada. O pus é umas vezes de boa natureza, outras de má natureza, às vezes é córado de verde pela bilis. Os calculos existentes na vesícula acham-se algumas vezes livres, ou-

tras, adherentes á parede, e ainda, encravados em diverticulos. As adherencias com os órgãos visinhos são regra geral, (*empyema*).

Symptomas.—A hydropisia e empyêma da vesicula dão logar a alguns signaes physicos communs. Abaixo do bordo inferior do figado, no hypochondrio direito, a palpação permite reconhecer um tumor circumscripto, regular, arredondado, ou então pyriforme, elastico e tenso, apresentando uma fluctuação pouco nitida. A inspecção permite ás vezes reconhecer uma deformação do hypochondrio.

O volume do tumor é variavel. Em geral tem as dimensões de uma laranja. N'este caso está nitidamente situado no hypochondrio direito. O seu ponto culminante acha-se exactamente situado por baixo da extremidade externa da ultima cartilagem cortical. E' movel, segue o figado nos movimentos respiratorios, tosse e espirros, etc. A's vezes, podemos imprimir-lhe pequenos deslocamentos lateraes.

A' medida que cresce, o tumor invade lateralmente as regiões epigastrica e umbilical, e inferiormente, desce, por vezes, até á crista iliaca.

O tumor puchado pelo seu peso, arrasta comsigo o pediculo, que se pôde então tornar apreciavel pela palpação.

Quando o tumor desce muito abaixo, a

palpação hypogastrica combinada com o toque rectal, ou vaginal, permite reconhecer a independencia do apparelho genital.

A percussão dá-nos uma zona de som baixo, cuja sede e forma são características. Fazendo mudar de posição ao doente, esta zona pouco ou nada se desloca.

Uma circumstancia, que pôde complicar muito o diagnostico, é a presença de uma ansa intestinal entre a parte superior do tumor e a parede abdominal. Torna-se então impossivel reconhecer o pediculo, e entre a zona hepatica e a do tumor encontramos uma zona tympanica, que faz crêr, que o tumor seja independente do figado.

Quanto aos symptomas funcionaes, a hydropisia e o empyema differem muito. A hydropisia não traz comsigo nenhum symptoma geral.

No empyema, além da mobilidade menor do tumor, encontramos os signaes que acompanham toda a suppuração:—febre mais ou menos grave, calafrios. A região é muito sensivel; a parede abdominal apresenta por vezes edema. Estes signaes não devem ser despresados porque, se a hydropisia da vesicula é relativamente benigna, outro tanto se não dá com o empyema, que termina frequentemente pela ruptura ou perfuração da vesicula, ou mesmo, pela simples propagação do processo inflammatorio, pôde

tornar-se o ponto de partida de accidentes muito graves.

OBSTRUÇÃO DO CANAL CHOLEDOCO

De todas as complicações da lithiase biliar, a occlusão do canal choledoco é sem duvida uma das mais graves: a sua acção não só se exerce na vesicula, mas sobre todo o aparelho biliar. Impede a entrada da bilis no intestino e ao mesmo tempo, pela retenção que determina, dá origem a symptomas geraes dos mais terribes. A obstrucção do canal choledoco é completa ou incompleta, permanente ou temporaria. Da occlusão temporaria, isto é, aquella que produz a ictericia catarrhal, ou que, pela passagem mais ou menos rapida de calculos, pela compressão maior ou menor de qualquer órgão visinho, é acompanhada de ictericia passageira, nada diremos. Occupar-nos-hemos sobretudo da occlusão permanente e completa, aquella que ameaça mais depressa a vida do doente.

Como M. Dénucé, dividiremos as causas de obstrucção do canal choledoco em duas grandes categorias: quanto á sua situação, e quanto ao seu character pathologico. No primeiro caso consideraremos trez divisões, a saber: causas situadas na cavidade do conducto; nas

suas paredes; e fóra do canal, que embora são, é comprimido e impermeavel. No segundo caso, estabeleceremos ainda trez divisões, que são: corpos extranhos; processos inflammatorios das paredes, ou visinhança; e os neoplasmas, cujo modo d'acção é variavel.

1.º Corpos extranhos. — Os calculos biliares são de todos os corpos extranhos, os que mais frequentemente se encontram, obstruindo o canal choledoco.

Se o calculo fôr de forma irregular, e persistir algum tempo dentro do canal, a mucosa inflamma-se, produz neo-membranas e encapsula a concreção. Se o processo inflammatorio se accentua, determinará ulcerações, que dão passagem á bilis, e poderão até mobilisar o calculo. Se o obstaculo se dá na extremidade do canal, no poro biliar, acabará por cahir no duodeno, e por consequencia, cessarão todas as perturbações, quer locaes, quer geraes. Se o obstaculo estiver estabelecido mais acima, na parte media do canal, por exemplo, deveremos receiar a ruptura do canal com todas as suas graves consequencias. A maior parte das vezes, a parede inflammada torna-se mais espessa, fibrosa, retractil, obtura o *lumen* do canal, estabelecendo assim a oclusão definitiva.

No caso em que o calculo é pouco volumoso ou de fórmula irregular, a oclusão é incompleta,

mas devemos receiar que mais tarde se estabeleça a oclusão definitiva, consecutiva ao processo inflammatorio.

Os parasitas podem tambem, mas mais raras vezes, ser causa de obstrucção. Estes são: os echinococos, distomas, ascaridios. Assignalou-se tambem a presença de corpos extranhos vindos do intestino. Harley, no seu tratado de doenças do figado, falla tambem da bilis concentrada.

N'uma palavra, de todas estas causas, a unica frequente é o encravamento d'um calculo.

2.º Processos inflammatorios das paredes ou sua visinhança. — As obstrucções devidas a estas causas são completas e permanentes, e exercem a sua acção sobre o organismo sem a intervenção de causas geraes ou diathesicas, nem de complicações extranhas. A sua genese, natureza e modo d'acção são muito variaveis.

O canal pode parecer imperfurado, ou fechado por um diaphragma completo. Consecutivamente a uma ulceração occupando toda a circumferencia do canal, as superficies ulceradas reúnem-se directamente, ou por gommos, e, obturam o conducto. O obstaculo em geral dá-se perto da extremidade intestinal do canal choledoco.

Murchison viu a cicatrisação de uma ulcera

do duodeno determinar a occlusão do poro biliar.

Frequentemente encontramos uma verdadeira estenose analoga á da urethra. A cavidade do conducto é reduzida a uma fenda estreita, com um orificio em fôrma de ponto, obstruindo completamente o *lumen* do canal. D'estes apertos, uns são cicatriciaes, outros devidos ao repuchamento das paredes.

Emfim tem-se visto a obliteração congenita do ducto choledoco.

3.º Neoplasmas. — Em casos excepçionaes, a causa da obstrucção é um neoplasma benigno, dependente da mucosa do canal. Schueppel, citado por Dénucé, conta um caso, em que todos os accidentes de occlusão do canal choledoco eram devidos á presença n'este conducto d'um fibroma do volume de um feijão. Pozzi conta em 1880, na *Gazeta medica italiana*, que um doente, que apresentava todos os signaes d'obstrucção do ducto choledoco, se achou subitamente alliviado, apoz a administração d'um drastico. Nas fezes encontrou-se um polypo do peso de 6 grammas.

