

7130

1903

BREVE ESTUDO

SOBRE

A LITHIASE INTESTINAL

115/1 ENC

N.º 1

Breve estudo

sobre

A lithiase intestinal

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto

POR

Apolinario Monteiro d'Azevedo



PORTO

PAPELARIA E TYPOGRAPHIA AZEVEDO

18—Largo dos Loyos—20

1903

115/1 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO INTERINO

JOSÉ ALFREDO M. DE MAGALHÃES

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrauticos

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral | Carlos Alberto de Lima. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Clemente Joaquim dos S. Pinto. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido A. Correia de Pinho. |
| 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 | Roberto H. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal e toxicologia | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina. | Alberto Pereira d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira—Hygiene privada e publica | João Lopes da S. Martins Junior. |
| Pharmacia | Nuno F. Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramacho. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

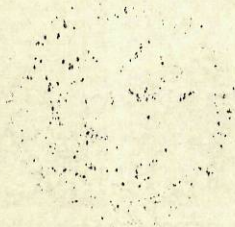
- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| Secção medica | { José Dias d'Almeida Junior. |
| | { José Alfredo M. de Magalhães. |
| Secção cirurgica | { Luiz de Freitas Viegas. |
| | { Antonio J. de Souza Junior, |

Lente demonstrador

- Secção cirurgica , Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º).



À MEMORIA

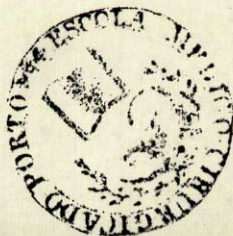
DE

MEU PAE

Ainda hoje tenho pena de vos não ter
conhecido!...

Fostes um martyr de trabalho!...

A morte furtou-vos a muitos des-
gostos



A

MINHA BOA MÃE

Apesar de muitos sofrimentos, tendes sido feliz.

Tenho sido eu o vosso filho mais querido! . . .

Nunca o esquecerei.

A SAUDOSA MEMORIA

DE

MEUS IRMÃOS

P.^e Antonio

Joaquim

Heleno

Manuel

E

MINHA IRMÃ

Magdalena

Só pisastes abrolhos!...
Nunca deveis ter existido!...
O retrato dos que conheci existe sempre bem gravado na minha alma.

A MINHA SANTA IRMÃ

Brigida Amelia Monteiro d'Azevedo

Ninguém hoje é mais feliz que vós,
não pela riqueza, mas por vêdes formado
o vosso querido irmão.

A festa, portanto, é toda vossa.

Os sacrificios que por mim tendes feito,
só eu os sei! . . .

A minha gratidão será eterna.

Este livro pertence-vos.

A MINHA IRMÃ

Rachel

Um abraço.

AO EX.^{MO} SNE.

Commendador Filippe José Rodrigues

Têm sido para mim um verdadeiro pae.
Os favores de que lhe sou devedor nunca
lh'os poderei pagar.

Farei sempre porque a minha gratidão
seja egual á sua generosidade.
Por tudo, muito obrigado.

A

MEUS SOBRINHOS

FILIPPE

E

JOSÉ

Venerae sempre vossos paes.
Em tudo, estarei sempre a vosso lado.

À MEMORIA DE MINHA AVÓ

D. RACHEL FERREIRA D'AZEVEDO

Fostes uma santa! . . .
Nunca devíeis ter morrido!

A

Todos os meus parentes

AO EX.^{MO} SNR.

Commendador João de Figueiredo

MUITO OBRIGADO.

AO MEU INTIMO E VELHO AMIGO

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO GONÇALVES

Um abraço de muita amisade.
Muito obrigado,

AO DIGNISSIMO PROFESSOR

Dr. Carlos Alberto de Lima

*Homenagem ao seu caracter
e muito saber.*

AO MEU INTIMO

Dr. Luiz Antonio de Souza

Senti, devéras, este anno,
a tua falta.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

Dr. Antonio Pinto de Gouvêa e Almeida
Dr. Francisco Lourenço de Moura

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

E EM ESPECIAL A

Dr. João Carneiro Leal
Dr Carlos Alberto da Rocha

AOS MEUS EX-COMPANHEIROS DE CASA

E EM ESPECIAL A

Dr. Augusto Pinto Gomes d'Andrade
Dr. Manuel Duarte Roque
Dr. Francisco Soares Chegão,

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Cosme Carmo Cardoso
José Rodrigues da Fonseca Sequeira

Um apertado abraço.

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

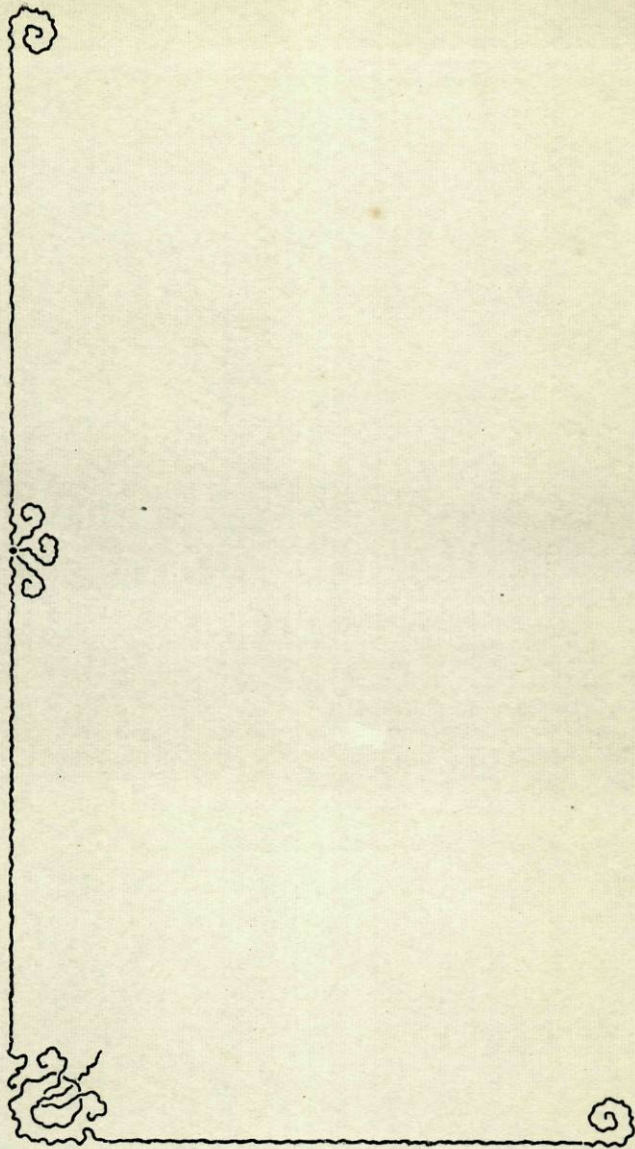
Antonio Padua da Costa Soares
Manuel Gil de Carvalho
José d'Almeida
Antonio Garcia

Um abraço de despedida

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE DE THESE

◊ Ex.^{mo} S^{nr}.

Dr. Maximiano A. d'Oliveira Lemos



INTRODUÇÃO

Com um anno tão trabalhoso como é este em que se necessita de todo o tempo para bem digerirmos os conhecimentos que se adquiriram nos annos anteriores, temos ainda, para ultimar a nossa tão longa carreira, de apresentar um trabalho escripto que nos dá direito a uma carta, sem a qual, passado algum tempo, não podemos exercer as nossas funcções, o que não acontece, infelizmente, a qualquer charlatão.

Embora haja boa vontade, a falta de tempo cria-nos grandes embaraços, não só na escolha do assumpto, como em desenvolvê-lo de maneira a merecer a approvação do illustre jury que o apreciar.

Satisfazer a isto, eis toda a nossa difficuldade. Roubamos o tempo a coisas tão preciosas e que tanta falta nos fazem na prática, para o gastar-

mos n'um trabalho que, devido á rapidez com que é feito, nada diz de quem o escreveu.

Mas... cumpra-se a lei.

*

* *

Quando decidi dissertar sobre este assumpto, lembrei-me de que, facilmente, encontraria tratados que bem me orientassem e desfizessem as difficuldades que a cada momento surgiriam ao meu espirito. Mas, com bastante pezar meu, não aconteceu assim.

Percorrendo a litteratura medica, vi que tudo que existia escripto ácerca d'esta doença, consistia, apenas, em factos isolados, perdidos, por assim dizer, entre innumeraveis publicações das folhas periodicas.

Nos tratados de pathologia nada encontrei e nos de anatomia pathologica só vi assignalados os enterolithos.

Em vista d'isto, o trabalho já não consistia sómente em consultar auctores; estava, tambem, em reunir o que andava disperso pelo mundo medico.

Notei que não acontecia assim com os calculos dos rins, da bexiga, do figado, das amygdalas e mesmo dos pulmões. Estes, têm sido objecto de minuciosas investigações e encontram-se descriptos em obras especiaes.

Os intestinaes, porém, ou porque não são da paixão dos pathologistas, ou porque o estudo que lhes dediquem não lhes traga paginas douradas na historia da medicina, têm sido abandonados quasi por completo.

Pois são conhecidos desde longa data, mas d'uma maneira tão vaga que ha bem pouco tempo os confundiam com os que vinham do figado e mesmo com coprolithos.

Portanto, este trabalho, por tudo que acabo de dizer, não póde ser completo.