Os cancros primitivos do canal choledoco não são muito frequentes. Bradhury, na *Semaine medicale*, 1886, referiu uma observação de cancro primitivo, a unica que se conhece. Mas a propagação ao canal choledoco dos cancros da

vesicula biliar, do figado, do peritoneo, epiploon, duodeno e pancreas, estão longe de ser raros.

O canal choledoco pôde achar-se simplesmente comprimido por tumores desenvolvidos n'estas visceras, sobretudo por cancros do duodeno, observações de (Murchison, Frerichs, Van der Byl, Bristewa e Schreiber), do pancreas (Murchison, Todd e Douglas). Segundo Wyn, a simples dilatação do canal de Wirsung pode, n'um caso, ser causa de obstrucção do canal choledoco.

Os tumores do figado, a degeneração cancerosa dos glanglios infra-hepaticos, os cancros do estomago, do peritoneo, os neoplasmas retro-peritoneaes, os tumores do rim direito, os tumores estercoraes, os kystos ovaricos, os fibromyomas uterinos, foram tambem assignalados como causa de compressão e obstrucção do canal choledoco. Os aneurismas da aorta abdominal, da arteria hepatica, da arteria mesenterica superior, pôdem tambem occasionar um aperto d'este canal.

Emfim Sims viu a vesicula biliar distendida por obstrucção do seu canal excretor comprimir o ducto choledoco.

Todos estes casos são raros e devem ser considerados como excepções. A causa principal é, pois, a lithiase biliar, que domina por

assim dizer, toda a pathogenia dos apertos e occlusões do canal choledoco.

CONSEQUENCIAS DA OCCLUSÃO DO CANAL CHOLEDOCO

Pondo de parte as modificações secundarias do figado, entraremos directamente no estudo da questão, que mais especialmente nos interessa, — as modificações experimentadas pela vesícula.

Logo que o curso da bilis é interrompido, esta, a menos que não haja obstrucção do canal cystico, tende a refluir para a vesícula. A estrutura muscular das suas paredes permite a este órgão lutar algum tempo contra a dilatação: mas esta luta não dura muito, pois que a distensão, forçando a mucosa, determina uma cholecystite diffusa, e, segundo a lei de Stokes, o plano muscular subjacente a uma mucosa, inflammada, paralysa-se. Por tanto, uma vez estabelecida a cholecystite, a vesícula ir-se-ha distendendo á medida que a bilis fôr forçando as suas paredes. As paredes da vesícula distendida são muito delgadas; a camada muscular atrophia-se, a mucosa é irregular e apresenta pequenos diverticulos devidos á dilatação das glandulas mucosas.

Ao principio, o liquido contido n'este reservatorio é pura e simplismente bilis. A' me-

dida que a secreção biliar se retarda, encontramos misturados com a bilis os productos catarraes da angiocholite e cholecystite. Quando o figado se acha atrophiado, não ha secreção biliar, os elementos da bilis contida na vesicula são absorvidos, deixando um liquido mucoso, turvo, levemente corado de verde.

A quantidade de liquido pôde ser consideravel.

Winiwarter deu sahida n'uma unica punctão a 6 litros, e Barlow a 8 litros.

N'este liquido encontramos quasi sempre calculos.

De todos os symptomas da oclusão do canal choledoco, o tumor biliar é aquelle que mais interesse nos offerece. Comtudo, diremos alguma cousa dos signaes concomittantes, pois que nos são indispensavel para o diagnosticó.

O primeiro d'estes symptomas é a ictericia com todas as suas consequencias. Esta estabelece-se mais ou menos depressa segundo a oclusão é completa ou incompleta. E' permanente, e as suas variações são pouco importantes. E' acompanhada de prurido intoleravel, ás vezes de xanthelasma (Wilson), perturbações digestivas, anorexia, estado saburral, sensações gustativas anormaes, dyspepsia, flatulencia, soluços, náuseas, etc. O descórimento completo das fezes

é o signal mais seguro da suspensão da excreção biliar.

As urinas são carregadas, córadas; as reacções de Gmelin e Pettenkoffer revelam a presença de pigmentos e acidos biliares.

A retardação do pulso e os sopros cardiacos dão prova de perturbações circulatorias, que nos explicam a tendencia ás hemorragias.

Do lado do systema nervoso, — os doentes são irritaveis, têm constantes cephaleas.

São frequentes as perturbações do aparelho circulatorio, sobretudo a congestão pleuropulmonar.

Emfim, n'um periodo avançado, apresenta-se a febre remittente biliosa, com os seus caracteres nitidos, os seus accessos irregulares, pouco pronunciados.

Os symptomas locais da obstrucção do canal choledoco, aquelles que a palpação, a percussão, e ás vezes a inspecção de per si só nos permitem apreciar, são o *augmento de volume do figado e o tumor biliar*.

O primeiro d'estes signaes é facilmente preceptivel ao principio; mais tarde, n'um periodo avançado, em vez de augmento de volume, observamos diminuição.

O tumor biliar começa a perceber-se no hypochondrio direito por um abaulamento. Apal-

pando, sentimos um tumor globuloso, renittente, fluctuante, que principia por crescer lentamente, até ao momento em que a resistencia muscular é vencida, para em seguida attingir rapidamente enormes proporções.

Se a causa da obstrucção não fôr eliminada, ou expontaneamente, ou em consequencia de uma intervenção cirurgica, os accidentes chole-micos determinarão fatalmente a morte.

No ultimo periodo, a ictericia diminue pela atrophia completa do figado; em seguida sobre-vem um estado typhoide com côma ou delirio, convulsões, carphologia, etc., e por fim, a ure-mia vem accrescentar-se ás lesões presisten-tes.

A duração d'este estado varia segundo a natureza da oclusão. Se a oclusão é completa e congenita, a morte dar-se-ha ao cabo de qua-tro ou cinco semanas. Na oclusão completa, adquirida, e devida a causas que de per si só não têm acção directa sobre o organismo, devemos tomar em consideração as perturbações diges-tivas, a cholemia e a uremia. Se os rins não se acharem alterados, e por consequencia func-ionarem bem, a oclusão pôde durar, n'um in-dividuo são, quatro annos até seis annos (ob. de Murchison).

No entanto a maior parte das vezes, decor-

ridos oito ou dez mezes, apparecem os symptomas denunciadores da atrophia do figado, d'ahi cholemia e uremia, e em pouco tempo terminação fatal.

DIAGNOSTICO DOS TUMORES DA VESICULA BILIAR

Os tumores da vesicula biliar deram n'estes ultimos annos logar a um certo numero de operações abdominaes, que devem preoccupar a attenção do cirurgião; como porém antes de intervir é sempre conveniente estarmos seguros n'um diagnostico, e este se torna por vezes difficil, parece-me de maxima importancia reservar este capitulo unica e simplesmente ao diagnostico differencial, para nos seguintes tractarmos das operações praticaveis na vesicula biliar.

O primeiro ponto a determinar é a sede do

tumor. O exame directo do abdomen, e mais particularmente, do hypochondrio direito, far-nos-ha reconhecer pela simples inspecção, a existencia d'um tumor. Em seguida investigaremos trez pontos de grande importantancia:—O tumor pertence á vesicula? Qual a sua natureza? Qual a sua causa?

1.º A percursão dá-nos indícios nitidos, e permite desenhar com o lapis dermographico uma zona de som baixo occupando toda a superficie do hypochondrio direito, e descendo por vezes até ao nivel do umbigo.

A palpação fornece-nos dados concludentes, fazendo-nos sentir debaixo da mão um tumor mais ou menos volumoso, liso, arredondado, continuando-se em cima com o figado, independente em baixo e por traz, das ansas intestinaes entre as quaes se acha collocado. A palpação mostra-nos ainda, que esta bolsa é resistente, distendida, e que, n'uma palavra, occupa a situação da vesicula biliar.

A parede abominal, pela sua espessura e rigidez, traz-nos algumas vezes ao exame um obstaculo serio. Este obstaculo será vencido por meio da anesthesia, que tem a dupla vantagem de tornar o exame praticavel pela resolução muscular, e fazer desaparecer os tumores chamados imaginarios.

Nem sempre, porém, estes caracteres se

encontram bem perceptíveis. Pódem existir anomalias de situação, de forma, etc., que complicarão o diagnostico.

Varias são as affecções abdominaes que nos podem induzir em erro. Consideremos tres casos:

- a)—A vesicula tem um volume limitado.
 - b)—A vesicula distendida chega até á região umbical.
 - c)—O tumor parece occupar toda a cavidade abdominal.
-

a)—N'este caso deveremos fazer o diagnostico entre kystos hydaticos, abesso do figado, cancros do figado e calculos da vesicula.

O diagnostico dos kystos hydaticos é por vezes difficil. A fórma d'estes kistos é em geral nitidamente hemispherica; a sua base, ao nivel do bordo inferior do figado, é larga; não tem o aspecto pyriforme, vagamente pediculado dos tumores da vesicula; mas a indolencia, a marcha das duas affecções é a mesma, podem ser seguidas das mesmas complicações. A's vezes a fórma dos kystos hydaticos simula a dos tumores da vesicula. N'este caso, a menos que a affecção primitiva, de que depende este tumor da vesicula, se não revele por signaes

particulares, o diagnostico só poderá ser feito por meio de uma punção ou incisão exploradora.

Os abcessos do figado são raros nos nossos climas. O tumor que a principio é duro, amollece depois, emquanto que o tumor da vesicula biliar augmenta de consistencia, á medida que a bolsa cystica se vae distendendo. No abcesso, a região é dolorosa, a tumefacção é mais diffusa, e é sempre acompanhada de phenomenos geraes, calafrios, febre elevada, etc. No caso de empyema da vesicula o diagnostico será muito difficil.

Os cancros da face inferior e do bordo cortante do figado serão excluidos pela multiplicidade dos nodulos, e forma arredondada dos mesmos, cachexia, que tambem pôde existir nos neoplasmas da vesicula e nas oclusões cancerosas dos canaes vectores.

Ha, porém, casos em que o diagnostico se torna completamente impossivel. Cyr cita nos *Archivos geraes de medicina* uma observação de Andral, em que, em vez de um tumor biliar diagnosticado, se encontrou na autopsia um cancro do figado.

b)—Além dos kistos hydaticos já mencionados, os tumores que se podem confundir com os tumores da vesicula, são os da parede abdo-

minal, do peritoneo, do epiploon, do intestino, do pancreas, do baço e do rim direito.

Os tumores da parede serão facilmente eliminados.

No peritoneo temos focos de peritonite ou neoplasmas. A peritonite sub-hepatica enkystada tem uma marcha por tal fôrma especial, e de um modo geral, um principio tão caracteristico que nos parece inutil descrevel-a. Quanto aos tumores, são sobretudo os do grande epiploon, que nos podem induzir em erro; no entanto os lipomas, os kystos hydatricos, os nodulos cancerosos são geralmente multiplos, e apresentam uma fôrma irregular.

O cancro do intestino é acompanhado de signaes e symptomas geraes, que muito se differenciam dos do tumor da vesicula.

Os kystos do pancreas são raros. A sua situação profunda torna-os muito menos accessiveis, que os tumores da vesicula. Quanto ao cancro já dissemos que podia comprimir o canal choledoco, e por consequencia determinar um tumor biliar.

Os kystos do baço pôdem ser difficeis de reconhecer. Péan, no seu tractado dos tumores do abdomen, recommenda, para os diagnosticar, o processo seguinte:— «Para differenciar um kysto da face inferior do figado, d'um kysto esplenico, é necessario determinar com precisão

os limites do baço por meio da percussão. A interposição d'uma zona sonora, devida á presença do estomago, ou d'uma ansa intestinal, entre a região de som baixo devido ao baço, e a que pertence ao tumor dar-nos-hia fortes presumpções a favor de um kysto dependente do figado; porque no caso de kysto do baço, a interposição da zona sonora desapareceria.»

Do rim, os tumores, que admittem confusão, são — a hydronéphrose e o rim movel —. A hydronéphrose, para que tal confusão se possa dar, deve ter adquirido um volume consideravel. De resto, as perturbações urinarias que provocam de tal ordem, que é impossivel, que a attenção não seja para ahi chamada. O rim movel distingue-se perfeitamente dos tumores da vesicula, e por consequencia a confusão é impossivel. Comtudo, o erro foi praticado por Kocker em 1878.

c) — N'este caso devemos fazer o diagnostico por exclusão tomando conta da marcha da afecção. O character enkystado da collecção, a sua immobibilidade relativa quando deslocamos o doente, e a sua situação por diante da massa intestinal permittirão eliminar a ascite. O diagnostico com o kysto volumoso do ovario é por vezes difficil. O interrogatorio da doente assegurar-nos-ha de que o tumor se desenvolvera de cima para baixo; além d'isso o toque vagi-

nal dar-nos-ha a conhecer a independencia dos órgãos genitales internos. Mas, quando o diagnostico differencial fôr extremamente difficil, recorreremos então á punção exploradora.

2.º—Qual a natureza do tumor. — Reconhecida a existencia de um tumor da vesicula biliar, procuremos agora determinar a sua natureza: para isto, tratemos de reconhecer se o tumor é fluctuante ou não, isto é, se é solido ou liquido.

Apalpando cuidadosamente o tumor, ser-nos-ha, em geral facil reconhecer a existencia ou ausencia da fluctuação. Comtudo devemos lembrar-nos sempre, que nos pequenos tumores solidos, pouco accessiveis, a fluctuação é mais ou menos nitida; e que os cancrios podem dar logar a uma falsa fluctuação.

Os tumores solidos da vesicula que podemos encontrar são os tumores calculosos e os cancrios. O tumor calculoso é duro, irregular, indolente á pressão, provocando espontaneamente, não dôres, mas sensações vagas de peso e de tensão. A palpação faz algumas vezes sentir a crepitação, que resulta do attrito de muitos calculos uns contra os outros. O proprio doente virando-se na cama, sentirá um corpo duro pas-

sando d'um lado do corpo para o outro. O tumor calculoso tem um volume estacionario.

O cancro da vesicula tem a maior parte das vezes uma consistencia irregular. Não é movel. E' sensivel á pressão, e é séde de dôres vivas espontaneas. Cresce muito rapidamente, e os signaes da cachexia cancerosa são precoces.