CAPITULO I

Historia

Não será completa. Deixarei de me referir a uns casos de Children em 1823, de Torbet em 1825, de Caventu em 1826, de Denis em 1828, de Mackinlosh em 1832 e a alguns mais que desde esta ultima data até hoje foram observados. E faço-o pelos considerar de pouco interesse sob o ponto de vista pathogenico e symptomatico.

*
* * *

Lê-se nos *Archivos de Müller, 1836*, que o professor Schœnlein, de Zurich, n'uma epidemia de typho abdominal, que reinou, na mesma cidade, em 1835, encontrou nas fezes d'um doente um grande numero de crystaes microscopicos, com-

postos sobretudo de phosphato e sulphato de cal e d'um sal de soda.

A sua frequencia, nos doentes attingidos de typho, era tal, que elle chegou a affirmar que estava em presença d'um bom elemento de diagnostico d'esta doença.

Para elle, estes crystaes, nunca se encontrariam, nem no estado de saude, nem n'outras doenças.

Müller, que dirigiu a sua attenção sobre este ponto, encontrou-os em diversas autopsias de individuos cujo intestino estava são.

Em 1838, O'Brian Bellinghan ⁽¹⁾, cirurgião no hospital de S. Vicente, em Londres, descobriu grande numero de crystaes nas fezes contidas no intestino d'um individuo morto d'uma pleuro-pneumonia complicada de gastrite.

Notou que a parte da mucosa intestinal ao nivel da qual estavam accumuladas as materias fecaes que continham os crystaes, não estava ulcerada e que a analyse chimica mostrou que esses crystaes eram compostos de phosphato ammoniaco-magnesiano.

No mesmo anno e no mesmo jornal *The Dublin Journal*, o doutor Harrisson faz a descripção d'alguns pequenos crystaes prismaticos, encon-

(1) O'Brian Bellinghan, *The Dublin Journal*, 1838.

trados, por elle, no peritoneo inflammado de individuos autopsiados. Eram, igualmente, formados de phosphato ammoniaco-magnesiano.

Bizzozero, na sua obra intitulada *Microscopie clinique*, diz tel-os encontrado tambem no intestino.

Estes factos podem-se approximar d'uns assinalados por Virchow, descrevendo sob o nome de grãos calcareos: uma alteração que consiste em uma infiltração calcarea da mucosa estomacal e das glandulas que estão contidas na espessura do estomago.

Nos *Archives generales de medecine* encontram-se aqui e acolá observações de concreções intestinaes; mas os auctores confundem nas suas descrições todos os calculos do intestino, qualquer que seja a sua proveniencia e seu modo de formação. São na maior parte calculos biliares, caroços de fructos, materias lenhosas, coprolithos ou materias fecaes endurecidas, calculos vindos da vagina ou da bexiga e muitos outros cuja natureza não está indicada.

Em 1854, Cloquet estabeleceu uma distincção entre os calculos do *canal alimentar*, dividindo-os em duas classes: a primeira comprehendendo os enterolithos no homem (bezoares dos animaes), «resultando uns e outros d'um deposito de materia calcarea, fornecida pelas paredes do intestino»; a segunda classe abraçando todos os aggregados de materias extranhas (pêlos de animaes ou ve-

getaes, areias, materias diversas, medicamentos e calculos biliares).

Foi elle, tambem, o primeiro a dizer que o estado pathologico das membranas mucosas pôde determinar o deposito de materias da mesma natureza que aquellas que se produzem normalmente em certos animaes (molluscos e crustaceos); mas estas concreções precisam sempre, segundo elle, d'um nucleo primitivo, constituido por corpos extranhos, taes como: alfinetes, bocados de cêra, etc.

No anno seguinte, n'uma Memoria apresentada á Academia de Medicina de Paris, segue as mesmas idéas.

Huss e Mosander, no *Museum Anatomicum Holmense*, 1855, referem-se a uma curiosa observação d'um calculo intestinal que media 17 centimetros por 6. •

Este calculo era dos maiores conhecidos; enchia o cecum e o appendice vermiforme. Entravam na sua composição elementos mineraes e organicos.

Em 1873, Laboulbene (1) creou a expressão de areia intestinal para designar uma materia areenta encontrada por elle no intestino de seis doentes. Dizia vir de fóra e encontrar-se, de or-

(1) Laboulbene, *Sur le sable intestinal*. Arch. gener. med., dezembro 1873.

dinário, nas materias fecaes dos doentes attingidos d'affecções agudas. Era de opinião, tambem, que era formada á custa d'uma alimentação continuada e exclusivamente vegetal ou devida a particulas siliciosas que voluntaria ou involuntariamente fossem ingeridas. Que estas substancias quando ingeridas formavam nucleos e em volta d'esses nucleos, como centro, se depositavam camadas azotadas ou de phosphato ammoniacomagnesiano.

No anno seguinte, M. V. Bioggi ⁽¹⁾ (de Porto-Rico) apresenta uma nova observação de areia intestinal.

Segue-se depois M. Marquez ⁽²⁾ (d'Hyères) que tratando d'uma mulher de 48 annos, teve tambem occasião de encontrar areia nas suas dejecções que eram mais ou menos espessas e muitas vezes sanguinolentas.

N'este caso, faz notar Marquez que, tendo a doente uma alimentação puramente animal, não se devia incriminar a influencia vegetariana invocada por M. Laboulbene. Aqui, a historia da lithiase intestinal tem um periodo de interrupção de 17 annos, durante os quaes os clinicos a esqueceram.

⁽¹⁾ Bioggi, *Du sable intestinal*. Presse medicale belge, 1874, n.º 20.

⁽²⁾ Marquez, *Compts rendus de l'assoc. franc. pour l'avanc. des sciences*, 1879.

Em 1896 apparecem observações completas e detalhadas de M. M. Mongour ⁽¹⁾, Oddo ⁽²⁾ e Mathieu ⁽³⁾ que deram, d'esta doença, uma theoria pathogenica, sobre a qual falaremos em outro capitulo.

Em 1897, o professor Dieulafoy ⁽⁴⁾ com o apoio de numerosas observações, apresenta a sua opinião sobre a lithiase intestinal que elle considera como uma doença diathesica pela mesma razão que a lithiase biliar ou vesical.

Alguns pathologistas se inclinam a consideral-a, não como o resultado da diathese arthritica, mas como proveniente da inflammação do intestino grosso, do colon em particular, constantemente atacado, préviamente, de enterite muco-membranosa.

O doutor Fontet, de Bordeus, nos seus trabalhos sobre lithiase intestinal, põe bem em evidencia a coexistencia tão frequente de enterite muco-membranosa e da lithiase do intestino.

Recentemente, M. Maurice de Langenhagen

(1) Mongour, *Note sur un cas de lithiase intestinale*. Soc. biologie, 22 fevrier 1896.

(2) Oddo, *Sable intestinale*. *Bullet. et mem. soc. medic. hôpit.* du 25 juin 1896.

(3) Mathieu et Richaud. *Deux cas de sable intestinale et enterite muco-membraneuse*, Soc. medic. Hôpit., 22 mai 1896.

(4) Dieulafoy, *La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestine*, *Presse med.*, 10 mars 1897,

publicou na *Semaine medicale*, 5 janv. 1898, uma revista geral em que estudava as relações entre a enterite muco-membranosa e a lithiase intestinal.

*

* *

Antes de entrar na parte mais importante d'este assumpto precisamos dizer que especies de calculos intestinaes são o objecto do nosso estudo.

Descrever todas as concreções do intestino seria sahir da esphera que traçamos — occupar-nos, simplesmente, das concreções realmente formadas no intestino, isto é, das pertencentes á segunda categoria da terceira classe d'uma classificação apresentada por Fontet:

«Les concretions intestinales pourraient être divisées em trois grandes classes: la première embrasserait tous les agregats de matières étrangères venant du dehors, tels que poils des animaux ou des végétaux ayant résisté au travail de la digestion et s'agglutinant pour former des œgagropiles; corps étrangers, dents, noyaux de fruits, terre ou sable ingérés par les aliénés, biscuits, matières stercorales durcies c'est-à-dire coprolithes ou copromes, comme veut les désigner M. Demons, boules graisseuses, caséuses chez les sujets qui suivent le regime lacté».

«La seconde classe comprendrait tous les calculs formés dans l'organisme, mais en dehors de

l'estomac ou de l'intestin (calculs biliaires les plus fréquents, calculs pancréatiques, calculs amygdaliens ou bronchiques déglutis, calculs vésicaux ou vaginaux dans les cas de fistules vesico ou vagino-rectales)».

« Dans la troisième classe rentreraient tous les calculs formés dans l'intestin lui-même, enterolithes chez l'homme, bezoards chez les ruminants indigènes résultant les uns et les autres d'un dépôt de matières calcaire fournie par l'intestin. Ici nous établirons une subdivision: d'un côté ceux constitués par un dépôt de matières sécrétées par la muqueuse intestinale autour d'un noyau comme centre d'origine et ceux qui sont produits de toutes pièces par une sorte de catarhe lithogène de l'intestin ».

Com effeito, Fontet, tenta demonstrar, como veremos mais adiante, que a mucosa d'este órgão, sob influencias pathologicas diversas, dá origem a concreções similhantes, sob o ponto de vista da sua genese, ás que se formam no figado, nos rins, nas glandulas salivares, no pancreas, nos bronchios, etc.

CAPITULO II

Etiologia

As causas da lithiase intestinal são, por enquanto, muito mal conhecidas.

A idade, o sexo, a constituição do individuo, certas perturbações funcionaes digestivas, em particular a alimentação e constipação, o genero de vida, as doenças anteriores, tudo isto parece influir na producção d'esta doença.