3.º — Qual a causa do tumor. — Já vimos que quando o tumor é liquido elle pôde ser devido: hydropisia e empyema á oclusão do canal cystico; tumor biliar á oclusão do canal choledoco.

A hydropisia é indolente, muito movel, não é acompanhada d'ictericia nem de phenomenos febris, quando não existam alterações concomitantes do figado.

O empyema manifesta-se com todos os signaes da inflammação, dôr local, febre, calafrios, etc. A vesicula achar-se-ha adherente ou á parede abdominal ou aos órgãos visinhos, e por consequencia immovel.

O tumor biliar reconhece-se pelos symptomas geraes que o acompanham, a saber: ictericia, descórimento das fezes, augmento de volume do figado.

Resta-nos agora fazer o diagnostico da causa da oclusão dos canaes cystico e choledoco. Para o canal cystico, faremos o diagnostico entre um calculo, determinando pela sua passagem a oclusão, ou por encravamento, ou por stenose

cicatricial consecutiva ; e a oclusão por adherencias peritoneaes. O diagnostico será facil, pois-que os commemorativos serão, a maior parte das vezes, sufficientes para não deixar duvidas sobre a verdadeira causa da oclusão.

Para o canal choledoco o diagnostico será mais difficil, por serem muitas e variadas as causas que podem determinar accidentes identicos aos produzidos por um calculo.

Na obstrucção calculosa, os signaes já mencionados da cholelithiase, crises hepaticas, e presença de calculos nas dejeccões, tem grande importancia ; no emtanto o signal mais concludente é a persistencia d'um estado geral satisfatorio, não obstante a retenção biliar, e a presença de signaes inflammatorios irregulares e fugazes.

Os calculos são, de todas as causas d'obstrucção, as que mais facilmente determinam phenomenos de angiocholite.

Se a obstrucção se der por vesiculas hydaticas, deveremos, da mesma fôrma que para o calculo, procural-as nas fezes.

Ha, comtudo, n'este caso um signal de grande importancia, que é a febre intensa e persistente causada pela acção da bilis sobre o kysto roto.

A oclusão por compressão ou propagação d'um cancro do duodeno ou do pancreas, reco-

nhecer-se-ha pelos seguintes caracteres: antes do apparecimento da ictericia, o doente queixar-se-ha de dôres vagas na região do duodeno. Esta dôr exaspera-se depois das refeições, e continua a atormentar o paciente depois de se ter estabelecido a ictericia.

A estes signaes virão junctar-se as hematemés e melena. A palpação permittirá tambem reconhecer um tumor independente da vesicula distendida.

Na compressão pelos ganglios do hilo do figado (cancro, lymphadenoma, tuberculose), a veia porta é sempre comprimida ao mesmo tempo que o ducto choledoco. Teremos, pois, ascite, assim como poderemos ás vezes diagnosticar a causa da degenerescencia ganglionar.

A compressão por um aneurysma da arteria hepatica é difficil de reconhecer. Diz Denucé na sua these que o unico signal importante n'este caso é a nevralgia do plexo hepatico, mas para isso, seria necessario poder distinguil-a da colica hepatica.

O diagnostico de compressão por um tumor volumoso do rim, ovario e utero faz-se com facilidade.

RESUMO HISTORICO DA CIRURGIA DA VESICULA BILIAR

A historia da cirurgia da vesicula biliar pôde ser dividida em trez periodos, a saber : o primeiro iniciado por J. L. Petit em 1735, durou até ao fim do seculo passado ; é caracterisado pela existencia d'adherencias da vesicula á parede abdominal, sem as quaes se não operava.

O segundo comprehende a primeira metade d'este seculo. Foi Richter, que o inaugurou em 1798, propondo a producção artificial de adherencias da vesicula.

O terceiro em 1859 com Thudicum, que indicou novos processos, que só foram postos em pratica há alguns annos, e sobre os quaes se baseia toda a cirurgia moderna da vesicula biliar.

No primeiro periodo citam-se os nomes de Morand, que em 1757 praticou duas talhas biliares e extrahiu pela fistula calculos biliares.

Herlin, Langlas e Duchaisnois praticaram extirpações da vesicula em cães e gatos, seguidas de bom resultado, e propõem a mesma operação no homem.

Em 1774, Bloch realisa um progresso na pratica de Petit: é o seguinte: — nos casos em que a vesicula não está adherente á parede abdominal, aconselha provocar adherencias por meio de applicações externas irritantes, taes como, cebolas, emplastro de cantharidas, e juntamente, o emprego de medicamentos estimulantes pela via estomacal.

N'este meio tempo os cirurgiões praticavam a punção da vesicula biliar distendida, na idea de que esta operação podia dispensar a adherencia, attendendo á exiguidade do instrumento que empregavam. Esta pratica era deploravel, e em 1783 Chopart e Derwerb reconheciam que a punção deixava geralmente cahir bilis no peritonco, e por consequencia, declaram preferivel a incisão franca.

Em 1798, Richter, o iniciador do segundo periodo, desenvolvendo e tornando pratica a idea de Bloch, aconselha intervir sem hesitações, logo que a inflamação se torne grave, e que a bilis não passe para o intestino. Quando não existam adherencias, este cirurgião propõe produzi-las, deixando por alguns dias um trocate, *en place*, e dilatando ulteriormente a fis-

tula que d'ahi resulta, para por meio de um lithotridor poder esmagar os cholelithos, e, em seguida, por meio de uma irrigação, arrastar para fóra os fragmentos calculosos.

Esta tentativa de Richter deu lugar a grandes divergencias entre cirurgiões do começo d'este seculo, entre os quaes Antoine Portas, no seu livro sobre o tratamento das doenças do figado, se pronuncia contra esta operação, pelo simples facto de se terem dado alguns casos fataes.

Delpech, em 1816, só admitte a intervenção, depois de reconhecida a fluctuação bem nítida.

Em 1826, Campaignac emitta ideas muito originaes, appoiadas em engenhosas experiencias: A obliteração do canal hepatico traz sempre perigos para a saude, emquanto que a do canal cystico não traz inconvenientes ao bom funcionamento do organismo. Tendo feito experiencias em cães, viu realisada a sua idea; comtudo, diz elle, «l'idée que la nature ne peut donner à l'homme d'organes inutiles me tourmentait encore. Je crus voir un moyen de conserver dans quelques cas des usages à la vesicule.» O meio consistia em laquear a vesicula na parte media, e praticar a excisão da parte situada abaixo do nó. Campaignac accrescenta ainda, que a talha proposta por Petit poderia

por esta fôrma ser praticada, mesmo com a ausencia previa d'aherencias. Extrahir-se-hiam assim os calculos sem receio de derrame de bilis na cavidade peritoneal, ou ainda, se o estado da vesicula o exigisse, laquear-se-hia o canal cystico, de maneira que não chegando a bilis á vesicula, esta não tornaria a ser sêde de novas concreções, e por consequencia, a cura seria radical.

Em 1833, Carré estabelece a inutilidade dos meios medicos, e propõe a abertura de uma fistula biliar pelo seguinte processo: — praticar uma incisão na parede abdominal, descobrir o tumor, applicar a parede contra o tumor por meio de um penso compressivo, e 48 horas depois, estabelecidas as adherencias, abrir a vesicula. Carré diz-nos ainda: «o medo de interessar o peritoneo podia atemorizar os antigos cirurgiões; hoje, porém, que tantas vezes se tem praticado com resultado satisfactorio a operação da hernia, ou anus anomal, é-nos permittido ser mais ousados».

Estes dois cirurgiões, Campaignac e Carré, poderiam ter sido os iniciadores do terceiro periodo, se tivessem tornado praticas as suas theorias.

Mas, quando mesmo o tivessem tentado, não teriam colhido resultados favoraveis; pois-que, a obliteração do canal cystico (Campaignac)

seria o ponto de partida de uma hydropisia da vesicula, e a ligadura parcial d'esta bolsa só seria realisavel se podessemos reunir pelo perfeito affrontamento os labios da incisão praticada na parede da vesicula. O processo de Carré permite a exploração da vesicula, mas o simples encostamento da vesicula á parede abdominal por um penso compressivo não previne a peritonite consecutiva.

O terceiro periodo, ou periodo contemporaneo, é caracterisado pelo facto de os cirurgiões, sem se inquietarem com a presença ou ausencia d'adherencias, abrirem o peritoneo, explorando directamente a cavidade cystica, e procedendo conforme requerem as lesões constatadas por elles.

Foi Thudicum que abriu o caminho á cirurgia moderna da vesicula, publicando em 1859 as suas idéas sobre o assumpto em questão, comprovadas pela pratica.

Nos casos de cholelithiase com retenção biliar, pretende Thudicum, que se deve abrir a parede abdominal por uma incisão praticada por baixo do bordo cortante do figado. Em seguida, por meio da introdução do dedo indicador explorar a vesicula, e reconhecer a existencia de calculos. Se existem, devemos fixar as paredes d'este órgão aos bordos da incisão abdominal por uma costura. 6 dias depois poderemos abrir

sem receio a vesícula, explorar-lhe o interior e extrahirmos os calculos que n'ella se encontram. N'uma palavra, a talha praticada por este processo era feita em duas sessões.

Bobbs, em 1867, pondo em pratica os preceitos de Thudicum, praticou uma abertura exploradora na parede abdominal.

Um mez depois Blodgett, tendo diagnosticado uma obstrucção do canal choledoco, abriu a parede abdominal, e punccionou a vesícula depois de a ter sutturado aos labios da incisão. A doente morreu ao 3.º dia.

Em abril do mesmo anno, Marion Sims pratica a primeira operação de cholecystotomia verdadeira.

No fim d'esse anno, Keen pratica a cholecystotomia, seguida de morte 36 horas depois da operação, n'uma mulher de 60 annos.

Em 1879 Lawson Tait pratica a primeira das suas cholecystotomias seguida de bom resultado. De então para cá, as observações do mesmo cirurgião inglez têm-se multiplicado de forma, que se lhe pôde attribuir a vulgarisação do cholecystotomia.

Em 1882, Langenbuck pratica uma operação muito mais grave, que as que temos relatado, a cholecystectomy. O doente operado curou no fim de doze dias.

Winiwarter pratica no mesmo anno a cho-

lécystenterostomia, restabelecendo o curso da bilis por meio de uma fistula cystico-duodenal.

Em 1883 no *American Journal of medical sciences* apparece uma observação de cholecystotomia, seguida de bom resultado, de Mussee e Keen.

Gardner publica no *Australian medical Journal* uma observação de cholecystotomia, por meio da qual extrahiu da vesicula de uma mulher de 38 annos grande quantidade de pus e 114 grammas de calculos.

Savage pratica tambem a cholecystotomia n'um adulto para a extracção d'um kysto hydatico.

Na *Loire medicale* de 1884 encontramos uma observação do dr. Fleury de um caso de fistula biliar consecutiva a uma punção exploradora.

Mac Gill, no *British Medical Journal*, refere ter extrahido da vesicula d'um doente, por meio da cholecystotomia, um calculo do volume de um ovo de pomba.

No *British Medical Journal* de 1885 encontramos uma observação de cholecystotomia praticada por Taylor.

Emfim Parkes no *Medical News* de 1885, e Meredith no *British Medical Journal* do mesmo anno, publicam observações da cholecystotomia.

Na Belgica foi Thiriar quem primeiro praticou a cholecystectomy.

Este eminente cirurgião, *Semaine Medicale* de 1888, tendo praticado 4 cholecystectomias seguidas todas de bom resultado, e cura radical de colicas hepaticas, pronuncia-se a favor da cholecystectomy, recomendando que devemos intervir mais vezes e mais cedo, não temporisar como Polaillon, pois que a vida perriga muitas vezes em consequencia de colicas e suas complicações.

Diz ainda o mesmo auctor, que por muitas vezes achou falta de relação entre a gravidade dos symptomas da colica biliar e a importancia dos calculos evacuados. Frequentemente não constatou concreções nas fezes, e apesar d'isso os doentes tinham soffrido dôres violentissimas, a ponto de a vida se achar compromettida.

Por isto suspeita Thiriar que existam *vesiculas dolorosas*, assim como existem *bexigas dolorosas*. Se a existencia d'estas cholecystites dolorosas estivesse demonstrada, as extirpações da vesicula biliar tornar-se-hiam mais frequentes.

D'Antona, (*Semaine Medicale* de 1888), tendo praticado uma cholecystectomy, seguida da morte 3 mezes depois da operação por symptomas de cholemia e recidiva de carcinoma, resume, da fôrma seguinte, as reflexões que o caso lhe sugeriu :

1.º—A ablação da vesícula biliar é possível, e a operação não expõe a perigos graves.

2.º—Podemos evitar as hemorragias do fígado, empregando instrumentos rhombos.

3.º—Todas as affecções da vesícula biliar são accessíveis ao cirurgião.

4.º—A operação cirurgica ideal é a cholecystectomy. A cholecystotomy não impede a recidiva.

5.º—Se a cholecystectomy não é praticavel, podemos recorrer a cholecystenterostomy, á ligadura do canal cystico com obliteração da vesícula pelo processo de Lambeccari, á formação da fistula biliar permanente e á cholecystorrhaphia.

6.º—A vesícula biliar é um órgão quasi inutil.

Varias observações mais se tem publicado nos jornaes de medicina firmadas pelos eminentes cirurgiões d'esta epocha, quer francezes, quer inglezes.

Entre nós, no decurso d'este anno lectivo, de 1889-90, teve a cirurgia da vesícula biliar occasião de ser inaugurada pelo nosso eminente professor de clinica medica, o snr. dr. Antonio d'Azevedo Maia, em duas cholecystotomias praticadas, uma por empyema da vesícula, e outra por hydropisia, seguidas ambas as operações

de resultados excellentes, quer relativamente ao doente, quer á operação.

N'esta serie historica vemos apparecer successivamente propostos os processos seguintes, por meio dos quaes os cirurgiões devem procurar remediar os accidentes da cholelithiase:—Petit propõe a abertura da vesicula adherente á parede abdominal; Richter provoca essas adherencias para em seguida abrir a vesicula; os cirurgiões contemporaneos abrem o abdomen e suturam a vesicula á parede abdominal, antes ou depois de a ter aberto—cholecystotomia; Langenbuch preconisa a extirpação da vesicula,—cholecystectomy; e Winiwarter pratica a cholecystenterostomia.

São estas tres ultimas operações, aquellas cuja technica e indicações vamos passar em revista no capitulo seguinte.