Compulsando as observações de differentes auctores conseguimos colher o seguinte:

Causas predisponentes. — Idade. — A relação das idades em 24 casos, deu-nos os numeros seguintes, que representamos por um graphico, onde se lê:

3 abaixo de 30 annos.

2 aos 30 annos.

5 entre 30 e 40 annos.

6 entre 40 e 50 annos.

3 aos 50 annos.

3 entre 50 e 60 annos.

1 entre 60 e 70 annos.

1 aos 70 annos.

Póde, portanto, dizer-se que o maximo de frequencia da lithiase intestinal é entre 45 e 55 annos e que ha mais probabilidades de a encontrar antes dos 45 que depois dos 55.

Fontet apresenta os limites 25 e 50 annos e não conhece casos publicados abaixo de 25 annos, a não ser os assignalados no feto e os d'appendicite calculosa, que elle diz serem mais frequentes nas creanças.

Sexo. — Nos 24 casos acima mencionados encontram-se:

1 rapaz;

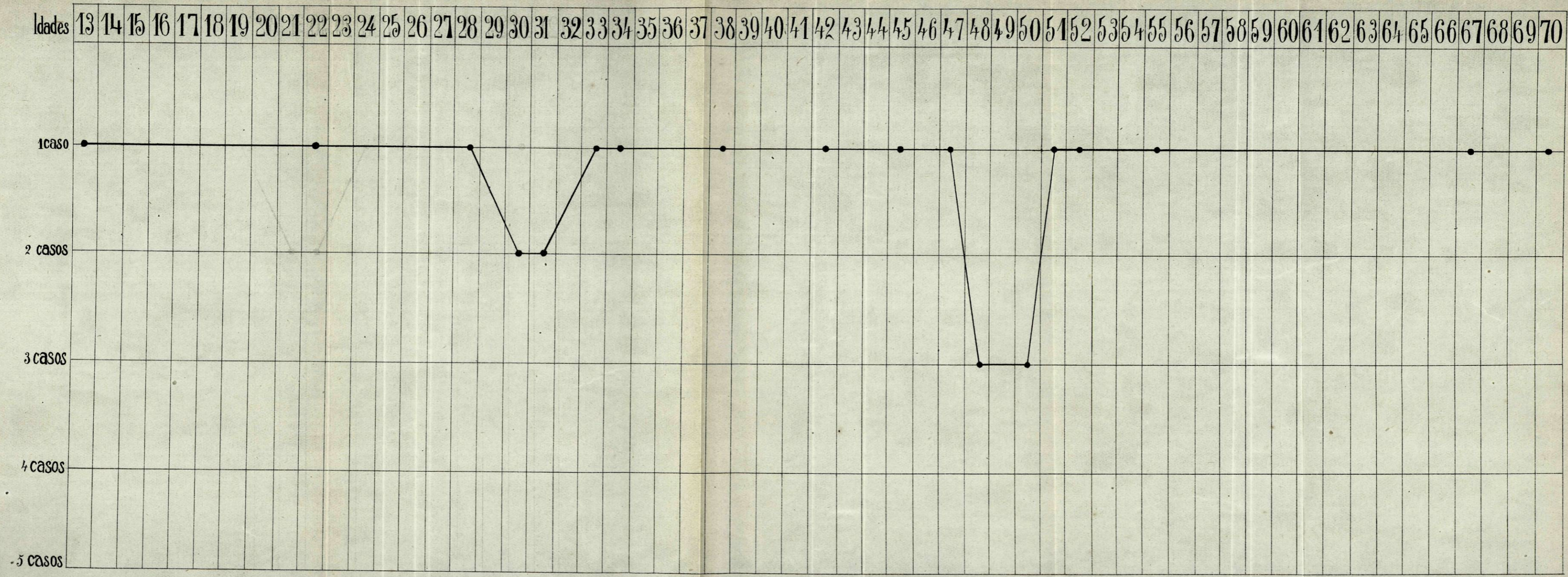
1 rapariga;

18 mulheres;

4 homens.

D'aquí se conclue que o sexo feminino é o mais particularmente predisposto.

A causa d'esta frequencia, diz Fontet, ser devida á enterite muco-membranosa, que se observa, de preferencia, na mulher, e tambem ao temperamento nervoso.



Com effeito, a constituição nervosa não parece extranha á lithiase intestinal: um grande numero de casos, senão a maior parte, pertencem a individuos com taras nervosas hereditarias.

A influencia do systema nervoso, n'esta doença, explica-se pelas perturbações circulatorias que sobreveem do lado do intestino quando continuamente perturbado na sua innervação.

Ninguem desconhece o que acontece com muitos estudantes em vesperas d'acto: ora diarrhéa, ora constipação pertinaz.

Esta fadiga do systema nervoso não tem a mesma fórma em todos os individuos.

Os nevropathas portadores de esgotamento nervoso excretam, particularmente, phosphatos.

As doenças nervosas que mais se encontram na historia dos individuos portadores de lithiase intestinal são: hysteria, hypochondria, hysteroneurastenia, nevralgias ou mesmo nevrite.

Assim, analysando algumas observações, vemos:

Antecedentes: (indicaremos não só as doenças nervosas, mas tambem outras que são incriminadas como causas).

LABOULBENE. — 1.^a Obs. — Menstruação penosa e hysteria.

2.^a Obs. — Arthritismo, rheumatismo muscular e articular chronico desde creança; aos 40

annos gravela phosphatica. Asthma e hypochondria.

3.^a *Obs.*—Intestinos delicados.

4.^a *Obs.*—Nervoso, flatulencia do estomago, dôres nos intestinos.

MONGOUR.—Hysteria com aphasia transitoria aos 19 annos. Mais tarde, crises convulsivas da mesma natureza. Aos 23 annos febre typhoide. Recidiva aos 30 annos. Hystero-neurasthenia.

ODDO.—Familia de gottosos e nevropathas. Rheumatismo. Nevralgias. Nevrite do plexo brachial; sciatica. Dôres articulares. Urticaria. Lipothymias. Pulso arhythmico com coração são.

MATHIEU.—1.^a *Obs.*—Dilatação do estomago. Phlegmatia alba dolens.

2.^a *Obs.*—Dôres no ventre.

DIEULAFOY.—1.^a *Obs.*—Dôres abdominaes.

2.^a *Obs.*—Crises abdominaes.

3.^a *Obs.*—Dois ataques de rheumatismo.

4.^a *Obs.*—Dôres abdominaes. Arthritico hereditario. Enxaqueca, eczema, hemorrhoidas.

5.^a *Obs.*—Arthritico hereditario. Enxaqueca. Eczema. Hemorrhoidas. Asthma desde os 10 annos. Colicas nephreticas violentas com gravela phosphatica e depois tumefacção do rim esquerdo. Crise aguda de colicas nephreticas.

6.^a Obs.—Depois dos 30 annos, terriveis colicas nephreticas com gravela. Desde os 20, gotta. Diathese arthritica hereditaria.

SHATTOCK (1). — Hydronephrose. Gravela urica.

DELÉPINE (2).—Hysteria. Constipação.

MARQUEZ.—Herpetismo e arthritismo. Anemia. Dyspepsia. Diarrhéa.

DALCHÉ e CHEVALLIER (3).—Puberdade precoce, tres partos, dos quaes um com hydramnios. Papeira exophthalmica. Dôres abdominaes. Palpitações. Enteroptose e rim direito fluctuante. Sopros variaveis em todos os orificios do coração. Pulsações em todas as arterias do pescoço. Asthenia. Cephalalgia em capacete. Vertigens. Utero em ante-flexão. Menorrhagias em épocas variaveis. Constipação. Estomago dilatado.

(1) Shattock, *Intestinal sand*. London pathol. Society. 16 mars 1897.

(2) Delépine, *Intestinal sand*. London pathol. Society. 4 fev. 1890.

(3) Chevallier, *Contribution a l'étude de la lithiase intestinale*, 1898.

N'estas observações nós encontramos, além dos antecedentes nervosos de que já falamos, perturbações intestinaes e manifestações arthricas.

Chevallier diz que os antecedentes intestinaes não o surpreendem, vista a coexistencia constante da lithiase intestinal e da enterite mucromembranosa. Que esta ultima precede a apparição da areia e se manifesta desde muitos annos em um grau qualquer, primeiro com alternativas de diarrhéa e constipação, mais tarde com dôres abdominaes, terminando pela apparição de falsas membranas.

Já Fontet (1), tambem, sobre este ponto, se exprimiu assim:

«La gastrite et surtout l'entero-colite sont ses compagnes habituales, comme nos recherches nous ont permis de le constater».

Alguns pathologistas divergem d'estas opiniões e perguntam: a lithiase intestinal é primitiva ou secundaria? Não será ella que, determinando phenomenos de irritação, traga a inflamação da mucosa intestinal?

Fontet responde que não podemos, d'uma maneira absoluta, excluir esta ideia, mas o que se observa é a enterite preceder a lithiase, e portanto, que devemos dizer que é a enterite mucro-

(1) Fontet, *These de Bordeaux*, nov. 1897.

membranosa que apparece primeiro e se deve considerar como um dos principaes agentes etiologicos da lithiase intestinal.

As manifestações arthriticas encontram-se, tambem, muito frequentemente e affectam todas as fórmãs rheumatismaes, nevrálgicas, eczematosas e enteroptose.