TECHNICA OPERATORIA

Cholecystotomia.—Esta operação consiste na abertura da vesícula por laparotomia.

Divergem muito os cirurgiões na demarcação da linha operatoria. Brown em 1878 e Lawson Tait em 1879 — *British medical Journal* — praticaram a incisão abdominal na linha media. Witzel, nos casos de obstrucção do canal choledeco, pratica a incisão mediana. Hofmokl pratica-a seguindo a direcção do grande diametro do tumor. Boeckel — *Revue de Chirurgie*, de 1885 — fez a incisão parallelá ao bordo das falsas costellas.

Parece-nos que a linha de operação não pôde ser marcada d'um modo definitivo para

todos os casos, que se nos apresentem. As circunstancias dever-nos-hão guiar na escolha da incisão. Se estivermos seguros de que o tumor é formado pela vesicula biliar, devemos escolher a incisão vertical no bordo externo do musculo grande recto; porque cairemos mais directamente sobre a vesicula, e a exploração dos canaes vectores ser-nos-ha, por esta fôrma, mais facil.

Se o diagnostico fôr duvidoso, a linha media será preferivel, poisque nos permite a exploração facil, seja qual fôr o caso, que se nos depare.

A direcção da incisão deve ser vertical, parallela ás fibras do grande recto. Por esta fôrma a reunião dos labios da ferida far-se-ha sem inconveniente, o que de fôrma alguma succede com as incisões obliquas e transversaes.

O comprimento da incisão deve ser de 4 a 5 centimetros, se quizermos simplesmente explorar. Se a operação fôr definitivamente decidida, prolongaremos a incisão até 8, 10, 12 centimetros, conforme a necessidade de occasião.

Aberta a parede abdominal camada por camada fazendo uso da sonda cannelada, e praticando a hemostase por meio das pinças de Péan, o peritoneo será apanhado por duas pinças, e levantado de modo a poder praticar-se-lhe uma

abertura, por onde possa passar, ou o dedo indicador do cirurgião, ou uma sonda cannelada; em seguida, terminada a incisão, prenderemos os labios da incisão do peritoneo por meio de pinças, que deixaremos até ao ultimo tempo da operação—a sutura.

Exploração.—Uma vez aberta a parede abdominal, o cirurgião poderá examinar directamente o tumor, reconhecer a natureza do seu conteúdo, muco, pus ou bilis, por meio da transparencia das suas paredes; mas este meio não basta, pois que a face posterior da vesicula pôde achar-se ligada a alguns dos órgãos visinhos por adherencias, que não são faceis de verificar pela simples inspecção atravez a incisão. Por consequencia, pela abertura, o cirurgião introduzirá um ou dois dedos, e pela palpação directa reconhecerá qual a causa e natureza do tumor. Figuremos o caso mais simples — o de hydropisia da vesicula.

Se a distensão da vesicula fôr exagerada, isto é, que não permita a sua passagem pela abertura feita na parede abdominal, praticaremos uma punção aspiradora, por meio do aspirador de Potain; em seguida puchal-a-hemos para o exterior.

Incisão e evacuação.—Por meio de esponjas chatas preservaremos o peritoneo de qualquer derrame que possa escapar-se para o interior

do abdomen. Feita largamente a incisão, a vesícula esvaziar-se-ha do seu conteúdo, e então, ou por meio da unha, ou de uma pinça de garras, procuraremos desembaraçar o canal cystico do calculo ou calculos que o obstruam.

Feita a lavagem antiseptica da mucoça vesicular, procederemos ao ultimo tempo da operação.

Suturas.— As suturas a praticar em primeiro lugar, são as da vesícula á parede abdominal, com o fim de estabelecermos adherencias peritoneaes. Estas devem ser feitas muito aproximadas em toda a periphéria da incisão; em seguida, se a incisão abdominal fôr de pequenas dimensões, podemos deixal-a aberta em toda a sua extensão; no caso contrario, praticaremos alguns pontos de sutura, de modo a deixar uma fistula de tamanho sufficiente, que nos permita praticar o penso da vesícula. Este penso será feito por meio de um dreno, ou mesmo por um tampão de gaze iodoformada, que encha completamente a cavidade deixada. O penso exterior não differe do penso das outras operações abdominaes.

Esta operação, feita n'uma sessão, é a que actualmente a maioria dos cirurgiões praticam, com resultado satisfatorio.

Assim feita, a operação é benigna e dá uma mortalidade de pouca importancia. As estatís-

ticas, porém, divergem na cifra de mortalidade, assim Musser e Keen dão uma mortalidade de 28 %, Courvoisier 20 % e Lawson Tait conta somente 3 mortes em 55 operações (*Edinburgh Medical Journal*, 1888).

Parece-nos, porém, difficil estabelecer opinião sobre a gravidade da cholecystotomia pelas estatisticas que precedem; pois que para isso, seria necessario poder tomar conta das aptidões do cirurgião como operador, dos casos operados, e do rigor com que é feita a antisepsia.

Estes trez factores são absolutamente impossiveis de conhecer, de fôrma que, estaremos mais certos de formar opinião segura, tomando conta do traumatismo, e dos perigos experimentados pelo doente. Portanto, não nos parece temerario affirmar, que a cholecystotomia, feita em boas condicções, e por um cirurgião habil e rigoroso na antisepsia, é uma operação benigna.

A *cholecystotomia em duas sessões* tem por fim estabelecer adherencias entre a parede abdominal e a vesicula, antes de a abrirmos.

A ideia primitiva d'esta operação é devida a Bloch. Depois d'elle, o processo empregado para provocar adherencias foi-se modificando até 1874, em que Maunder teria provocado adherencias por meio de sutura. Em seguida, esta

operação repetiu-se um grande numero de vezes até á epocha presente, em que está caindo no desuso.

A cholecystotomia em duas sessões não é mais grave do que a feita n'uma sessão; mas tambem não o é menos. No entanto, podemos concluir a favor da primeira, que se nos affigura mais simples e mais breve, e, nos casos em que o diagnostico é duvidoso, permite-nos explorar a vesicula e decidir, ou pela talha, ou pela sua extirpação.

Cholecystotomia com sutura livre da vesicula.

—Esta operação, cuja idea primitiva é devida a Spencer Wells, foi praticada a primeira vez por Meredith em 1883, e seguida de morte.

Esta operação consiste em, depois de ter praticado a laparotomia, incisar a vesicula, explorar-a com cuidado, reconhecer a permeabilidade dos canaes cystico e choledoco, extrair os calculos que ahi possam existir, e em seguida praticar a sutura dos labios da incisão da vesicula, abandonal-a depois d'isto na cavidade abdominal, e por fim praticar a sutura externa.

Esta operação não deu os resultados que o seu inventor esperava.

Lawson Tait é o mais encarniçado adversario contra esta modificação, trazida á sua operação, e cita, em appoio á sua opinião, uma autopsia na qual se encontrou grande quantidade

de bilis no peritoneo, (*British medical Journal de 1884 e Edimburgh medical Journal de 1889*).

CHOLECYSTECTOMIA

Tendo-se por vezes notado a persistencia de fistulas cutaneas apoz a cholecystotomia, e ainda quando não houvesse fistulas, o reaparecimento, n'uma epocha mais ou menos afastada, dos mesmos accidentes, que tinham levado o cirurgião a intervir, procurou-se remediar a estes inconvenientes por uma outra operação, que radicalmente curasse o portador de taes padecimentos. A cholecystotomia «ideal» não podia ser chamada a occupar o lugar da primeira, porque, além de ser perigosa, de modo nenhum obstava á recidiva.

Estas razões levaram Langenbuch a propôr a extirpação completa da vesicula, em vez da sua simples abertura. A sua primeira operação foi praticada em 1882, sendo seguida de pleno successo. A cholecystectomy foi aceite por muitos cirurgiões, entre outros pelo dr. Thiriar, (Bruxellas), que expoz as suas impressões quanto ao valor d'esta operação no Congresso de Cirurgia de 1887.

A ablação total da vesicula biliar é uma operação mais delicada que a cholecystotomia. Com effeito, depois de ter separado a vesicula

dos órgãos com que pôde apresentar adherencias (intestino, parede abdominal, etc.), devemos separal-a do figado, contra o qual se acha applicada. Este tempo operatorio deve ser feito com vagar e precisão para não ferir o tecido hepatico.

Quando a vesicula estiver isolada do figado, e libertada das suas adherencias, dissecaremos o canal cystico, porque é elle, que deve constituir o pediculo do tumor, cuja ablação quere-mos praticar.

Esta dissecção é sempre trabalhosa, por causa das relações d'este conducto com o canal hepatico, arteria cystica e a arteria hepatica. Em seguida estabelecem-se duas ligaduras solidas, entre as quaes se pratica a secção.

Langenbuch aconselha ainda fechar tanto quanto possivel a cavidade peritoneal, suturando o peritoneo por diante da superficie sangrenta.

A cholecystectomy é, como se vê, uma operação muito delicada, mas não difficil. O ponto importante, em todas as intervenções na vesicula biliar, é evitar o derrame do seu conteúdo na cavidade peritoneal: ora, esta condicção é mais facil de observar n'esta operação, do que na cholecystotomy. Demais, o traumatismo operatorio pouco maior é do que n'esta ultima, e certamente insignificante, se o compa-

rarmos com o das intervenções abdominaes, em geral. Por consequencia, o prognostico da cholecystectomy deve unicamente depender do estado geral do doente, da duração da operação e do rigor na antisepsia.

Parece, pois, á primeira vista, que a cholecystectomy é uma operação tão benigna como a cholecystotomy. Não succede, porém, assim.

As estatisticas dão-nos um contingente maior de mortalidade na primeira, que na segunda operação (Courvoisier). L. Tait, *Edinburgh medical Journal* 1889, pretende ser esta mortalidade devida ao refluxo da bilis nos casos em que o canal choledoco não esteja perfeitamente permeavel; além d'isso qualifica esta operação d'absurda, poisque é impossivel justificar uma operação, que consiste na extirpação d'um órgão, sómente pelo facto de conter calculos. Demais, nega o mesmo cirurgião a formação dos calculos dentro da vesicula, admitindo, comtudo, que se podem desenvolver pela sobreposição de successivas camadas de cholesterina.

Thiriar, porém, não é d'esta opinião. Tendo praticado varias cholecystectomias, todas seguidas de bom resultado, resumiu nas conclusões seguintes as suas impressões a respeito de esta operação:

1.º—A vesicula biliar é um órgão dispensa-

vel á vida, e que por consequencia póde ser extirpado.

2.^o—Os calculos formam-se e crescem quasi sempre na vesicula, e muito raras vezes nos canaes cystico e choledoco.

3.^o—A operação é simples, pouco perigosa e não expõe o doente a ter uma fistula consecutiva.

4.^o—É comtudo necessario saber que esta operação expõe o doente a morrer de peritonite, devida ao refluxo da bilis.

Assim pois, não nos achando com competencia necessaria para discutir opiniões tão contrarias como as de estes dois grandes mestres, parece-nos melhor concluir como Terillon—ambas estas operações são boas, sómente, cada uma corresponde a indicações differentes.

CHOLÉCYSTENTEROSTOMIA

As duas operações, que acabamos de descrever, são unicamente applicaveis aos casos em que haja obstrucção do canal cystico; falta-nos agora descrever uma operação, que vem remediar as consequencias da oclusão do canal choledoco. Essa operação consiste no estabelecimento de uma fistula directa entre a vesicula biliar e o intestino delgado. A idea de esta operação é devida a Nussbaum, sendo posta

pela primeira vez em pratica por Winiwarter, em 1880.

Antes, porém, d'esta tentativa de Winiwarter, procurava-se remediar estes casos por meio de differentes operações, que, se traziam para o doente algum allivio, não eram, comtudo, mais do que palliativas, poisque passado, em geral, pouco tempo, todos os accidentes, que atormentavam o doente antes da operação, reappareciam, quando se não tornavam mortaes.

Harley, Williet aconselhavam punções repetidas da vesicula. É licito dizer, que se determinavam uma decompressão, e por consequencia allivio, este era momentaneo.

Knowsley Thornton, *British Medical Journal*, 1886, praticou a hepatotomia, operação que consiste em prolongar a incisão feita na vesicula até á espessura do tecido hepatico, para extrahirmos os calculos, que n'elle pôdem enkys-tar-se. Lawson Tait diz ter extrahido por este processo um calculo bastante volumoso, *Edinburgh Medical Journal*, 1889.

A Cholelithotripsia tem por fim esmagar os calculos biliares, que se acham engasgados nos canaes cystico e choledoco, para mais facilmente serem extrahidos. Esta operação foi proposta por L. Tait em 1886, e executada pela primeira vez por Langenbuch n'um caso de obstrucção do ducto choledoco. Apesar dos suc-

cessos de L. Tait, não nos parece esta operação tão aproveitavel, como elle mesmo crê; poisque se se torna facil esmagar um calculo molle e liso, outro tanto não succede para com calculos duros e cheios de saliencias.

Langenbuch propoz tambem abrir a parede do canal choledoco, extrair o calculo, e em seguida fechar a abertura por meio de uma sutura.

Resta-nos agora desviar o curso da bilis, fazel-a penetrar no intestino por outro caminho. É o que se obtem por meio da cholecystenterostomia.

Foi Winiwarter quem poz em pratica esta idéa, mas d'um modo empirico.

Gastão d'Atlanta e Colzi estudaram esta questão experimentalmente. Praticaram fistulas duodeno-cysticas em cães, passando atravez as paredes dos dois órgãos um fio de caoutchouc. Estas experiencias deram resultado magnifico, sendo então que Nonastyski praticou no homem esta operação, deixando d'ella uma descripção, muito detalhada cujo resumo vamos fazer.

Uma vez aberta a parede abdominal, devemos evacuar a vesicula. por meio da punção, ou praticando uma incisão no seu fundo. Em seguida, escolhida a ansa do intestino, com a qual queremos estabelecer a anastomose, abrimos uma fistula, e com catgut disporemos duas

curvas concentricas de suturas, de modo a ficar uma abertura, que faça communicar o intestino por um trajecto directo com o fundo da vesicula.

*
* *

Até actualmente, contam-se unicamente 7 observações de cholecystenterostomia, pouco para se poder decidir dos seus resultados definitivos.