Alguns doentes chegam mesmo a ter colicas nephreticas com gravela urica e phosphatica. Isto feriu Dieulafoy que, estudando a questão, pronunciou-se assim:

« La lithiase intestinale est uniquement une manifestation de la diathese arthritique au même titre que les lithiases biliaire ou renale ».

Causas occasionaes. — A constipação favorece igualmente a produção dos calculos, provavelmente, pela retenção das materias feccas que acabam por irritar, graças ao seu contacto, as paredes do intestino.

Uma alimentação grosseira, composta sobretudo de vegetaes, tem, para Laboulbene, uma influencia incontestavel:

« Le sable intestinal, paraît se former à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale, par l'ingestion de particules silicieuses ».

As profissões não são assinaladas na maior parte das observações. Só com certas reservas podem entrar como factores etiologicos.

Laboulbene é de opinião que as profissões

sedentarias, que não exigem algum exercicio physico, favorecendo, por consequencia, a constipação, devem entrar em linha de conta entre os dados etiologicos da lithiase intestinal.

Com respeito ás doenças anteriores, diz Fontet: «Se se tem encontrado crystaes em intestinos que apresentam uma mucosa sã, são trabalhos de autopsia na qual o intestino não tem sido examinado com attenção. Que habitualmente se encontra nos antecedentes dos doentes alguma affecção aguda ou chronica que, de preferencia, tem attingido o intestino. Assim, entre as doenças infecciosas, podemos assignalar o typho».

Hereditariedade. — A hereditariedade similar não é assignalada nas observações e não tem sido investigada. Ao contrario, n'alguns casos, em particular nos do professor Dieulafoy e no de Oddo, a hereditariedade indirecta é citada. É quasi sempre a arthritica e algumas vezes a nervosa.

Causas directas. — São totalmente desconhecidas. Segundo Trouchaud, a inflammacção, isto é, os microbios parecem os agentes causaes da affecção. Mas de que microbios se trata? Eis o que falta saber.

CAPITULO III

Pathogenia

Segundo todas as opiniões, eis-nos no capítulo mais delicado da lithiase intestinal.

A lithogenia é um dos problemas a resolver mais complicados da pathologia geral. O numero das theorias lançadas no mercado scientifico é já tão subido que elle, por si, basta para nos mostrar as difficuldades que existem sobre tal assumpto.

Pondo de parte, por um instante, toda a preocupação theorica, procuraremos primeiro definir as condições que parecem favorecer a producção das concreções phosphaticas e carbonatadas em geral.

São quatro as condições que parecem presidir á formação d'estes calculos: alteração da mucosa, estagnação dos productos de secreção, alteração do muco segregado e as diatheses;

1.º Alteração da mucosa. — A primeira d'estas condições parece ser uma alteração da mucosa (mucosa bronchica, nasal, epithelio glandular, etc.). Que se admitta ou não a existencia d'um catarrho lithogenico, esta influencia é, em todos os casos, indiscutivel.

Encontra-se para os calculos vesicaes, bronchicos, amygdalianos, rhinolithos, biliares e mesmo renaes.

Fóra da acção lithogenica, tudo nos leva a admittir que a mucosa doente produz uma secreção capaz de agglutinar os crystaes que se encontram normalmente no intestino, sobre tudo, quando a estagnação intervem como factor. É em summa, a theória de Heckel Rainey-Ard et d'Ebstein.

2.º A estagnação, nas vias normaes de excreção, de productos destinados a serem eliminados. — Esta estagnação é, evidentemente, a consequencia da alteração da mucosa, alteração esta, que traz por infiltração momentanea a obliteração dos conductos de excreção. Póde ser ainda o resultado da accumulção de cellulas epitheliaes descamadas. Um corpo extranho, uma brida cicatricial podem, igualmente, trazer uma retenção mais ou menos duradoira. Emfim, a estase póde ser a consequencia d'uma inercia da camada muscular do orgão de excreção. Esta inercia será puramente funcional ou organica.

Como exemplo de inercia funcional temos a atonia intestinal, determinando a constipação; o typo de inercia de causa organica é realizado pelas alterações bronchicas consecutivas á tuberculose e á inflammação chronica dos bronchios.

Os calculos bronchicos teem sempre coexistido com estas alterações.

A differença na duração d'esta estagnação pôde explicar até certo ponto os differentes volumes dos calculos e a sua influencia é ainda demonstrada pela pathologia e biologia.

Como factos d'ordem pathologica, temos a differença que existe entre os calculos biliars segundo os pontos em que elles são formados.

Com effeito, não se pôde negar a influencia da estase sobre a formação dos calculos biliars (phosphaticos e carbonatados): os que teem origem nos pequenos conductos biliars, sendo constantemente impellidos pela pressão do liquido segregado superiormente, são, pouco mais ou menos, formados, exclusivamente, de cholesterina e saes biliars.

Ao contrario, os formados *sur place* quer no interior do lobulo (facto de Cassaët) (1), quer na vesicula biliar e que permaneçam, pouco mais ou menos, immoveis, são constituídos em parte por saes de cal (phosphato e carbonato).

(1) *Semaine medicale*, 1891,

Os calculos da vesicula são, egualmente, formados, sobre tudo, de phosphato e de carbonato de cal com vestigios de ferro.

A differença d'estas duas ordens de concreções, segundo ellas são formadas nos canaes hepaticos ou na vesicula, nos é dada por uma tabella que se encontra no tomo III da *Chimica biologica*, de Gáuthier:

CALCULOS BILIARES PROPRIAMENTE DITOS

	Planta	Kókulé	Calculos da vesicula (Ritter)
Cholesterina	63,3	90,82	
Muco e mat. organicas	12,2	1,35	14,2
Mat. eóranates biliares	3,9	0,20	
Outras mat. soluveis na agua pura	18,3		
Mat. dissolvidas nos acidos	6,15	0,79	14,2
Gorduras neutras	6,15	2,02	14,2
Saes mineraes	3	0,28	80,3
Agua	11	4,89	11

} phosph. am. magn. 3,4
 } phosph. de cal . 12,3
 } carbon. de cal . . 64,6
 } vestigios de ferro

Um outro exemplo bem nitido encontra-se nos cavallos: Colin demonstrou que era exclusivamente na curvatura diaphragmatica do grosso colon, que é uma região de maior declive, que se formam os bezoares n'estes animaes. É n'este ponto que se accumulam as materias e ha estagnação, por ser ahi minimo o fluxo dos liquidos intestinaes. Não ha só, diz elle, uma simples coincidência entre a estase dos productos do intestino e a formação dos bezoares n'este ponto: ha uma relação bem manifesta da causa com o effeito.

Fontet apresenta um bom exemplo de factos biologicos, estudando o que se passa na formação da casca do ovo. A estrutura, diz elle, aproxima-se muito da dos calculos. É formada d'uma substancia organica de natureza keratinica, fortemente impregnada de saes calcareos e algumas vezes de pigmentos que parecem ser os da bilis do animal.

A analyse das cascas dos ovos, devida a Vicke e a Brumerst, encontra-se tambem no tomo III da *Chimica*, de Gauthier. É a seguinte:

	Gallinha	Pato	Garça	Crocodilo
Materia animal	4,15	3,55	4,30	5,09
Carbonato de cal	93,70	95,26	94,60	91,10
Carbonato de magnesia	1,39	0,72	0,69	2,33
Phosphato de calcio com um pouco de phos- phato de magnesia	0,76	0,47	0,42	0,54
Agua	0,76	0,47	0,42	1,36
Tambem ha vestigios de ferro.				

Nas aves, esta casca forma-se no oviducto que tem apenas o comprimento de 4 centímetros, mas que é bastante largo, constituindo, por assim dizer, umá especie de utero. O ovo permanece ahi 24 horas, cercando-se do seu involucro calcareo. Se passa muito rapidamente atravez d'este oviducto, apresenta-se-nos sem casca. Se por um artificio qualquer se faz permanecer o ovo no oviducto, as camadas calcareas e albuminosas multiplicam-se e formam-se ovos monstros aos quaes Harvé deu o nome de *ovum in ovo*. Uma modificação chimica na constituição do liquido segregado ou excretado póde gosar um papel mechanic e determinar, por si, uma estase.

É hoje admittido, sem grande contestação, que a urobilina, pigmento modificado e segregado por um figado doente, embaraça, unicamente pela sua presença nos pequenos canaes hepaticos, a excreção da bilis. Este liquido, muito viscoso, adhere fortemente ás paredes, determina um excesso de pressão nos canaes situados superiormente e uma reabsorpção *sur place* dos pigmentos segregados pelo figado.

3.º A alteração do muco deve existir.— Toda a mucosa alterada produz necessariamente uma secreção viciada; além d'isso, as fermentações, já tão numerosas nas digestões normaes e notavelmente augmentadas, graças á estase de que acabamos de falar, devem contribuir poderosa-

mente para esta alteração. Mas de que natureza é ella? Não se sabe.

É provavel, todavia, que os productos excretados sejam mais ricos em saes calcareos. Feita uma lesão na concha d'um mollusco, este animal segrega nacar em maior abundancia para reparar os pontos lesados. O intestino inflammado não poderá apresentar alguma coisa de analogo?

4.º Passamos, emfim, ao vicio da nutrição.— É indiscutivel que os doentes affectados de colite muco-membranosa fazem quasi todos parte do grupo dos neuro-arthricos que, na maior parte, são dyspepticos e é na dyspepsia onde o enfraquecimento da nutrição é constante.

Dieulafoy tem provado que os individuos portadores de calculos da appendicite são, tambem, portadores de differentes diatheses. Prova-se, tambem, pelas observações, que a maior parte dos doentes são arthricos ou rheumaticos.

Já que se conhecem as causas principaes que presidem á formação dos calculos intestinaes, é bom tentar definir o papel que gosa cada uma d'ellas. Fontet, quando estuda a anatomia pathologica da lithiase intestinal, prova que nas dejeções dos individuos com boa saude podemos encontrar crystaes de differente composição chi-

mica, mas sobretudo, compostos de phosphatos e de carbonatos alcalinos. Considera isto um facto d'uma importancia consideravel que permite, diz elle, dar uma explicação simples da lithiase intestinal.

Ao discutir as theorias, colloca em primeiro logar a theoria da alimentação, tantas vezes invocada para explicar a origem dos calculos urinaes. Com effeito, esta theoria, não é para desprezar: Bouley demonstrou, em 1851, que a gravela dos bovideos era de origem alimentar e que se curava facilmente empregando um regimen menos succulento, isto é, dando a estes animaes alimentos aquosos, pobres em saes de magnesia e de phosphatos.

Ha uma observação curiosa de Cloquet (*Arch. gen. de med.*, 1885) na qual uma lithiase intestinal reconhecia, evidentemente, por causa, um supposto purgativo de base de magnesia.

Outros pathologistas tem encontrado calculos de base de sal medicamentoso de que os doentes abusavam (saes de bismutho, carbonatos, etc.). Todavia, esta theoria alimentar é insufficiente porque ella só não explica a producção da lithiase intestinal. Prova bem que a alimentação tem o seu papel em determinando a accumulacção, no intestino, de materias mineraes não assimilaveis; mas não póde ser admittida d'uma maneira exclusiva porque d'um grande numero de individuos submettidos a uma alimentação vi-

ciosa, experiencia já feita, só um pequeno numero é portador de calculos intestinaes.

Laboulbene dá grande importancia á alimentação exclusivamente vegetal, mas Marquez responde-lhe com um caso em que a alimentação era exclusivamente animal.

As experiencias de Tuffier pretendem negar toda a influencia da alimentação sobre a lithogenia.

Em numerosos factos, este experimentador, demonstrou que nunca obteve calculos dos rins dando aos animaes alimentos ricos em principios formadores d'estes calculos, principalmente phosphatos. Mas ha uma grande differença entre a lithiase renal e a lithiase intestinal sob o ponto de vista da experimentação.

Para a formação dos calculos dos rins, os phosphatos e os carbonatos ingeridos, bem como o acido urico, os uratos, etc., devem ser assimilados e passar para o sangue, o que não é preciso para a formação dos calculos do intestino onde os elementos constitutivos d'estes calculos se encontram *sur place* no estado physiologico.

Que pensar, agora, da theoria nuclear emittida pela primeira vez por Nuck (1723) e resuscitada depois por Paul Bert e Tuffier? Este ultimo, em 1888, depois das suas experiencias com corpos extranhos como provocadores de calculos urinaes, dizia que os corpos asepticos, em contacto com a urina, não soffrem a menor alteração e

não determinam em volta de si, tambem, a menor precipitação de saes; mas que os corpos septicos podem ser o centro de alteração de depositos calcareos. Esta ultima condição encontra-se perfeitamente realisada no intestino. Corpos septicos encontram-se ahi em grande quantidade e é fóra de duvida que elles são, muitas vezes, o centro de depositos calcareos. Mas, afinal, estamos fóra da esphera que traçamos no principio d'este trabalho ao tratar da historia. Mas esta theoria será applicavel aos que nós estudamos e que não teem nucleo central, pelo menos apparente? É possivel.

Fragmentos da mucosa podem gosar, perfeitamente, o papel de corpos extranhos, mas estes fragmentos nunca foram encontrados. A materia organica n'estes calculos fórma, d'alguma maneira, o cimento, mas nunca se encontrou em agglomeração. Terá, portanto, a materia organica desaparecido?

Berlioz ⁽¹⁾ sustenta, com effeito, a proposito dos rhinolithos, que só existem calculos secundarios: «Os suppostos rhinolithos primitivos não seriam senão rhinolithos secundarios, cujo nucleo, fragmento deseccado ou coagulo sanguineo, seria pouco a pouco confundido com a massa calcarea a ponto de não poder mais ser reconhecido no exame do calculo». Esta explicação parece plau-

(1) Berlioz, *Arch. de laryng. et de rhinologie*, 1891.

sivel, mas, então, no centro do calculo devia haver uma cavidade ou, pelo menos, esse ponto ser mais rico em elementos organicos a não ser que o nucleo central seja excessivamente pequeno. Ora os calculos intestinaes, diz Fontet, são solidos e todas as partes apresentam a mesma estrutura e a mesma composição.

Barthe ⁽¹⁾ tambem diz: «On remarque que les differentes portions de l'interieur sont homogènes et qu'il n'y a pas au centre de noyau d'origine».

Galippe ⁽²⁾, tambem, emite a sua theoria. É a theoria parasitaria que se resume no seguinte: presença de micro-organismos nos liquidos de excreção, determinando no seio d'estes liquidos modificações chemicas capazes de produzir a precipitação dos saes.

Nicolaier em 1889 e Tuffier em 1892, querendo vêr até que ponto era verdadeira esta theoria, introduzem corpos esterilizados em diferentes partes do aparelho urinario de animaes que, juntamente com os alimentos, ingeriam oxamida. Esta experiencia deu-lhes calculos artificiaes formados dos corpos que tinham introduzido e de concreções oxamidicas, occupando a

(1) Barthe, *Bull. de travaux de la Soc. de pharmacie de Bordeaux*, 1896.

(2) *Soc. de biologie*, 6 de mars, 1886.

peripheria d'estes calculos que nenhum micro-organismo continham. Que, todavia, convem dizer que estes parasitas, tão numerosos no intestino, podem dar logar a fermentações particulares produzindo modificações chimicas e trazendo, talvez, a formação e a precipitação dos saes á maneira do que se passa na bexiga com o micrococcus ureae.

Depois de tudo isto se conclue que o problema da lithogenia carbonatada e phosphatica se encontra nitidamente definido e diz Fontet que as conclusões a formular, com alguma certeza, são as seguintes:

« 1.º Presença frequente, mas em quantidade variavel, de crystaes de phosphato e de carbonato no intestino, sendo provavel que estes crystaes se encontrem em grande abundancia quando a mucosa intestinal está alterada ».

Com effeito Maunyn demonstrou que o epithelio biliar inflammado segregava saes de cal. O mesmo, parece, deve acontecer com o epithelio intestinal.

De facto, a producção de phosphato de cal não deve ser senão a exaggeração d'um processo normal. Com effeito, Robert e W. Koch teem encontrado concreções de base de magnesia e de cal nos detritos epitheliaes accumulados na região do intestino grosso situada abaixo d'um anus contra natura. Portanto, o catarrho intestinal não é tudo, mas constitue uma condição favoravel.

«2.º A alimentação póde produzir phosphatos e carbonatos em excesso».

«3.º A precipitação d'estes saes póde ser favorecida pela presença do epithelio doente, desempenhando o papel de corpo extranho, pela presença de micro-organismos e, emfim, pela estase das materias fecaes, resultando sobre tudo da constipação».

Ulteriormente, 1898, Augustin Chevallier, a respeito da pathogenia, termina assim (que é, pouco mais ou menos, o que fica dito):

«La lithiase intestinale s'observe surtout chez les neuro-arthritiques. Elle est causée directement par l'inflammation intestinale chronique, en rapport avec l'entérite muco-membraneuse, les reliquats de fièvre typhoïde ou toute autre lésion inflammatoire de la muqueuse. L'inflammation chronique est entretenue par l'hygiène défectueuse des malades, régime végétarien trop abondant, constipation habituelle. L'accumulation du sable est favorisée par l'atonie intestinale ou des spasmes partiels (entéroptose et par la constipation».

Uma ultima questão resta ainda discutir: Como se agglomeram as particulas precipitadas para formar as concreções? Varias theorias se apresentam:

1.º Theoria do cimento.—O muco alterado formaria um cimento agglutinativo (Faucroy, Civiale).

2.º Theoria da justaposição.— A adhesão dos crystaes far-se-hia segundo Robin, por justaposição immediata, por contacto intimo. Não sómente a presença do muco não é necessaria, mas até seria prejudicial, por tornar a união das particulas menos solida.

3.º Theoria chamada da materia colloide.— Existiriam, segundo Ord, principalmente na urina, corpos colloides, actuando sobre as substancias crystallinas, modificando sua fórma, favorecendo a producção de pequenas esferas que, obedecendo livremente á lei da attracção, constituiriam calculos.

4.º Theoria da materia albuminoide.— Admittida por Tuffier, resume-se no seguinte: a materia organica, producto de irritação epithelial, proveniente do protoplasma das cellulas da mucosa doente, seria o elemento principal na formação dos calculos.

Quando a producção da materia cessa, cessa tambem a producção dos calculos. Sob uma outra fórma, vem a ser a theoria de Faucroy e de Civiale ou theoria do cimento.

Fontet abraça esta ultima theoria admittindo, como Naunyn, a possibilidade, para a mucosa doente, de segregar saes em maior abundancia.

Segundo esta theoria, o papel da constipação torna-se bem evidente e explica-se facilmente. É necessario que os pequenos crystaes calcareos se immobilisem um certo tempo no intestino.

Com esta unica condição, a materia unitiva poderá soldal-os n'uma massa mais ou menos volumosa e formar um calculo. Mas esta materia unitiva actuará como um verdadeiro cimento ou formará uma combinação mais intima—um albuminato por exemplo? Não se sabe. Mas em todo o caso, para apoio d'esta hypothese, fazemos notar o que diz Fontet quando fala da formação do ovo nas aves:

«O oviducto das aves segrega ao mesmo tempo saes calcareos que formam a casca e uma materia organica albuminosa que serve de cimento agglutinativo».

Este cimento agglutinativo formado pela materia organica e offerecendo por conseguinte pouca resistencia explicaria, assim, a presença em grande quantidade de substancias organicas nos calculos e talvez, tambem, a sua friabilidade. Para terminar este capitulo, falta precisar o papel da diathese.

Fontet suppõe que ella existe, attendendo a que certas constituições parecem predispostas a fabricar calculos em um ponto qualquer do organismo. Mas a diathese actua sobre o estado geral ou sobre elementos organicos determinados? É uma questão que daria outro assumpto.

M. Oddo e M. Mathieu rejeitaram a origem diathetica da lithiase intestinal. Para justificarem sua maneira de vêr, deram as seguintes razões:

«Continuidade e regularidade das crises durante mais de quarenta annos, influencia nulla do regimen, do tratamento alcalino, em uma palavra, das causas capazes de modificar a nutrição, desharmonia entre as manifestações rheumaticas e as crises da lithiase intestinal; influencia positiva da antiseptia intestinal».

Esta continuidade e esta regularidade das crises não seriam antes em favor da diathese? De todas as razões apresentadas por M. Oddo e M. Mathieu, nenhuma d'ellas exclue a hypothese sustentavel d'uma diathese. Dieulafoy e Mongour são de opinião que a diathese tem um papel importante, baseando sua maneira de vêr sobre a coexistencia do arthritismo com a lithiase intestinal.

CAPITULO IV

Symptomatologia

A lithiase intestinal não é considerada uma doença primitiva. Existe a titulo de epiphenomeno em algumas affecções inflammatorias chronicas do intestino e na maior parte dos casos apparece depois da enterite muco-membranosa. É, pois, tida como uma doença secundaria do tubo digestivo.

Consultando as observações dos differentes auctores constatamos que os caracteres da enterite muco-membranosa a precedem sempre, mas sem espaço de tempo determinado.

Os doentes de Mathieu, Oddo, Mongour, Dieulafoy, Dalché e Chevallier, Trouchaud principia-ram todos por apresentar signaes de enterite muco-membranosa.

Maurice de Langenhagen, tratando dez doen-

tes observou que a enterite precedeu a apparição da areia. Diz Dieulafoy e Mathieu que todas as vezes que procuraram areia nos doentes affectados de enterite, a teem encontrado. Que se todos os clinicos tivessem o cuidado de explorar bem o doente, classificariam sob a rubrica de lithiase intestinal, casos que ficam sem explicação, devido a que o principio da affecção é difficil de precisar.

Ainda, segundo elles, o medico em geral só se preoccupa com a enterite, sem ter o cuidado de examinar as dejeccões.

Algumas vezes, diz Oddo, o doente chama a attenção do medico para uma sensação de passagem, atravez do anus, d'uma grande quantidade de terra. Portanto, que, se o medico não descobre por acaso a presença de areia nas dejeccões, o doente, um grande numero de vezes, inconscientemente, inicia o caminho a seguir.

Chevallier apresenta, como symptoma de grande importancia, a grande crise dolorosa no curso da enterite muco-membranosa. Mas, para Fontet, esta crise dolorosa não é symptoma de grande valor, pois que se encontra em muitos individuos portadores de enterite muco-membranosa sem nunca apresentarem areia nas suas dejeccões.

Chevallier appella, então, para a intensidade dos phenomenos dolorosos e diz: «Estas dôres são tão vivas que, em muitos casos, devido á sua

intensidade, ao diagnostico de colica hepatica, nephretica, pancreatica eu encontro areia intestinal quando procurava calculos biliares. Na lithiase intestinal acontece o mesmo que n'uma pyelonephrite: quando simples, é pouco dolorosa; mas logo que um calculo se fórma, ha crises dolorosas paroxysticas e a colica nephretica é constituida».

«Distinguirei, portanto, dois casos: no primeiro, a quantidade de areia emittida é minima e tão fina que facilmente passa atravez do intestino sem irritar as suas paredes que muitas vezes estão recobertas d'um exsudato que as torna menos sensiveis á passagem d'esta areia. No segundo caso, a quantidade de areia emittida é consideravel, distende o intestino e irrita as suas paredes que são tanto mais inflammadas quanto mais abundante fôr a areia que produz attritos provocando, para ser expulsa, contracções peristalticas mais energicas. Exemplos: para o segundo caso ha a observação de Oddo: as crises dolorosas eram consideraveis e terminavam pela emissão d'uma enorme quantidade de areia. No intervallo d'estas crises, o doente tinha a sensação de evacuação de terra mas em menor abundancia e sem dôr; eis o que confirma o meu segundo caso».

A observação de Trouchaud mostra que, longe de ser dolorosa, a evacuação de uma pequena quantidade de areia é, para o doente, um

successo feliz, porque terminava com crises gástricas que o faziam soffrer enormemente,

Resumindo: 1.º Emissão, sem dôr, d'uma pequena quantidade de areia que, apenas, causava uma simples sensação anormal no anus; 2.º Emissão, com crise dolorosa, paroxystica, d'uma grande quantidade de areia, determinando verdadeiras colicas. Dieulafoy deu-lhe o nome de colicas intestinaes lithiasicas.

Colica intestinal lithiasica. — Quasi sempre se trata d'uma mulher de meia idade, neurasthenica, sujeita a constipação e a enterite. Depois d'um regimen vegetariano mais abundante, depois d'um periodo de constipação mais longo, a crise estala subitamente e, no espaço d'alguns minutos, chega ao seu paroxysmo (Oddo). Dôres d'uma grande intensidade occupam todo o abdomen, sem localisação precisa. Algumas vezes acontece serem mais intensas no epigastro, na região cecal, na fossa iliaca esquerda e sobre o trajecto do colon ascendente. As irradiações além do abdomen, são extremamente raras. Não ha, como na colica hepatica, irradiações ascendentes ou, como na colica nephretica, irradiações descendentes (Chevallier).

Faz notar Dieulafoy que a crise dolorosa não apparece sempre tão bruscamente. É muitas vezes precedida d'uma sensação de fadiga e abaulamento do ventre. O tympanismo seria, no seu

modo de pensar, um dos grandes signaes precursores da colica intestinal lithiasica.

Na opinião de Chevallier, o tympanismo é tambem frequente na enterite muco-membranosa, mesmo fóra de toda a crise dolorosa.

Vomitos. — Symptomas locaes. — Duração. — Terminação. — Os symptomas dolorosos que acabamos de mencionar fazem-se acompanhar, segundo Chevallier, dos symptomas geraes seguintes: vomitos mucosos ou biliosos, sanguinolentos, soluços, desfallecimento e sensações vertiginosas.

A crise assim constituida póde durar alguns minutos, uma hora, um ou mais dias, mas não continuada. Cessa subitamente pela evacuação d'uma grande quantidade de areia, misturada ou não, de calculos e acompanhada de materias fecaes endurecidas e arredondadas, testemunhando a constipação anterior. Nas dejecções encontram-se, muitas vezes, falsas membranas, misturadas d'uma pequena quantidade de sangue.

As crises reaparecem depois d'um novo periodo de constipação ou na occasião d'uma agitação physica.

O doente de Oddo não podia fazer uma longa viagem de carruagem ou comboio sem soffrer uma crise.

Oddo pensa que a areia accumulada n'uma porção do intestino, que parece ser a ampola cecal, é mobilisada por abalos repetidos do vehi-

culo. Durante as crises, o abdomen torna-se abaulado, sensível á pressão, mas não com uma sensibilidade igual á da peritonite ou appendicite.

O cecum (Oddo, Dieulafoy, Dalché e Chevallier), o hypochondrio direito (Mathieu), isto é, o angulo do colon, o S iliaco (A. Mathieu e Dieulafoy), o epigastro (Trouchaud), são mais especialmente a séde d'esta sensibilidade á pressão e podem apresentar empastamento. Este empastamento demonstra nitidamente a estase da areia nas diversas regiões do intestino grosso, com uma certa frequencia ao nivel do cecum.

As irradiações dolorosas do colon transverso (Dalché e Chevallier) explicam-se pela estase no canal e a estase comprehende-se facilmente, attendendo á frequencia da enteroptose (Dalché e Chevallier) na enterite muco-membranosa, enteroptose cuja consequencia mais ordinaria é um cotovelo do colon em fórma de V e que oblitera a sua luz. Tambem, os espasmos regionaes parciais das tunicas musculares estrangulam as collecções alvinas areentas e as retém em pontos limitados do trajecto do intestino grosso. É o mesmo espasmo, corda colica transversa, acompanhada de dilatação retro-cecal que favorece a estase na ampola cecal paresiada. No intervallo das crises só se encontram os signaes ordinarios da enterite muco-membranosa e nada que indique a lithiase intestinal.

Concreções intestinaes. — O estudo das concreções intestinaes, tambem, faz parte da symptomatologia, attendendo a que o diagnostico, muitas vezes, só se fará pelo seu aspecto. Para as obter, é necessario examinar todos os dias as dejecções. Ordinariamente, apresentam-se sob a fórma de areia e de calculos.

Areia. — Tem côr escura ou amarellada, muito variavel em quantidade, mas podendo attingir um volume consideravel.

Calculos. — Podem attingir o volume d'um ovo de pomba e mesmo d'um ovo de gallinha (Hus e Mosander). Raramente, são formados de camadas concentricas como os calculos biliare. Alguns estão unidos uns aos outros, formando uma especie de argamassa fecal (Dalché e Chevallier). São, ordinariamente, friaveis e a sua côr é denegrida. Pelo que se acaba de vêr, os caracteres macroscopicos são quasi sufficientes para os distinguir dos calculos biliare.

Analyse chimica. — Tanto para a areia como para os calculos, a composição chimica é a mesma. Seguem-se as differentes analyses das observações publicadas.

Analyses

LABOULBENE.—1.^a *Obs.*—Grãos escuros, finos, $\frac{1}{2}$ millim. de diametro; grãos amorenados, desiguaes, mais grossos.

Revestimento de materia organica.

A materia arde, augmentando de volume.

Parte central formada de silica.

Residuo, 7 % de carbonato de cal.

2.^a *Obs.*—Grãos amarellados, $\frac{1}{3}$ a $\frac{1}{2}$ millim. de diametro. Cellulas vegetaes.

Materias organicas, 97,87.

Materias mineraes anhydras, 2,13.

3.^a *Obs.*—Crystaes irregulares $\frac{1}{2}$ millim. de diametro.

Cellulas vegetaes.

Materias mineraes, 2,42 %.

4.^a *Obs.*—Grãos analogos ás observações precedentes.

5.^a *Obs.*—58 % de materias mineraes.

Fragmentos siliciosos.

6.^a *Obs.*—4 % de materias mineraes anhydras. Carbonatos. Silica. Phosphato de cal e de magnesia.

MONGOUR.—Concreções esbranquiçadas e de dimensões variaveis, mas não ultrapassando lentilhas. Sem nucleo central.

Materias organicas, 34,4 (por differença).

Materias organicas, 31,2 (directamente).
 Orthophosphato de magnesia, 21,7.
 Carbonato de cal, 43,9.

ODDO.—Grãos de grandeza variavel, mas também não ultrapassando o tamanho d'uma lentilha. Côr amarella ou escura.

Sem lavagem. Materias organicas, 88 %.

Sem lavagem. Saes de cal, 12 %.

Depois da lavagem. Materias gordas, 28,50.

Phosphato de cal, 16 %.

Phosphato ammoniaco-magnesiano, 16 %.

Carbonato de cal, 16 %.

Materias organicas, 65,50.

Substancias volateis, 16.

MATHIEU.—1.^a Obs.—Arcia com grãos irregulares, amarella ou escura de $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ mill. de diametro.

Materias organicas, 30,80.

Phosphatos tricalcicos, 64,206.

Carbonatos de cal, 3,418.

Materias mineraes diversas, 1,576.

2.^a Obs.—Grãos volumosos, aspecto de pimenta branca triturada quando estão agglomerados.

Materias organicas, 45,60.

Phosphatos tricalcicos, 46,68.

Carbonato de cal, 5,14.

Materias mineraes diversas, 2,58.

DIEULAFOY. — 1.^a Obs. — Areia formada de materias organicas associadas a saes de cal em pequena quantidade. Fragmentos constituídos por phosphato de cal e materias organicas em pequena proporção.

3.^a Obs. — Grãos calcareos, dimensões d'uma grainha de uva.

ORD. — Materias vegetaes espiraladas, impregnadas de carbonato e phosphato de cal; agulhas crystallinas.

SHATTOCK. — Grãos esphericos escuros, cellulas vegetaes percorridas de canaes e reunidas em cacho, sem depositos crystallinos.

DELÉPINE. — Cellulas vegetaes. Carbonato e oxalato de cal. Um pouco de silica.

TROUCHAUD. — Materias organicas. Hydratos de carbono. Materias mineraes. Phosphatos de cal.

COMPOSIÇÃO CENTESIMAL

Agua	7,1
Materias organicas	89
Materias mineraes	3,05

DALCHÉ e CHEVALLIER. — Phosphato de cal e de magnesia.

Phosphato ammoniaco-magnesiano.

Materias organicas.

Materias mineraes na proporção de 28 %.

MARQUEZ. — Corpusculos granulosos escuros.
Materias mineraes, 28 % compostas de phosphato e carbonato de cal.

JONES. — Grãos escuros como pimenta, contendo phosphato de cal amorfo ou crystallino.

Pelo que se acaba de vêr, a composição de todas as concreções é, pouco mais ou menos, constante. Só a materia organica varia em proporções bastante notaveis, o que se explica pela maior ou menor abundancia das materias fecaes associadas ás concreções.

É, realmente, importante provar que as concreções têm a mesma composição que os calculos secundarios dos differentes canaes, taes como os da pyelonephrite tornada calculosa.

Os saes de cal (phosphatos e carbonatos) são, com effeito, a parte constituinte mais importante e a variante quantitativa que elles apresentam nas differentes observações é devida a mais ou menos tempo de habitação no intestino. (Trauchaud).

CAPITULO V

Diagnostico

Graças ao que hoje se sabe da lithiase intestinal, póde-se dizer que convem sempre procurar systematicamente a areia intestinal em todos os individuos affectados de enterite chronica e em particular de enterite muco-membranosa. E se estas doenças veem acompanhadas de crises dolorosas, semelhantes a colicas, diz Chevallier, que podemos estabelecer a seguinte equação:

Colite chronica + crises dolorosas paroxys-
ticas = Lithiase intestinal.

Mas, o que é facto é que um diagnostico seguro, opinião geral dos grandes observadores, só se poderá fazer depois da constatação *de visu* das concreções intestinaes. Mas como saber se

os calculos são biliares ou intestinaes? Clinicamente, dizem os observadores que o diagnostico é quasi certo, quando a *debâcle* areosa ou calculosa coincide exactamente com a cessação da colica.

Com effeito, na colica hepatica, a dôr cessa antes da expulsão do calculo, poisque este, depois de ter abandonado as vias biliares, tem de percorrer ainda todo o intestino delgado e grosso antes de apparecer no anus. Tambem sabemos que na colica hepatica ha irradiações ascendentes e uma ictericia denunciadora.

Nas colicas nephreticas as irradiações são descendentes e um exame attento das materias fecaes e da urina nos dará a origem dos calculos ou areia. Algumas vezes se confunde uma crise intestinal lithisiaca com uma *poussée* d'appendicite e reciprocamente. N'este caso, dizem os observadores que o diagnostico não é facil e que para não cahirmos em erro se devem examinar sempre as dejecções e os antecedentes dos doentes.

Como differenciar, tambem, um calculo de todos os corpos extranhos que o podem simular, como: particulas siliciosas ingeridas com alimentos, sementes de fructas, grãos duros que se encontram nas peras, nos morangos ou particulas vegetaes não degeridas?

A consistencia, dizem, é ordinariamente mais dura e o microscopio permittirá reconhecer cel-

lulas ou fragmentos vegetaes. Do mesmo modo se reconhecerá a existencia de concreções caseosas e gordurosas que o acido osmico permitirá differenciar ainda melhor.

O exame macroscopico, de resto, permittirá reconhecel-os mais facilmente; são brancos, molles, fusiveis, combustiveis, com cheiro a gordura queimada; emfim, a analyse chimica dando a constituição molecular facilitará o diagnostico a estabelecer ulteriormente. Portanto, se nos encontrarmos em presença d'um calculo emittido pelo anus, qual será o juizo que faremos ácerca da sua proveniencia?

a) Póde ter sido introduzido quer voluntaria quer accidentalmente. Ha casos como na pica, malacia ou mesmo nos alienados em que as substancias ingeridas são das mais extravagantes. Citam-se doidos, charlatães que têm ingerido terra, areia, vidro, etc.

Os objectos engulidos por descuido, taes como: dentes naturaes ou artificiaes, substancias de toda a natureza que, principalmente, as creanças, instinctivamente, levam á bocca, podem formar enterolithos.

Ainda se podem tomar por calculos corpos extranhos introduzidos no recto quer por palhaços ou ignorantes, quer pela continuação de manobras na pederastia passiva.

Certos medicamentos, bismutho, magnesia, etc., podem, quando são tomados em grande

quantidade ou durante muito tempo, formar no intestino massas calculosas.

Cloquet cita o caso d'uma mulher que, por engano, tomou carbonato de magnesia e deitou um calculo magnesiano do tamanho d'um ovo de pomba.

Blondeau (1) cita seis casos de calculos, devidos á magnesia calcinada. Em todos estes casos, a analyse minuciosa da conecção elucidará o nosso espirito e tambem devemos lembrar-nos de que a emissão d'um unico calculo não é signal sufficiente para nos levar a affirmar a existencia d'uma lithiase intestinal.

b) O calculo póde ter origem nas vias respiratorias e ter sido engulido.

c) O calculo póde ter origem em orgãos que communicam normalmente com o intestino. É o caso da lithiase biliar a que já nos referimos quando tratamos dos symptomas clinicos.

A côr branco-amarellada ou mesmo amarelada dos calculos e a sua fórma polyedrica são signaes de nenhuma importancia para o diagnostico.

A ausencia de saes biliares e de cholesterina na sua composição rejeitará a origem hepatica ou vesicular. Além d'isto, os saes calcareos que entram na constituição da areia intestinal e que

(1) *Société de therapeutique*, 1879.

soffrem uma grande variedade, não existem nos calculos hepaticos senão em pequena quantidade.

Para os calculos pancreaticos, o diagnostico offerce maiores difficuldades em razão d'uma composição quasi igual aos do intestino. Mas, diz Fontet, que o pequeno numero de concreções e a steatorrhea precedente fazem excluir os calculos intestinaes.

d) O calculo póde provir d'um orgão abdominal posto accidentalmente em communicação com o intestino, isto é, póde provir da bexiga ou da vagina. Uma fistula vesico ou vagino-rectal é a via de communicação.

e) O calculo tem a sua origem no intestino. N'este caso, ainda, é preciso saber se elle foi todo formado no intestino ou se resultou de depositos calcareos, constituidos em volta d'um corpo extranho que veio de fóra e serviu de nucleo formador, isto é, se se trata d'um bezoar humano. Um córte feito na parte média da concreção tirará a difficuldade.

CAPITULO VI

Duração. Marcha. Terminação. Prognostico

Pelas observações que examinamos, vimos que era difficil precisar a duração da lithiase intestinal. Esta difficuldade está em saber, não só o principio da doença, que quasi sempre escapa, como em saber quando termina, e isto devido a que não se póde seguir os doentes por muito tempo; umas vezes, porque parecem curados, outras vezes, porque abandonam o tratamento.

Um doente de M. Oddo, que soffria do intestino desde creança, lembrava-se ter observado areia nas suas dejecções desde muitos annos.

Mongour teve um doente que soffria, havia dez annos.

Dieulafoy, Roussel, Jones, Mathieu, Shattock e Laboulbene observaram casos similhantes. D'isto se conclue que a duração parece extremamente longa.

A sua marcha é intermittente e interrompida por crises muito curtas. Ás *debâcles*, que são caracterizadas por uma emissão consideravel de areia, segue-se um periodo de accalmia.

Parece que a producção de areia exige um certo tempo, e que a sua expulsão não se realisa sem que exista grande quantidade accumulada no intestino. Estas *debâcles* calcareas alternam, ordinariamente, com a emissão de falsas membranas, abundantes, espessas, em fórma de fita, que alguns clinicos tomam por helmintos. Quasi sempre termina pela cura, mas as recidivas são provaveis, sendo dadas as causas d'esta lithiase.

As complicações são raras; os calculos são, geralmente, muito pequenos para provocar accidentes serios. Todavia, podem apresentar os mesmos perigos que os corpos extranhos. Estas eventualidades não são a recear, senão quando as concreções se detêm n'um ponto qualquer do intestino, ou quando sahem por um orificio anormal, resultante d'uma lesão pathologica. Com effeito, elles podem junctar-se n'uma prega da mucosa, habitar mais ou menos tempo n'estes ninhos, alterar com o tempo a parede e trazer a sua perfuração.

Uma peritonite mortal é, habitualmente, a consequencia.

Tambem podem permanecer no recto e produzirem uma rectite.

Emfim, algumas vezes, é facil determinarem

uma obstrucção intestinal: o intestino póde apresentar em qualquer ponto uma retracção que obsta á passagem dos calculos e em seguida á das materias fecaes. Ainda, as concreções calca-reas, revestindo-se de materias fecaes endureci-das podem originar uma oclusão do intestino.

O prognostico nasce, muito naturalmente, do que acabamos de dizer. Fóra das complicações que mencionamos é, em geral, favoravel, pois que os casos de morte são excepçionaes.

Diz Fontet que o conjuncto dos symptomas subjectivos, como todos os soffridos nas affecções do estomago e do intestino, reage fortemente sobre o moral dos doentes, tornando-os primeiro irritaveis, depois hypochondriacos com tendencia para o suicidio.

CAPITULO VII

Tratamento

O tratamento da lithiase intestinal deve satisfazer ás duas indicações seguintes: 1.º alliviar o doente—tratamento sedativo; 2.º impedir a producção dos calculos—tratamento curativo.

1.º Tratamento sedativo.— Esta primeira indicação que não é, evidentemente, senão palliativa, deve, todavia, ser tomada em consideração quando são violentas as colicas experimentadas pelos doentes. Convirá, pois, calmar a dôr, mas sem recorrer aos narcoticos. Applicam-se sobre o abdomen compressas d'agua quente ou, ao contrario, d'agua fria e renovadas constantemente. Os banhos tepidos, tambem teem aqui a sua indicação. Internamente, devem-se empregar os brometos e polybrometos,

2.º Tratamento curativo.—O tratamento racional deve ser baseado sobre o conjuncto das condições etiologicas e pathogenicas: quando as causas morbidas são attingidas, póde-se contar com a cura (*sublata causa, tollitur effectus*).

Em harmonia com o que dissemos na pathogenia, as medicações a empregar podem-se resumir assim:

- 1.º Modificar o estado da mucosa;
- 2.º Evacuar os calculos com os productos muco-membranosos e as materias estercoraes;
- 3.º Atenuar a alteração do muco attenuando as fermentações intestinaes;
- 4.º Tratar as diatheses;
- 5.º Respeitar o regimen e a hygiene.

1.º Modificar o estado da mucosa.—Esta indicação é bem difficil de preencher: os topicos, que podemos empregar, são talvez mais nocivos que uteis. Todavia, haverá o cuidado de não deixar aggravar esta alteração por um regimen improprio capaz de augmentar a inflamação.

2.º Evacuação dos calculos com os productos muco-membranosos e as materias estercoraes.—É, seguramente, o ponto mais importante a tratar.

Dissemos que uma das condições principaes da lithiase intestinal era a estagnação. Como evital-a? Por meio dos purgantes.

Não os drasticos porque são capazes de augmentar a alteração da mucosa irritando-a por mais tempo, mas sim os purgantes leves e os laxantes (oleo de ricino, podophyllino, etc.). Tambem, um dos melhores meios de prevenir a constipação e de conseguir a evacuação da areia é o clyster quotidiano. Sabemos que elle póde trazer a paresia do intestino, mas para evitar isso, em logar de agua tepida, empregaremos a agua fria que excita, pela reacção que produz, a contracção das fibras musculares do intestino. É, sobretudo, á enteroclyse que devemos recorrer: os grandes clysteres fazem uma lavagem completa do intestino grosso, levando deante de si a areia intestinal.

Ainda podemos lançar mão da maçagem methodica do abdomen, que favorece a progressão do bolo fecal, mas devemos rejeital-a quando haja dôres e a presença, no intestino, de concreções petreas que poderiam feril-o.

3.º Atenuar a alteração do muco e as fermentações.— Isto só se consegue actuando sobre o elemento microbiano, por ser difficil, como já dissemos, actuar sobre a mucosa secretora. Se a theoria de Galippe é verdadeira, o tratamento antiseptico está indicado; demais, n'um muco alterado, as fermentações tornam-se mais activas que no estado normal.

Usam-se, pois, os antisepticos intestinaes,

tendo o cuidado de evitar aquelles que favorecem a constipação, como o salicylato de bismutho, ou que podem irritar uma mucosa já inflammada (carvão). O acido salicylico, o salol, o naphtol e o benzo-naphtol são os indicados.

4.º Tratar as diatheses.—O tratamento alcalino empregado por M. Oddo não deu resultado. É, sobretudo, pelo regimen que se consegue alguma coisa.

5.º Regimen.—O regimen alimentar não é menos importante que o tratamento medicamentoso.

Os doentes devem ser submettidos a um regimen mixto; o regimen lacteo deve pôr-se de parte, como arrastando a constipação. O doente fará uso de alimentos leves, pobres em saes e não deixando muitos residuos capazes de fermentar. As carnes brancas, os ovos e o peixe devem ser aconselhados.

Os vegetaes podem ser ingeridos em grande quantidade quando bem cosidos. Encerram muita cellulose que augmenta a massa do bolo fecal e facilita assim a sua expulsão. Convem tomar agua em abundancia ou chá brando. Esta agua diluirá as materias fecaes intestinaes e as dejectões serão mais frequentes.

As bebidas alcoolicas devem ser postas de parte.

Sob o ponto de vista hygienico, o exercicio moderado, principalmente depois das refeições, tem uma influencia incontestavel. Aconselhar-se-ha, pois, a marcha e a gymnastica, que envolvem os musculos abdominaes.

Proposições

Anatomia. — As curvaturas do rachis augmentam extraordinariamente a sua resistencia.

Physiologia. — Condemno os grandes periodos nos livros das creanças.

Pathologia geral. — A immuidade tem mais valor que a hygiene.

Materia medica. — Reprovo o uso dos narcoticos no tratamento sedativo da lithiase intestinal.

Anatomia pathologica. — A diapredese é um phenomeno activo.

Pathologia externa. — Rejeito a extirpação total dos tumores hemorrhoidarios.

Pathologia interna. — A presença de albumina na urina, sem mais algum signal objectivo ou algum subjectivo, é muito fraco elemento de diagnostico.

Medicina opêratoria. — Como meio do diereze, todas as vezes que possa ser, prefiro a tesoura ao bisturi.

Hygiene. — Reprovo o peneiro de malha fina que serve para joeirar as farinhas destinadas á panificação.

Partos. — Reprovo a provocação do aborto ao 6.º mez nas bacias rachiticas.

Medicina legal. — Reprovo o art. 904.º da Novissima Reforma Judiciaria na parte que diz respeito á determinação de tempo para a cura d'um ferimento.

VISTO.

O Presidente,

Maximiano Lemco.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O director,

Moraes Caldas.