INDICAÇÕES

Ao terminarmos este capítulo sobre o tratamento cirurgico dos tumores da vesicula biliar, vemos que actualmente, trez só das inumeras operações, que d'antes se praticavam, se conservaram: a cholecystotomia, a cholecystectomy e cholecystenterostomia. Estas correspondem a todos os casos clinicos e a todas as lesões observadas na vesicula biliar.

Os progressos realizados n'estes ultimos annos no sentido da limpeza cirurgica, permitem-nos hoje abrir sem receio a cavidade abdominal, e investigar, não só a causa, mas tambem a natureza do tumor, que põe a vida do doente em perigo, e, segundo as circumstancias,

optar por uma ou por outra d'estas operações. Assim, pois, daremos as indicações de cada uma d'ellas.

A cholecystotomia está indicada :

1.º — Na hydropisia da vesicula por um calculo engasgado no canal cystico, proximo da sua união com o ducto choledoco.

2.º — No empyema da vesicula.

A cholecystectomy :

1.º — No tumor calculoso, quando os conductos vectores estiverem permeaveis.

2.º — Nos neoplasmas da vesicula biliar.

3.º — Na hydropisia da vesicula, produzida por stenose cicatricial do canal cystico.

4.º — E ainda em certos casos de fistulas muco-purulentas consecutivas á cholecystotomia.

A cholecystenterostomia, está indicada em todos os casos de obstrucção permanente do canal choledoco, quer por um calculo volumoso, quer por aperto cicatricial, mas sómente quando as paredes da vesicula estiverem em bom estado.

OBSERVAÇÃO I

H. P., 32 annos, barqueiro, viuvo, natural e residente no Porto, entrou n'este hospital no dia 10 de dezembro de 1889, queixando-se de um tumor na região infra-hepatica.

Antecedentes hereditarios, bons.

Antecedentes pessoaes, egualmente bons: Ha dois annos, porém, teve uma pontada, acompanhada de febre, na mesma região de que hoje se queixa. Esteve tres mezes de cama, no uso de revulsivos sobre a parte dolorosa, e laxantes internamente, passados os quaes o doente voltou ao seu bemestar antigo.

No dia 20 d'outubro do mesmo anno, tendo-se molhado, e apanhado bastante frio, sentiu de novo uma pontada, mas mais forte, no mesmo sitio. Com cataplasmas emollientes e revulsivos, a dôr abrandou, não chegando comtudo a desaparecer, como da primeira vez.

Exame do doente. Deformação da metade inferior do thorax, occupando todo o hypochondrio direito, metade direita do epigastro, e ainda a parte superior da região umbilical.

Tumor renittente, uniforme, liso. A exploração da fluctuação não dá resultados positivos em consequencia da

dôr violenta que se provoca. Som basso continuando-se com o do figado.

Foi diagnosticado, apoz uma punção aspiradora, em-pyema da vesicula biliar.

Proposta a operação pelo nosso professor o Ex.^{mo} Sr. Dr. Antonio d'Azevedo Maia, e accite pelo docente, ella foi praticada no dia 21 de dezembro de 1889.

A operação consistiu na cholecystotomia.

Foram retirados cerca de 5 litros de pus de dentro da vesicula, sendo esta em seguida lavada com uma solução forte d'acido phenico.

Não houve necessidade de estabelecer adherencias, a não ser em alguns pontos; pois que, quasi todo o contorno da incisão se achava já fixo á parede abdominal por adherencias peritoniaes.

A operação correu em boa ordem.

A superficie interior da vesicula era muito granulosa, como que avelludada, e a parte em relação com a face inferior do figado em extremo accidentada.

Os pensos foram feitos de tres em tres dias, até ao completo desaparecimento da vesicula e obturação da fistula abdominal.

Sahiu curado no dia 1 de Fevereiro de 1890, voltando ao seu modo de vida e não se queixando até hoje de nenhum incommodo.

OBSERVAÇÃO II

L. M. 23 annos, solteira, criada, natural de Valpasos e residente no Porto, entrou na enfermaria de Clinica Medica d'este Hospital no dia 8 de Fevereiro de 1890.

O pae é rheumatico, a mãe morreu de 40 annos, repentinamente. Tem 6 irmãos, que padecem todos de enxaqueca.

A doente padece desde pequena de enxaquecas. Por occasião da sua primeira menstruação, dos 16 para os 17 annos, começou a soffrer de dyspepsia.

Aos 22 annos sentiu o primeiro accesso de colica hepatica, d'ahi para cá repetiram-se as colicas por varias vezes, durando sempre dois ou trez dias o accesso.

Quando entrou para o hospital, trazia já, datando de 4 dias, uma violenta dôr no hypochondrio direito. Examinada a região, reconheceu-se um tumor intra abdominal, pediculado, seguindo o figado nos movimentos respiratorios, e descollocando-se facilmente no sentido lateral, quando se lhe imprimiam movimentos. Não havia dôres espontaneas.

Pulso tardo, desigual e pequeno. Insufficiencia mitral.

Foi diagnosticada a lesão de hydropsia da vesicula biliar, por oclusão do canal cystico.

Proposta a intervenção cirurgica, e accete pela doente, foi-lhe praticada a cholecystotomia no dia 23 de Fevereiro.

Aberta a parede abdominal e repuchada a vesicula biliar para fóra do abdomen, vimos que ella estava augmentada de volume, e tinha a forma de um fuso. Praticada a incisão, saíram 32 calculos de dentro do reservatorio cystico, assim como grande quantidade de um liquido turvo, misturado com bilis.

Feitas as lavagens antisepticas, costuraram-se os bordos da incisão na vesicula com os da incisão abdominal, ficando aberta a fistula abdominal, para por ella se poder fazer o penso na cavidade da vesicula, e facilitar a saída de algum calculo, que por ventura tivesse ainda ficado no fundo da vesicula.

A operação durou 45 minutos.

Ao terceiro dia da operação, a doente apresentava um aspecto animador, que contrastava singularmente com a physionomia depressiva e desoladora, que antes apresentava.

Conservou-se esta doente por todo o mez de março e abril ainda no hospital, fazendo-se-lhe o curativo de dois em dois dias ao principio, rareando-o depois, á medida que a fistula externa ia perdendo terreno, para dar lugar á cicatrização.

Esta doente sahiu curada no dia 9 de maio d'este mesmo anno.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — As disposições anatomicas da articulação escapulo-humeral, explicam a maior frequência das deslocações d'esta região.

Physiologia. — A vesicula biliar é um órgão dispensavel.

Materia medica. — As propriedades diureticas do leite são devidas à lactose.

Pathologia geral. — As lesões do espaço semilunar de Traube têm grande valor em semeiologia.

Anatomia pathologica. — Não ha differença entre o globulo do pus e o leucocyto.

Pathologia interna. — Nas pleuresias exsudativas com derrame abundante, a thoracentese impõe-se como unico tratamento.

Pathologia externa. — Nos catarrhos vesicaes é importante, para o diagnostico causal, o catheterismo da bexiga.

Operações. — Rejeitamos a cholecystotomia com sutura livre da vesicula.

Partos. — A amamentação materna é proveitosa tanto para a mãe, como para o filho.

Medicina legal. — Só o microscopio pôde differenciar a vulvo-vaginite simples da blenorragica.

Visto.

O PRESIDENTE,

Pimenta.

Pôde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira.