

A BILIS NEGRA

ESTUDO DO SÍNDROMO.

CESAR AVILA

DOCENTE LIVRE DE CLÍNICA CIRÚRGICA
INFANTIL E ORTOPÉDICA.

CIRURGIÃO DA 26.^a ENFERMARIA DA
SANTA CASA DE PÓRTO ALEGRE.

Há anos que nos vêm chamando a atenção os característicos da bilis nas intervenções cirúrgicas praticadas sobre a árvore biliar. Ora, em vesículas sem sinal algum de obstrução, encontramos bilis escura e ora, em vesículas com obstrução total do colédoco ou do cístico, vimos bilis clara, quase dourada. Não havia uma regularidade nesses achados pois que, em idênticas condições, a cor da bilis variava sem razão nenhuma apreciável. Observamos também, nos colecistostomizados, as variações da cor da bilis nas diversas amostras tomadas dos drenos.

Em 1934, lemos no fascículo XIX da "La Pratique Chirurgicale Illustrée" um artigo de Victor Pauchet sobre a "Bilis Negra" e, daí por diante, vimos estudando o assunto e reunindo as observações que hoje publicamos.

A questão do tipo de bilis contida nas vesículas retiradas operatoriamente ou nas amostras dos colecistostomizados foi ventilada, pela primeira vez, por Mouisset e Villard, em 1909, em um caso apresentado à Faculdade de Medicina de Lyon. Discutiram então "as crises dolorosas de tensão que estavam sob a dependência da secreção intermitente das paredes do órgão de um muco extremamente espesso que não podia passar, senão com muita dificuldade e muito lentamente, pelo estreito canal cístico". Esse caso foi tratado exclusivamente pela colecistostomia e terminou curado. Os autores notaram a relação existente entre a secreção do muco e as cólicas. Havia exata coincidência entre as horas de secreção mucógena e as das antigas cólicas.

Em 1928, Leroudier discípulo de Berard, trata do assunto em sua tese "Documents pour l'étude fonctionnelle des cholécystostomies".

Em 1930, P. Santy e P. Mallet-Guy escrevem um artigo sobre "Cholécystostomie et vésicules de stase: l'excretion alternante de bile et de mucus" no "Lyon Chirurgicale", tomo XXVII, N.º 6.

Em 1930, na "Presse Médicale" de junho, N.º 15, sob o título de "Les Biles Noires" e em 1932, na "Presse Médicale" de 6 de abril, Bernard Deplas e Jacques Dalsace publicam os melhores trabalhos que lemos sobre o assunto.

Chiray, Pavel e Amy, em 4 de julho de 1931, publicam na "Presse Médicale" um artigo intitulado "La question des biles noires".

Bernard Deplas e Jacques Dalsace escrevem: "Sob a denominação de bilis negra nós descrevemos um síndrome anátomo-clínico caracterizado, clinicamente, por uma associação de distúrbios psíquicos e de acidentes digestivos e, anatomi-

camente, por uma vesícula biliar distendida, esvaziando-se mal, de paredes nada ou pouco alteradas, contendo uma bilis negra espessa, em geral asséptica."

Os autores não sabem interpretar êsses fatos e se limitam a descrever diversos casos clínicos, admiravelmente observados. Insistem num síndrome psíquico de nervosismo e depressão a par de distúrbios gástricos bem nítidos caracterizados por manifestações de dispepsia gastro-duodenal, distúrbios intestinais e dores no hipocôndrio direito. Falam da modificação permanente do psiquismo com manifestações particulares no momento das crises vesiculares. Urticária e dores de cabeça do tipo enxaqueca. Evolução para um emagrecimento, mais ou menos rápido, repetição mais a-miúdo e com maior intensidade das crises, acessos febris e icterícia. Constataram, operatoriamente, ora vesículas calculosas e ora vesículas não calculosas e, em ambas as categorias, vesículas grandes, distendidas, cor de ardósia ou brancas, espessadas, ligeiramente inflamadas ou lipomatosas. Algumas vezes, só encontraram cálculos sem bilis e a bilis só apareceu negra mais tarde pelo dreno. Mas, em todos os casos, a bilis negra surgiu mais cedo ou mais tarde. As lesões associadas foram menos constantes e menos acentuadas, ora aparecendo em conjunto, ora faltando totalmente e constando de apendicite crônica, inflamação do ceco e do cólon direito, periviscerites e epiploítes. Citam que pancreatite jamais viram em casos de bilis negra sem calculose. A intervenção sempre foi exploração cuidadosa das vias biliares, evacuação da totalidade dos cálculos, colecistostomia continente sobre sonda de Pezzer. A bilis que se escoava pela drenagem geralmente se tornava clara nos primeiros cinco dias e, ao mais tardar, no décimo segundo. Ela se clareava de uma maneira contínua, não uniforme, e, às vezes, por um afastamento do regime ou por uma emoção violenta, tornava-se, novamente, negra e, geralmente, mais escura e mais abundante à noite.

O exame bacteriológico deu em oito casos quatro assépticos e quatro sépticos, colibacilos.

Os pigmentos foram sempre inversamente proporcionais ao muco. Concluíram que a limpidez da bilis é diretamente proporcional ao teor mucógeno e também, pelas dosagens, à taxa de sais biliares.

Os autores terminam afirmando:

"1.º — O síndrome anátomo-clínico das bilis negras observa-se também associado à litíase biliar. Essa associação é frequente.

2.º — A coexistência da litíase pode não modificar em nada o quadro clínico da bilis negra ou, ao contrário, imprimir-lhe caracteres que nos esforçamos em precisar.

3.º — A drenagem cirúrgica confirma aqui a origem hepática da bilis negra sobre a qual insistimos anteriormente.

4.º — As modalidades de secreção biliar, descritas por nós, confirmam-se e não se modificam pelo fato da coexistência de litíase.

5.º — A concentração salina varia em sentido inverso da concentração pigmentar.

6.º — A maior parte dos doentes se curam com a drenagem cirúrgica, associada à cura médica e hidromineral."

A pesquisa bacterioscópica nas amostras de bilis deu sempre negativa. Não nos foi possível dada a distância em que estávamos de centro aparelhado, fazer a cultura sistemática desse material.

As 3 sondas usadas para dilatação da ampola têm respectivamente, do N.º 1 ao N.º 3-4, 5 e 7 milímetros de diâmetro.

Queremos acentuar que, do caso 4 em diante, examinamos, mais de uma vez, as fêzes dos doentes, pesquisando a amebíase, tão comum, atualmente, no Rio Grande do Sul, tendo sido sempre negativos os exames.

OBSERVAÇÕES

Já sabemos que o síndrome da bilis negra se caracteriza pelo aparecimento de bilis negra quer na vesícula, durante o ato operatório, quer no dreno vesicular, imediatamente depois da intervenção ou passado algum tempo, e por distúrbios gastro-intestinais e psíquicos.

Vejamos agora a série de casos que reunimos para depois discutirmos a etiologia, o diagnóstico e o tratamento.

CASO 1 — Hospital de Caridade de Florianópolis.

Fomos chamados em conferência para visitar um doente que, segundo o colega que o atendera, tinha uma hérnia estrangulada. Examinando-o, cuidadosamente, notamos que, embora portador de hérnia inguinal esquerda, queixando-se de dor em todo o abdômen, vomitando, o ponto mais sensível da parede era o vesicular. Hospitalizado foi durante algumas horas observado. Era um mulato de 29 anos de idade, longilíneo, carregador, sem antecedentes hereditários que chamassem atenção e que, fora sua hérnia, se queixava de distúrbios gástricos, datando de alguns anos, acompanhados de astenia e nervosismo. Hábitos morigerados, sem abuso de álcool, nem de fumo. Ao exame clínico, mostrava um fígado ligeiramente aumentado e o ponto vesicular muito sensível. A hérnia era facilmente redutível. O ponto de MacBurney também acusava sensibilidade bem nítida. Como os vômitos não cessassem e a dor vesicular se acentuasse, resolvemos intervir. Temperatura normal. Pulso rápido. Tensão arterial: 10 — 5 no V. L.

OPERAÇÃO: 8 janeiro 1934. Operador: César Ávila — Assistente: Dr. Miguel Boabaid. Anestesia geral pelo éter. (O doente não quis de forma alguma a local). Laparotomia mediana alta. Vesícula cheia, esvaziando-se mal à pressão, paredes espessadas, gânglios aumentados ao redor do cístico, fígado aumentado de volume com estrias esbranquiçadas. A punção da vesícula deu bilis negra. Apendicectomia e colecistostomia sobre sonda de Pezzer.

POST-OPERATÓRIO: Os vômitos cessaram, o estado geral melhorou e durante cinco dias a bilis continuou negra indo, desde então, gradativamente se clareando. Alta do Hospital com 12 dias, drenado. Regime pobre em gorduras. Suco hepático. Urotropina.

Ficou drenado 3 meses. Engordou oito quilos e não sentiu mais distúrbios gastro-intestinais ou nervosos. O dreno vesicular foi retirado em 10 de abril. A fístula se fechou em 20 dias. O doente foi revisto em 1938 perfeitamente bem.

CASO 2 — Hospital de Caridade de Florianópolis.

L. C. — marítimo de 42 anos de idade, brasileiro, branco, solteiro. Desembarcou e foi logo hospitalizado por estar acometido de cólica hepática, sem remissão, há 6 dias. O médico de bordo tudo tentara para aliviá-lo e nada conseguira. Forte defesa na região vesicular e desaparecimento da macishez hepática. Solução. Vômitos biliosos. Subcêrifica. Temperatura axilar: 36,8. Pulso: 130. Diagnóstico: possível cálculo do cístico com início de peritonite alta. Sêro glicosado + insulina. Intervenção imediata.

OPERAÇÃO: 6/10/34 — Operador: César Ávila. Auxiliar: Miguel Boabaid. Anestesia: local da parede com novocaína a 1/2 % + adrenalina. Incisão paracostal de Kocher. Vesícula quase vazia contendo bilis descorada. Enorme cálculo encravado no cístico. Retirada do cálculo pela secção longitudinal do canal Colédoco livre. Reconstituição do cístico e da vesícula sobre sonda de Pezzer. Drenagem da cavidade, ao lado da vesícula, com lâmina de borracha ondulada.

POST-OPERATÓRIO: O soluço continuou a despeito de toda a medicação. Foram usados todos os meios para combater a peritonite e o doente veio a falecer no 21.º dia após a operação. Pela sonda vesicular sempre saiu bilis clara, quase dourada. No 10.º dia, como o soluço fôsse muito molesto para o doente, seccionamos o frênico direito com melhora bastante sensível deste sintoma.

CASO 3 — Hospital de Caridade de Florianópolis.

Chamados de urgência a uma enfermaria do Hospital, examinamos um rapaz de 19 anos de idade. Pulso a 140, filiforme. Fácies peritonítica. Intoxicação profunda. Ao exame, ligeira defesa no quadrante superior direito do abdômen. Temperatura axilar mal chegando a 36 graus. Exame de urina nada acusando de anormal. A despeito do estado geral mau, após administração de soro glicosado e cardiocinéticos, resolvemos intervir.

OPERAÇÃO: 11 de dezembro de 1934 — Operador: César Ávila. Auxiliar: Irmã Laurinda. Anestesia: local da parede com novocaína a 1/2 % + adrenalina. Vesícula distendida, espessada, esclerosada, aderente. Puncão da vesícula: bilis negra. Colecistostomia sobre sonda de Pezzer.

POST-OPERATÓRIO: Durante 48 horas não drenou bilis e o estado geral piorou. Soro glicosado + insulina em alta dose. Como se queixasse de muitas dores, mandamos injetar uma ampola de Sedol e uma hora depois começou a funcionar a sonda dando saída a uma bilis negra muito espessa. Durante 10 dias a bilis foi escura começando então a clarear gradativamente. O estado geral foi melhorando. Deixamos drenado durante 3 meses. Recebeu, nesse período, alimentação pobre em gorduras e injeções repetidas de estrato hepático. Engordou 12 quilos. Alimentava-se bem, mas, de quando em vez, a vesícula o fazia sofrer pois que sentia dores do tipo cólica vesicular que não raro necessitavam morfina. Foi por isso colecistectomizado. Ato operatório e sua sequência, normais.

Revisto em 1937, goza perfeita saúde.

CASO 4 — Hospital S. José de Antônio Prado.

P. P. — colono lavrador, com 30 anos de idade, branco, brasileiro de origem italiana, casado. Há dois anos que sofre do estômago (sic). Dores vagas depois das refeições. Algumas vezes cólicas que se irradiam para a direita. Deixou, a conselho médico, de usar vinho às refeições e de fumar há um ano. Não se sente mais o mesmo homem disposto para o trabalho, anda aborrecido da vida, custa de manhã para sair da cama e tem pensamentos tristes e mesmo, às vezes, vontade de se suicidar. (sic).

Ao examinarmos este paciente, verdadeiro gigante com 2 metros de altura e 110 quilos de peso, nada nos chamou a atenção. Levado aos raios X o tubo gastro intestinal perfeitamente normal. Colecistograma, pela via venosa, negativo, dando a injeção reação impressionante. A prova de Meltzer-Lyon não foi feita porque o paciente não suportou, de modo nenhum, a sonda, mesmo introduzida pelo nariz. Receitamos suco hepático às refeições e mandamos que continuasse a se abster de álcool e de fumo. Mais ou menos 4 meses depois desse exame, chegou-nos ao consultório em crise franca de cólica hepática. Foi hospitalizado. Fígado aumentado. Subicterícia. Ponto cístico muito sensível, mesmo dois dias depois de passada a cólica. Ela se repetiu com mais intensidade. Radiografia dos rins: normal. Novo colecistograma negativo. (Oral te-tragnost.) Exame de urina: bilirrubinúria. Meltzer-Lyon, conseguida depois de muita insistência, dando escoamento a apenas 3 cc. de bilis pardacenta. Exame microscópico da bilis: negativo para germes de qualquer espécie.

Resolvemos intervir em 22/7/36.

OPERAÇÃO: Operador: César Ávila. Assistentes: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia: geral etérea. Incisão para-costal de Kocher. Vesícula cheia, lipomatosa, com aderências de pericolecistite. Fígado aumentado e cinzento com o bordo livre engrossado e arredondado. Bilis negra. Coledocotomia. Colédoco livre de cálculos, dilatado, deixando passar com dificuldade a sonda 1 em sua porção terminal. Dilatação lenta e progressiva da ampola até 3. Fechamento do colédoco em dois planos. Colecistostomia sobre sonda de Pezzer. Apendicectomia. Pequeno dreno de borracha ondulada ao nível da sutura do colédoco.

POST-OPERATÓRIO: Normal até o oitavo dia quando se deu a deiscência das suturas, ficando a parede segura apenas pelos pontos profundos. Avivamento e sutura imediata ao fio de bronze total. Retirada dos pontos no 20.º dia. No 30.º dia, radio-

grafia da árvore biliar após instilação de néo-iodipina pela sonda. Trânsito normal para o duodeno. Ausência de cálculos. Ministramos durante todo o post-operatório soro glicosado + insulina, Campolon e Anfotropina. A lâmina de borracha foi retirada nas 72 horas e o dreno vesicular ficou 3 meses. Usou sempre Coleflavina e suco hepático desde que saiu do Hospital no trigésimo dia do post-operatório. Dieta de restrição de gorduras e excitantes. A fístula se fechou 10 dias após a retirada do dreno. Revisto dois anos após, passava perfeitamente bem.

(Em junho de 1940, colecistectomizamos este paciente por sofrer ainda de cólicas vesiculares. A sondagem da ampola mostrou a persistência de bom calibre. Fígado de aspecto normal! Interessante o resultado da drenagem prolongada. O estado geral era ótimo.)

CASO 5 — Hospital S. José de Antônio Prado.

R. M. — branco, solteiro, empregado de estância, de 26 anos de idade, longilíneo. Antecedentes hereditários: pai sífilítico. Antecedentes pessoais: blenorragia aos 16 anos, sarampo e coqueluche em criança Síndrome de dispepsia + nervosismo + insônia. Fígado aumentado e dolorido. Ponto cístico presente. Meltzer-Lyon: pequena quantidade de bilis escura. Wassermann: negativo. Urina: excesso de bilirrubina.

Foi em 28/8/36 operado. Operador: César Ávila. Assistentes: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia local com novocaína a $\frac{1}{2}$ % + adrenalina. Incisão vertical paramediana. Fígado aumentado. Vesícula grande cheia de bilis negra. Dilatação retrógrada da ampola até 3 pela brecha de coledocotomia. Colecistoduodenostomia a Pierre Duval sobre dreno perdido. Pequeno dreno ao nível da sutura do colédoco Apendicectomia.

POST-OPERATÓRIO: normal. Dieta pobre em gorduras e excitantes. Coleflavina. Campolon. O dreno foi retirado nas 24 horas. O dreno perdido foi eliminado 1 mês e meio depois pelo anus. Revisto em janeiro de 1939 passava perfeitamente bem.

CASO 6 — Hospital S. José de Antônio Prado.

Menino J. T. — 12 anos de idade branco.

Antecedentes pessoais: sarampo, coqueluche.

Antecedentes hereditários: mãe multipara colecistectomizada por calcinose vesicular. Pai sadio, bebe dois litros de vinho diariamente. Irmãos em número de seis, sadios.

Moléstia atual: Há um ano que vem emagrecendo e se tornando irritadíssimo. Queixa-se de má digestão e, às vezes, de manhã, vomita. Terror noturno. Há cinco dias que piorou. Dores no ventre irradiando-se para o quadrante superior direito. Vômitos. O pai o trouxe suspeitando apendicite.

Exame objetivo: Temperatura retal: 37,8. Pulso: 120. Mucosas decoradas. Emagrecido, aparenta ter menos idade. Dôr localizada no ponto vesicular. Exame de urina nada acusando de anormal. Leucócitos: 13.000. Pressão arterial: 10-6 (V.L.). O paciente não deixou fazer-se a prova de Meltzer-Lyon, suspeitamos um apêndice alto, em crise aguda.

OPERAÇÃO: 10/11/36. Operador: César Ávila. Auxiliares: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia geral etérea. Incisão para-mediana alta direita. Apêndice aparentemente normal. Apendicectomia. Vesícula cheia e distendida. Fígado aumentado com o bordo livre engrossado e arredondado. Bilis negra à punção. Ausência de cálculos na vesícula e nos canais biliares extra-hepáticos. Colecistoduodenostomia ao dreno perdido pelo processo de Pierre Duval.

POST-OPERATÓRIO: normal. Cessação imediata dos acidentes agudos. Dieta apropriada. Suco hepático. Urotropina. Eliminou, pelo anus, o dreno no 60.º dia. Revisto em janeiro de 1939, passa perfeitamente bem, tendo engordado 10 quilos. A pesquisa de ovos de parasitas intestinais, repetida duas vezes no post-operatório, foi negativa.

(Revisto em junho de 1940 em excelente estado.)

CASO 7 — Hospital S. José de Antônio Prado.

F. J. — sexo feminino, 28 anos de idade, branca, casada, doméstica, natural deste Estado.

Antecedentes pessoais: nunca sofreu de nenhuma enfermidade, sendo a primeira vez que adocece, 3 gestações a termo. Antecedentes hereditários sem interesse. Moléstia atual: Há seis meses começou a sofrer do estômago (sic). E, há cinco meses, a par de dores no quadrante superior direito do abdômen, foi notada uma subicterícia que, atualmente, progrediu para uma icterícia intensíssima. Emagreceu muito e o que mais a incomoda é o forte prurido generalizado.

Exame objetivo: Pulso: 60. Temperatura axilar: 36,8. Pressão arterial: 9-6 (V. L.) Prova de Meltzer-Lyon: negativa. Leucócitos: 12.000. Hematias: 3.200.000. Hemoglobina: 35 %. (T). Exame de urina: grande quantidade de urobilina, pigmentos e ácidos biliares. Tempo de coagulação: 20 minutos em gota. Tempo de sangria: aumentado. Plasma: amarelo intenso. Fézes: brancas. Doente emagrecida. Icterícia intensa: pele e mucosas amarelo-esverdeadas. Fígado aumentado de seis dedos. Dôr na zona vesicular. Baço aumentado. Diagnóstico: obstáculo do colédoco. Tratamento pré-operatório: sôro glicosado + insulina, Campolon, Anfotropina.

OPERAÇÃO: 20/12/36 — Operador: César Ávila. Auxiliares: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia local com novocaína a ½ % + adrenalina. Posição de Ugon (Tredlenburgo invertido). Incisão mediana, prolongada para a direita por um ramo horizontal em esquadro.

Vesícula e árvore biliar quase sem bilis. Colédoco reduzido, até próximo do cístico, a um cordão fibroso, sem luz alguma completamente obstruído, esclerosado. A bilis encontrada completamente descorada. Fígado aumentado de volume, amarelado. Colecistoduodenostomia sobre dreno perdido. Processo de Piere Duval.

POST-OPERATÓRIO: sem acidentes. Transusão de 300 cc. Sôro glicosado + insulina. Campolon. Urotropina. Alta curada sem traço nenhum da icterícia dois meses depois. Eliminou o dreno pelo anus 35 dias depois. Há dias, 10/5/39, nos procurou para mostrar a degeneração quelóide da cicatriz que a assustava e para nos informar que se achava grávida de 4 meses. Fora ligeiras dores na zona da operação, sempre se sentiu perfeitamente bem. Engordou 15 quilos e só a reconhecemos depois de fazê-la repetir sua história clínica.

CASO 8 — Hospital S. José de Antônio Prado.

M. D. — Com 31 anos de idade, branca, casada, brasileira de origem italiana, doméstica, natural deste Estado.

Antecedentes pessoais e hereditários sem significação.

Moléstia atual: síndrome dispéptico, psíquico, vesicular típico.

OPERAÇÃO: 4/3/37. Operador: César Ávila. Auxiliares: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia local com novocaína a ½ % + adrenalina. Incisão para-mediana direita alta. Fígado aumentado, cinzento, com o bordo livre engrossado. Vesícula cheia, aumentada, tensa. Bilis negra à punção. Ausência de cálculos na vesícula e nas vias biliares. Ampola facilmente permeável à sonda n.º 2. Apendicectomia. Colecistoduodenostomia sobre dreno perdido (Processo de Pierre Duval). Conseguiu-se chegar ao duodeno com a sonda, sem coledocotomia o que indica certa dilatação do cístico e colédoco.

POST-OPERATÓRIO: normal. Dieta pobre em gorduras e excitantes, rica em hidratos de carbono. Coleflavina. Campolon.

Resultado: muito bom, próximo e remoto (6/6/38).

Dreno eliminado pelo anus aos 60 dias.

CASO 9 — Hospital S. José de Antônio Prado.

C. F. — 22 anos de idade, branca, solteira, brasileira, de origem italiana, doméstica, natural deste Estado.

Teve uma crise de apendicite aguda e foi operada em 2/1/37. As queixas de entã, má digestão, nervosismo, insônia, dores de cabeça, não passaram com a apendicectomia embora a doente tivesse usado a vacina autógena do vermis que deu colibacilos e estafilococos na cultura. (Laboratório Pereira Filho). O fígado aumentado e dores vagas na região vesicular nos levaram a praticar a prova de Meltzer-Lyon que, depois da administração de pituitrina, nos deu, pela sonda, regular quantidade de bilis negra. O diagnóstico estava pois feito: síndrome da bilis negra.

OPERAÇÃO: 5/4/37. Operador: César Ávila. Auxiliares: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia geral pelo éter. Incisão para-costal de Kocher. Vesícula lipomatosa, grande,

com algumas aderências. Fígado aumentado de volume com o bordo livre engrossado. Ausência de cálculos na vesícula e nas vias biliares extra-hepáticas dilatadas. Dilatação retrógrada da ampola após coledocotomia. Colecistoduodenostomia sobre dreno perdido (Processo de Pierre Duval). Pequeno dreno de borracha ondulada ao nível da sutura do colédoco.

POST-OPERATÓRIO: normal. Dieta pobre em gorduras e rica em hidratos de carbono. Coleflavina. Campolon. Dreno eliminado pelo anus aos 55 dias.

Resultado: muito bom, próximo e remoto (10/12/38).

CASO 10 — Hospital S. José de Antônio Prado.

P. de S. — sexo masculino, brasileiro, branco, casado, com 35 anos de idade.

Chamados a atendê-lo com cólica hepática fortíssima, que não cedeu a nenhum tratamento, fomos obrigados a intervir de urgência. Após a administração de soro glicosado + insulina e eukodal, verificamos que a defesa no quadrante superior direito se mantinha intensa, os vômitos se acentuavam e a cólica, sem remissão, já durava 24 horas. Seu passado era o de um hepático. Em seus antecedentes hereditários, nada de importante. Tentamos ainda antiespasmódicos diversos. Nada adiantou.

OPERAÇÃO: 6/5/37. Operador: César Ávila. Auxiliares: Bortoluzzi e Meyer. Anestesia geral pelo éter. Cálculo único, ovóide, claro, do tamanho de um ovo de pomba, encravado no colo da vesícula. Retirada do cálculo. Colédoco livre. Drenagem da vesícula sobre sonda de Pezzer. Na vesícula foi encontrada bilis amarelada.

POST-OPERATÓRIO: normal. Dieta e medicações habituais. A bilis foi, pouco a pouco, escurecendo para se tornar negra no 7.º dia e, daí por diante, começou a clarear gradativamente. Submeteu-se a um regime pobre em gorduras e em colesterina. A drenagem foi retirada dois meses depois. A fistula se fechou em dois dias. Resultado: revisto dois anos depois da operação mantinha-se perfeitamente bem.

CASO 11 — Hospital S. José de Antônio Prado.

M. C. — sexo feminino, 18 anos de idade branca, brasileira, empregada do Hospital. Antecedentes pessoais: sarampo, coqueluche em pequena. Appendicetomizada ha 5 anos.

Antecedentes hereditários: sem importância.

Moléstia atual: Há, mais ou menos 6 meses, que se queixa de distúrbios da digestão com dores no quadrante superior direito do abdômen, variando de intensidade da simples sensação de peso à cólica hepática típica. Urticária e dores de cabeça. Subicterícia. Fígado ligeiramente aumentado de volume, doloroso.

Exame radiológico: vesícula de estase.

Exames de laboratório: Urobilinúria e aumento dos leucócitos (9.500).

Meltzer-Lyon: muito pouca bilis, conseguida com dificuldade.

Foram tentados todos os tratamentos clínicos, inclusive aplicações de ondas curtas, de 12 metros, na região hepática com eletródios condensadores de alto rendimento, sem resultado apreciável. Resolvemos intervir cirurgicamente.

OPERAÇÃO: (10/12/37). Operador: César Ávila. Auxiliar: Rodolfo Meyer. Anestesia da parede com novocaína a 1/2 % + adrenalina. Incisão de Kocher. Vesícula enormemente distendida e cheia de bilis negra. Fígado aumentado de volume, bordo livre engrossado, pontos amarelos disseminados na superfície. Ausência de cálculos. Dilatação progressiva da ampola através da brecha de coledocotomia. Colecistoduodenostomia sobre dreno perdido, processo de Pierre Duval. Dreno de borracha ondulada ao nível da sutura do colédoco. Durante o ato cirúrgico foi retirada pequena cunha de fígado para exame anátomo-patológico. Um ponto de catgut muito fino aproximou os bordos da perda de substância resultante.

POST-OPERATÓRIO: normal. Regime apropriado. Medicação corrente. Retirada do dreno de borracha nas 24 horas. Até a data em que escrevemos passa perfeitamente bem, pois continua sendo empregada de nosso Hospital. Engordou diversos quilos. O dreno perdido foi eliminado com 45 dias.

O exame anátomo-patológico foi efetuado pelo professor Waldemar Castro e deu o seguinte resultado:

"Material do fígado (figura 1)."



Fig. 1 — Hepatite com lesões degenerativas acentuadas

“Os cortes demonstram que a textura do órgão alterada, modificou sensivelmente o seu aspecto topográfico não se distinguindo por vezes a disposição lobular; a estrutura profundamente modificada apresenta aspectos das degenerações granulosa e gordurosa.
DIAGNÓSTICO: HEPATITE COM LESÕES DEGENERATIVAS ACENTUADAS.”

Em 18/6/38.

assinado: W. Castro.

CASO 12 — Hospital S. José de Antônio Prado.

O. J. — brasileira, branca, solteira, 20 anos de idade, residente neste Estado.

Antecedentes hereditários: mãe, esquizofrênica; pai, diabético; irmãos sadios com sinais nítidos da tara psicopática.

Antecedentes pessoais: moléstias da infância.

Moléstia atual: Há cinco anos que perambula por clínicas e laboratórios. Tem uma infinidade de exames de laboratório e de raios X que esgotam, completamente, todas as dosagens imagináveis e todas as incidências possíveis no radiodiagnóstico... Doente triste, astênica, deprimida, a se queixar sempre de distúrbios dispépticos, crises de urticária, insônia, dismenorréia. Há ano e meio foi submetida a uma gastro-êntero-anastomose. Nada melhorou com a intervenção e as dores no quadrante superior direito do abdômen cada vez mais se acentuaram. Há um ano foi apendicectomizada. Também sem resultado apreciável.

Ao exame clínico: ponto vesicular doloroso, fígado aumentado de dois dedos, sensível à palpação, subicterícia. Desvio do septo para a esquerda. O toque retal não revelou nada para o lado do útero e dos anexos.

Exame radiológico: gastro-êntero-anastomose funcionando bem. Ptose gástrica e do cólon transverso. Vesícula de estase não respondendo ao repasto de prova, (figura 2).

Prova de Meltzer-Lyon: tentada diversas vezes deu sempre pequeníssima quantidade de bilis escura (1 a 4 cc.).

Diagnostizamos: síndrome da bilis negra.

OPERAÇÃO: 18/1/38. Operador: César Ávila. Auxiliar Rodolfo Meyer. Anestesia geral pelo éter a pedido da doente. Vesícula grande sem aderências, lipomatosa. Bilis negra à punção. Mucosa congesta e brilhante. O cateterismo do colédoco deu ausência de cálculos mas ligeiro obstáculo, facilmente dilatável, ao nível da ampola. Dilatação até 3. Fígado aumentado de volume de bordos engrossados. Estômago e duodeno sem sinais de úlcera, com grande boca anastomótica de gastrojejunostomia de alça curta posterior. Suspensão do estômago e do cólon pela pexia parietal, em quatro pontos, do epiploon gastro-cólico. Dreno de borracha ondulada ao nível da sutura do colédoco que foi aberto, como costumamos, para exame dos canais biliares e dilatação da ampola. Colectostomia sobre sonda de Pezzer.

POST-OPERATÓRIO: normal. Dieta e medicação como nos outros casos. A bilis desde o início foi negra e só clareou 20 dias depois da operação. Esteve 60 dias em nosso hospital. Aumentou 6 quilos. A urticária desapareceu. Não se queixou mais de dispepsia. Passou o nervosismo. Só o que continuou, com intensidade variável, foi a dor de cabeça. Examinada pelo otorrinolaringologista Dr. Arminio Tavares, foi em 22/4/38 operada de desvio do septo. As dores de cabeça, imediatamente, melhoraram.

Pelo dreno escoava bilis amarelo-esverdeada, durante o dia e mais escura durante a noite. A quantidade variava de 40 a 200 cc. nas 24 horas. O dreno vesicular foi retirado em 10/5/38. A fistula parietal se fechou em 18/5/38.

Escreve-nos em 14/6/38 que passa perfeitamente bem.

Foi vista em 2/1/39 em ótimo estado.

Já tínhamos, há muito, terminado este trabalho quando recebemos novas notícias de nossa doente: emagreceu os quilos que recuperara, a dismenorréia se tornou intollerável, o apetite lhe falta totalmente. Pedimos que voltasse para novos exames e novas tentativas de tratamento. (12/5/39).

(Nessa ocasião foi examinada pelo Docente Dr. Gomes da Silveira, ginecologista, que a tratou da dismenorréia. Atualmente, (Novembro de 1940) sente-se radicalmente curada.)

CASO 13 — Hospital S. José de Antônio Prado.

N. N. — sexo feminino, brasileira, branca, com 20 anos de idade, solteira, doméstica.

Antecedentes pessoais e hereditários: sem interesse.

Moléstia atual: Há dois anos que vem emagrecendo, sentindo dores no quadrante superior direito do abdômen dores de cabeça, nervosismo com crises súbitas de tristeza e de choro, digestões difíceis, pirose e dismenorréia.

Exame objetivo: fígado aumentado de volume, sensível à palpação. Ponto vesicular e de Mac-Burney dolorosos. Subicterícia.

Exame radiológico: vesícula de estase.



Fig. 2 — Vesícula de estase

Exames de laboratório: Leucócitos : 8.000. Urobilina presente.

Meltzer-Lyon: pequena quantidade de bilis escura.

Diagnóstico: síndrome da bilis negra.

OPERAÇÃO: 4/2/38. Operador: César Ávila. Auxiliar: Rodolfo Meyer. Vesícula aumentada de volume cheia de bilis negra. Ausência de cálculos. Dilatação da ampola até o N.º 3. Apendicectomia. Retirada de pequena cunha de fígado, do bordo livre, para exame anátomo-patológico. Pequeno dreno de borracha ondulada ao nível da sutura da coledocotomia.

POST-OPERATÓRIO: normal. Vista, há dois meses, aumentou 6 quilos e goza perfeita saúde. (23/3/39).

O resultado do exame anátomo-patológico do fragmento de fígado foi o seguinte:

Material do fígado. (figura 3).

“Os cortes demonstram que o parênquima hepático é sede de numerosos focos lesionais, nos quais se observam processos degenerativos gordurosos e turvos, bem como pequenas zonas de necrose, fazendo crer na existência de infartos múltiplos”.

Em 5/3/1938.

assinado: Dr. W. Castro

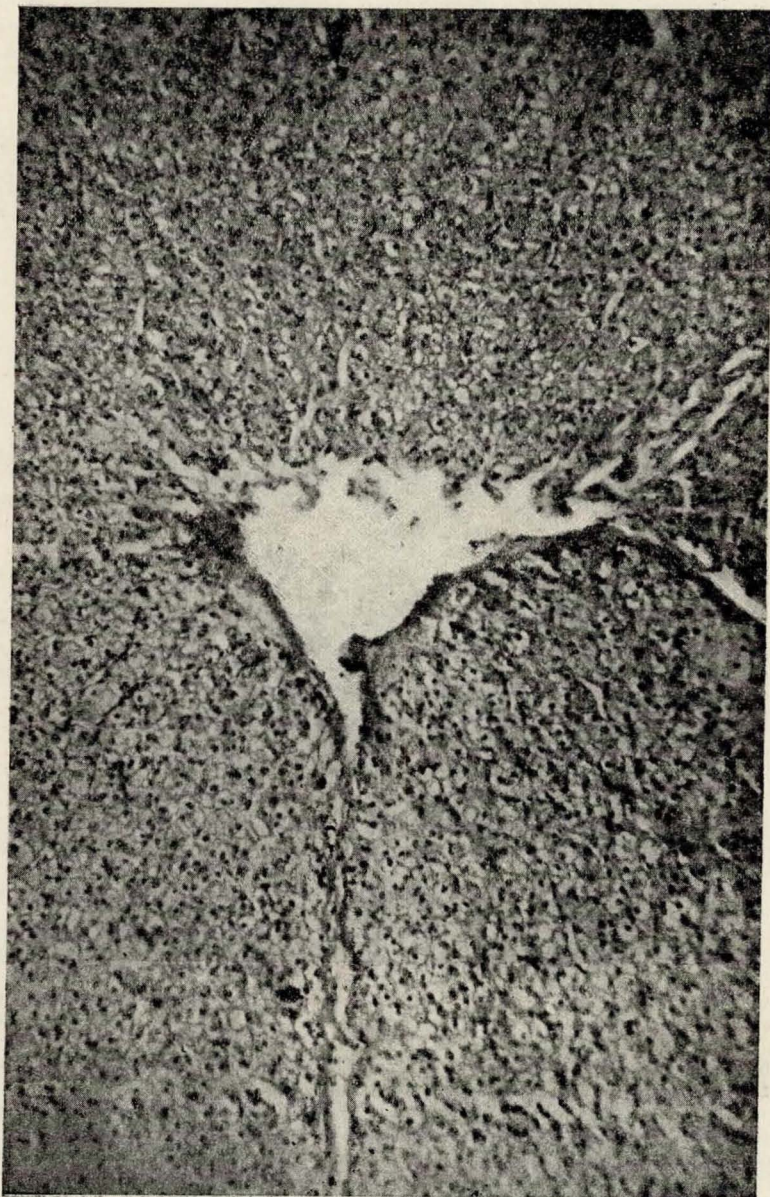


Fig. 3 — Fígado. Processos degenerativos gordurosos e turvos

CASO 14 — Hospital S. José de Antônio Prado.

A. L. — brasileiro, branco, 43 anos de idade, casado, lavrador.

Antecedentes hereditários: sem interesse.

Antecedentes pessoais: cancro sífilítico há 12 anos, tem feito repetidos tratamentos específicos, atualmente Wassermann negativo.

Moléstia atual: Distúrbios dispépticos há 8 meses, a par de depressão e nervosismo. Tem, de então para cá, se submetido a diversos tratamentos. Tomou suco hepático e faz dieta pobre em gorduras. Apareceram, nos últimos 30 dias, cólicas repetidas, localizadas no quadrante superior direito do abdômen. Emagreceu nesse período cerca de 4 quilos.

Exame objetivo: fígado aumentado de 4 dedos, doloroso, vesícula distendida, facilmente delimitável e muito sensível, subicterícia. Temperatura axilar: $37 \frac{1}{2}$. Pulso 70. Pressão arterial: $10 \frac{1}{2}$ - 7 (V. L.). Urobilina presente e traços de albumina. Leucócitos: 9.000. Hemossedimentação (Westergreen): 7-21.

Depois de alguns dias de tratamento resolvemos interir suspeitando de síndrome da bilis negra.

OPERAÇÃO: 6/5/38. Operador: César Ávila. Auxiliar: Rodolpho Meyer. Anestesia local da parede com novocaína a $\frac{1}{2}$ % + adrenalina. Incisão vertical, paramediana direita alta. Vesícula grandemente aumentada. Paredes muito delgadas. Adesões. Bilis negra à punção. Ausência de cálculos no colédoco dilatado. Dilatação da ampola que se achava grandemente estreitada. Colecistomia sobre sonda de Pezzer. Pequeno dreno de borracha ondulada ao nível da sutura da coledocotomia.

POST-OPERATÓRIO: normal. Retirada da borracha nas 24 horas. Alta melhorado aos 15 dias. A sonda vesicular foi conservada 3 meses. Na figura 4 vemos amostras de bilis retiradas desse doente. Bilis negra do 1.º ao 4.º dia e clara no 5.º. Vê-se perfeitamente no último tubo de ensaio, contendo bilis clara, o depósito de muco no fundo. Usou a dieta e a medicação habituais e atualmente (9/3/39) se sente perfeitamente bem, tendo recuperado o peso perdido.

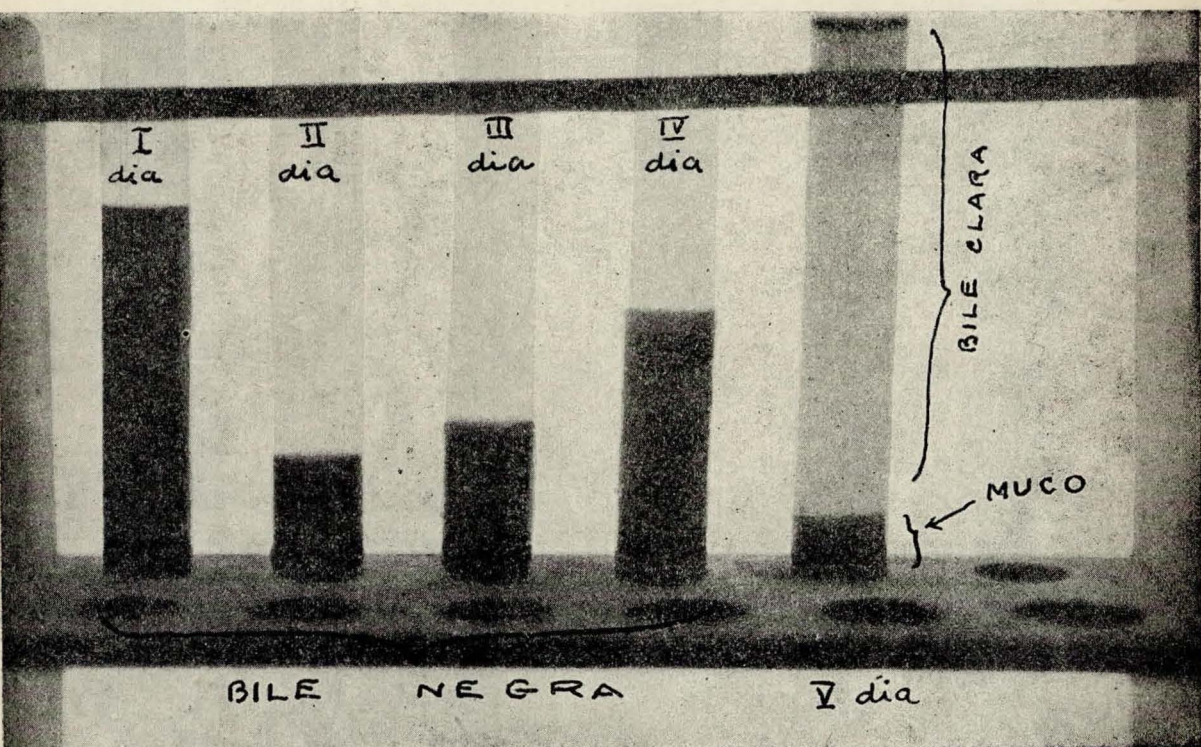


Fig. 4

CASO 15 — Hospital S. José de Antônio Prado.

R. M. — branca, brasileira, de 43 anos, casada, doméstica.

Antecedentes pessoais e hereditários: sem importância.

Moléstia atual: Há um ano, depois de um aborto incompleto, com hemorragia de 14 dias e febre alta de 40 graus, que requereu uma intervenção, esvaziamento do útero, começou a sentir perturbações dispépticas: pirose, náuseas, vômitos, acompanhados de anorexia e emagrecimento de 8 quilos. Ao mesmo tempo apresentou-se um estado de nervosismo e perturbação vagossimpática, com ondas de calor e arrepios de frio. Constipação de 3 a 4 dias. Dôr no hipocôndrio direito e região epigástrica.

Exame clínico: Dôr à palpação no hipocôndrio direito e epigastro. Perturbações vago-simpáticas. Fígado aumentado de dois dedos.

Exame radiológico do aparelho digestivo: Pela radiografia e radioscopia do estômago, constatou-se uma ptose gástrica. Nenhum sinal de ulceração gástrica ou duodenal. Colecistograma: vesícula de estase.

OPERAÇÃO: 20/9/38. Operador: César Ávila: Auxiliar: Aujor Luz. Resolvida a intervenção, foi feita uma laparotomia mediana, xifo-umbelical que permitiu um melhor exame dos órgãos da região. Foi constatada a ptose do estômago e a ausência de úlceras. O fígado apresentava-se aumentado, com o bordo engrossado. A vesícula, pequena, deu, pela punção exploradora, uma amostra de bilis negra e espessa. Foi então feita uma gastropexia por meio do epíploon gastro-cólico e uma colecistostomia sobre sonda de Pezzer.

POST-OPERATÓRIO: normal. A bilis drenada nos primeiros 10 dias foi sempre negra, quando então começou a clarear. Dieta e medicação habituais. O dreno foi retirado no 3.º mês. Vista em 6/4/39, está passando perfeitamente bem e recuperou o peso anterior.

QUADRO ESQUEMÁTICO DAS OBSERVAÇÕES

Número	Data	Idade	Sexo	Profissão	Cálculos	Operação	Tempo da drenagem da vesícula	Resultado imediato	Resultado remoto	
1	8/1/34	29	M	carregador	Não	C	3 meses	bom	bom	
2	6/10/34	42	M	marítimo	Sim	C	—	mau	+	Não apareceu bilis negra
3	11/10/34	19	M	jornaleiro	Não	C	3 meses	bom	—	Foi colecistectomizado
4	22/7/36	30	M	lavrador	Não	C	2 meses	bom	bom	" "
5	28/7/36	26	M	jornaleiro	Não	C/D	—	bom	bom	
6	10/11/36	12	M	—	Não	C/D	—	bom	bom	
7	20/12/36	28	F	s. d.	Não	C/D	—	bom	bom	
8	4/3/37	31	F	s. d.	Não	C/D	—	bom	bom	
9	5/4/37	22	F	s. d.	Não	C/D	—	bom	bom	
10	6/5/37	35	M	lavrador	Sim	C	2 meses	bom	bom	
11	10/12/37	18	F	enfermeira	Não	C/D	—	bom	bom	
12	18/1/38	20	F	s. d.	Não	C	3 meses	bom	bom	
13	4/2/38	20	F	s. d.	Não	C/D	—	bom	bom	
14	6/5/38	43	M	lavrador	Não	C	3 meses	bom	bom	
15	20/9/38	43	F	s. d.	Não	C	3 meses	bom	bom	

M = sexo masculino F = sexo feminino C = Colecistostomia CD = Colecistoduodenostomia s. d. = serviços domésticos.

RESUMO ESTATÍSTICO

	Homens	Mulheres	Crianças	Total
Bilis negra constatada	6	6	1	13
Síndrome típico sem constatação	—	1	—	1
Bilis negra + calculose	1	—	—	1
Bilis negra + Ausência de cálculos	5	6	1	12
Colecistostomias	5	2	—	7
Colecistoduodenostomias	—	5	1	6

DISCUSSÃO

Não há dúvida que, ao analisar o síndrome da bilis negra, ficamos num labirinto de teorias e de classificações. Os próprios criadores do termo, Deplas e Dalsace, encabeçam seu trabalho com a seguinte frase desencorajante: "Não sabemos dar, hoje, resposta a essas questões e nos limitaremos a descrever o que observamos."

Tentaremos classificar o síndrome da bilis negra dentro da fisiopatologia e aventar hipóteses sobre seu mecanismo. Começemos por coordenar as icterícias, pois nossos casos foram todos de síndrome icterigênico, embora, muitas vezes, atenuado. Inspirados na tese de doutoramento, "Problemas clínicos relativos ao diagnóstico das coledocopatias", de Apolo Corrêa Gomes, escrevemos as linhas que seguem, neste capítulo.

A classificação fisiopatológica, baseada nos trabalhos de Minkowsky, Escudero e Rosenthal, divide as icterícias em 4 grupos: 1.º — síndrome hemático. 2.º — síndrome hepático. 3.º — síndrome colostásico. 4.º — síndrome mixto.

1.º — *Síndrome hemático*. É constituído pela icterícia também denominada hemolítica que se caracteriza pela exagerada destruição das hemátias, com tal aumento de pigmentos biliares que o fígado não os pode eliminar na totalidade. O achado da resistência globular diminuída é patognomônico desses casos.

2.º — *Síndrome hepático*. É constituído pelas icterícias de origem hepatocelular, originadas de lesões e de distúrbios funcionais da célula hepática e que são chamadas, também, icterícias toxi-infectuosas, hepatotóxicas ou por destruição. O síndrome hepático icterígeno é devido às hepatites, às degenerações e às disfunções celulares.

3.º — *Síndrome colostásico*. O síndrome colostásico ou também chamado canicular, ou icterícia por retenção e absorção, é devido a um obstáculo do fluxo da bilis em virtude de uma colangiopatia, intrínseca ou extrínseca.

4.º — *Síndrome mixto*. O síndrome mixto é a associação das formas anteriores.

Por outro lado podemos dividir as coledocopatias em: Discinesia colangiopática de Westphal:

- 1 — hipertônica.
- 2 — hipotônica.

Isto, segundo os alemães ou então, segundo os franceses em:

(Chiray, Pavel, Lomon) Discinesias:

- a) cólica hepática
- b) atonia vesicular
- c) espasmo do esfíncter de Oddi (Oddismo).

A coledocite, processo inflamatório localizado no colédoco, foi dividida, por Chabrol e Klotz, em cirúrgica e médica.

Vistas as classificações, que sintetizam as teorias atualmente admitidas, retomemos o fio de nossas considerações.

Fizemos duas biopsias de fígado em nossos casos. No serviço de Solé, em Buenos Aires, existem mais de 700 microfotografias de biopsias semelhantes. Apolo Corrêa Gomes, em sua tese de doutoramento, escreve: "Na interpretação de Hiyeda, a estase biliar determina, logo de início, a dilatação da ampola ou segmento de conexão, onde a parede dos capilares biliares é mais delgada, permitindo a difusão ou diapedese da bilis através de suas paredes, sem ruptura, determinando a icterícia. Persistindo ou aumentando a tensão, aparecem fissuras nas trabéculas hepáticas, dando lugar à passagem da bilis aos capilares sinusóides. A ação hemolítica da bilis produz necroses localizadas, desorganizando as trabéculas e intensificando a icterícia. As lesões trabeculares podem ir de uma destruição parcial a uma hepatólise extensa.

Os estudos de Albott mostram que, algumas horas depois da obstrução, iniciam-se as lesões, consistindo em homogeneização do condrioma e picnose nuclear, ao nível da região periportal sede habitual das lesões do colostase. Cerca de 20 horas após, iniciam-se as necroses periportais, acompanhadas de dilatação moniliforme dos canaliculos biliares e de tumefação das células de Kupffer. Em segunda etapa, entre 48 horas e oito dias, persistindo as necroses, surge uma, reação esclerógena. A ectasia canalicular progride para o âmago do lóbulo, ocupando toda a sua extensão até o sétimo dia. "*R. Solé observou, em uma biopsia feita seis anos após uma obstrução do colédoco, que as células e as trabéculas haviam recuperado a sua integridade anatômica*".

Esses achados combinam, em linhas gerais, com aqueles observados pelo Professor Waldemar Castro nas biopsias que lhe enviamos.

Em nossos casos de bilis negra tivemos desde os pequenos espasmos do esfíncter de Oddi até o caso 7, no qual a coledocite era tamanha que reduzira o colédoco, em parte, a um simples cordão fibroso, sem luz alguma.

A bilis negra entraria nas classificações como: SÍNDROMO MIXTO, HEPÁTICO E COLOSTÁSICO (Minkowski, Escudero e Rosenthal).

Segundo seu grau de evolução, progredindo dos casos mais leves aos mais adiantados teríamos: COLECISTITE CRÔNICA associada às seguintes formas:

I — ODDISMO — espasmo do esfíncter de Oddi.

II — COLEDOCITE — com atonia ou hipertonia vesicular.

III — Colédoco-oddite retrátil de Donovan e Del Valle. Isto encarando o ponto de vista físiopatológico. Todas associadas, naturalmente, à HEPATITE.

Os autores concordam em que a bilis negra tenha a sua origem puramente hepática pois que, se fôsse vesicular e provocada pela estase, ela não reapareceria no decurso de uma drenagem vesicular, depois de ter sido, por algum tempo,

perfeitamente clara. Observaram que a bilis negra pode reaparecer depois de uma emoção violenta ou de afastamento do regime dietético. Santy e Mallet-Guy citam diversas observações em que a bilis se alterna diversas vezes nas 24 horas com o tipo claro mucoso. Falam de excreção alternante de bilis e de muco e de vesículas hipermucogênicas. Não observamos, em nossos casos, essa alternância. Em todos êles, depois de clareada a bilis não tornou a escurecer a ponto de se tornar, novamente, negra. Nas amostras claras, sempre tivemos a sedimentação de grande quantidade de muco. Exemplo patente dêste fato é a figura N.º 4.

Deplas e Dalsace, pelas dosagens de pigmentos e sais biliares, concluíram que os sais biliares aumentam numa proporção inversa à dos pigmentos biliares. Os resultados combinaram nos doentes com litíase e nos alitiásticos. Tentamos mandar fazer essas dosagens em diversas amostras mas não conseguimos porque, segundo competente laboratorista, a técnica, além de muito complicada, é muito incerta. Tivemos de nos contentar com essa resposta.

Deplas e Dalsace nunca observaram pancreatite visível nos casos de bilis negra sem cálculo e, no entretanto, a observaram, comumente, nos casos de litíase. Só tivemos o caso 10 com litíase e os demais, exceto o N.º 2 que não foi de bilis negra, todos sem calculose concomitante. Em nenhum dêles observamos lesões aparentes do pâncreas.

O caso N.º 2 é muito instrutivo no que concerne poder admitir-se ser a bilis negra produto de retenção vesicular; nele temos obstrução total da vesícula com bilis clara.

A origem hepática da bilis negra, não há dúvida, tem que ser aceita, e como causas estarão, na primeira linha, a infecção e a estase. As modificações patológicas do fígado se exteriorizam pela excreção negra e são a causa objetiva dêsse síndrome caracterizado, clinicamente, por distúrbios psíquicos e acidentes digestivos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pré-operatório do síndrome da bilis negra é relativamente difícil. Depois de já termos visto diversos casos, incorremos mais de uma vez no erro de diagnóstico e o síndrome só foi descoberto durante a laparotomia.

A história da doença geralmente é longa. O doente já se submeteu a diversos tratamentos e usou as mais diversas terapêuticas. São os sofrimentos de estômago que mais o incomodam. Nervoso, a insônia não o deixa, e a descrença da eficácia da medicina já se apoderou dele. A urticária a par da neurastenia. Procura o médico quando as dôres vesiculares o fazem pensar na probabilidade de um mal grave de estômago. Raramente nota a subicterícia e, dado seu psiquismo alterado, é com dificuldade que concorda em se submeter a exames de laboratório e de raios X. A hemicrânia quase nunca falta.

Ao exame clínico, como tratamos páginas atrás, lá estão: fígado aumentado de volume, doloroso, ponto vesicular presente, subicterícia. E como filigrama interessante para o exame físico, tiramos da tese de Porto Alegre, 1936, "Problemas clínicos relativos ao diagnóstico das coledocopatias", do Dr. Apolo Corrêa Gomes, o seguinte tópico: "*Além disso, a hepatomegalia leve com bordo cortante e saliente ao contrário da colostase, em que é rombo e profundo.*" E de fato, encontramos na maioria de nossos doentes o bordo rombo e profundo.

A prova de Meltzer-Lyon que, nos casos felizes, mostrará a bilis negra, na maioria dêles, no entretanto, não dará resultados concludentes.

Os achados da urina, as contagens, as sedimentações e outras análises de certa forma indicarão o rumo, mais por exclusão do que por afirmação.

A radiologia com o método de Graham Cole e o repasto de Boyden-Withaker será mais categórica e nos dará a certeza da colostase com as imagens geralmente nítidas das vesículas de estase ou a afirmação de doença hêpato-biliar, o que geralmente significa um colecistograma negativo, cuidadosamente dado como tal.

Em nosso serviço de radiologia usamos o método de administração oral da substancia de contraste e, como preparado, damos preferência ao Oral-Tetragnost. 14 horas depois da ingestão tiramos a primeira chapa em decúbito ventral. Se negativo, bate-se uma segunda, após grande lavagem evacuadora do grosso intestino, na mesma posição. No caso de ainda ser negativo o colecistograma, usamos, para a vesícula, uma técnica inspirada na de Manoel de Abreu para rim: enche-se o grosso intestino com 1 litro de água laudanizada (100 gotas de láudano) para homogenizar o meio. Bate-se, então, nova chapa em decúbito ventral com ligeira inclinação para o lado direito. Se ainda negativo, tira-se nova radiografia em pé. Muitas vezes, os doentes com ptose do transverso e aerocolia, servindo água como pêso, aumenta a ptose na posição ereta e deixa visível uma vesícula que antes não aparecia, mascarada pela dispersão dos raios ao nível das bolhas gasosas do intestino. E, na maioria das vezes, embora não afaste o intestino, como provou Manoel de Abreu, homogenizando-se o meio com a água, obtêm-se imagens muito nítidas.

Nos casos de bilis negra, encontramos, ora vesículas não visíveis, ora com a eliminação retardada de muitas horas.

O diagnóstico do síndrome é confirmado sempre pelo achado da bilis negra. Esse achado poderá ser feito durante o ato operatório ou pela côr da bilis que se escoar no decorrer de uma drenagem vesicular. Usaremos, pois, a punção sistemática da vesícula, nos casos suspeitos, durante o ato operatório, generalizaremos mesmo as drenagens da vesícula quando, a despeito de achado de bilis clara no ato operatório, a sintomatologia faça suspeitar um síndrome de bilis negra. Usaremos, sistematicamente, a biopsia de fígado que é, absolutamente, inócua. Roberto Solé, que a tem praticado centenas de vezes, escreve: "Pela sua inocuidade, a biopsia de fígado deve ser preconizada para melhor interpretação clínica do paciente, sobretudo nas colecistites alitiásicas."

TRATAMENTO

Bernard Deplas e Jacques Dalsace concluem, num de seus trabalhos sobre bilis negra, com a seguinte frase: "A maior parte dos doentes se cura com a drenagem cirúrgica associada ao tratamento hidromineral."

Nossos casos, doentes, em sua maioria, de poucas posses, não puderam completar o tratamento com uma cura hidromineral mas, também, em sua maioria, se curaram. Não há dúvida que durante o tempo de drenagem seguiram um regime adequado e se submeteram a tratamento medicamentoso.

O tratamento clínico consistiu num regime pobre em gorduras e rico em hidratos de carbono. O tratamento medicamentoso constou da administração copiosa de extratos hepático e desinfectantes do tipo urotropina.

O tratamento cirúrgico foi a colecistostomia e a colecistoduodenostomia. A colecistostomia foi também o tratamento adotado pelos autores franceses que primeiro trataram deste síndrome.

Usamos a colecistostomia continente sobre sonda de Pezzer com fixação da vesícula, quando possível, ao peritônio parietal.

A anestesia local da parede, geralmente, é suficiente, desde que as manobras sejam lentas e delicadas. Nos pusilâmines, o éter, em máscara de Ombredanne, estará perfeitamente indicado.

A intervenção em si é de mínima gravidade. As complicações são raras. Caso interessante foi o que vimos há poucos meses. Fomos chamados a atender um doente colecistostomizado por distinto colega, em cidade do interior, e que o fizera por colecistite aguda com empiema da vesícula. A indicação fôra perfeita mas sobreveio complicação gravíssima: hemorragias vesiculares de sangue vermelho rutilante ao menor movimento do doente! Essas hemorragias atingiam, por vezes, proporções assustadoras. Após transfusão de sangue, intervimos. Havia uma ulceração de colo da vesícula provocada pelo dreno muito duro. Colecistectomizado, o doente se restabeleceu. Preferimos sempre para drenagem a sonda de Pezzer que é flexível e cuja extremidade esférica, além de evitar a saída, não é traumatizante. Thorek descreve, no livro "Surgical Errors and Safeguards", o seguinte caso interessante: "Colecistostomisei um paciente por colicistite infectuosa. Como dreno foi usada uma sonda de Pezzer que foi retirada no 10.^o dia do post-operatório. A ferida se curou e o paciente voltou para sua fazenda, continuando porém a sofrer de dôres epigástricas. Um ano mais tarde voltou e o exame radiológico da vesícula mostrou a "presença de um cálculo". No ato cirúrgico nenhum cálculo foi encontrado. A sombra do filme era produzida pela cabeça da sonda de Pezzer que ficara na vesícula, inadvertidamente, por ocasião da retirada da drenagem. Após sua remoção, os sintomas subjetivos desapareceram".

Como dissemos, linhas atrás, resolvemos experimentar a colesistoduodenostomia no tratamento da bilis negra. O processo de Pierre Duval simplificou sobremaneira sua técnica e consiste:

- 1.^o — esvaziamento da vesícula. Figura 5.
- 2.^o — fixação na vesícula de uma sonda de Nelaton. Figura 6.
- 3.^o — aproximação da vesícula por meio de pontos separados ao duodeno e prévia abertura de uma pequena botoeira no duodeno. Figura 7.

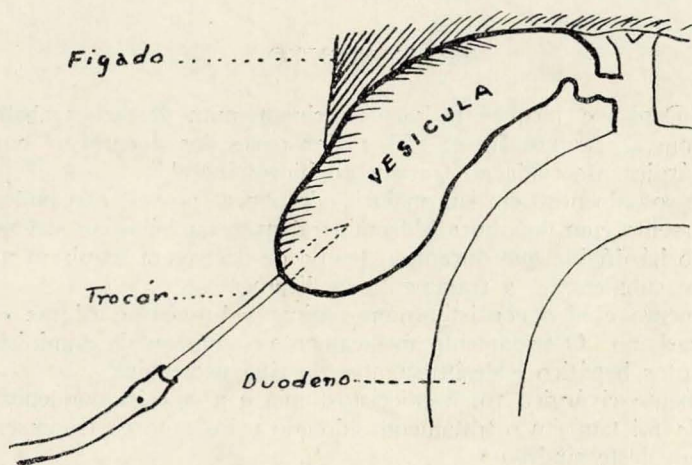
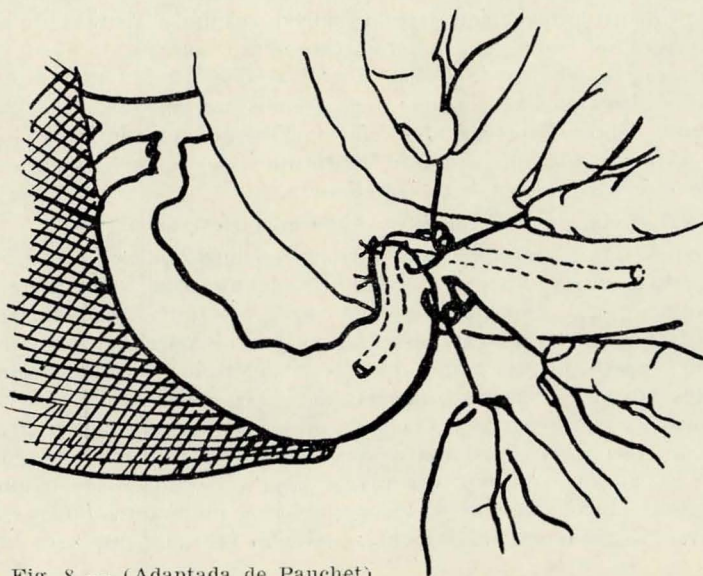
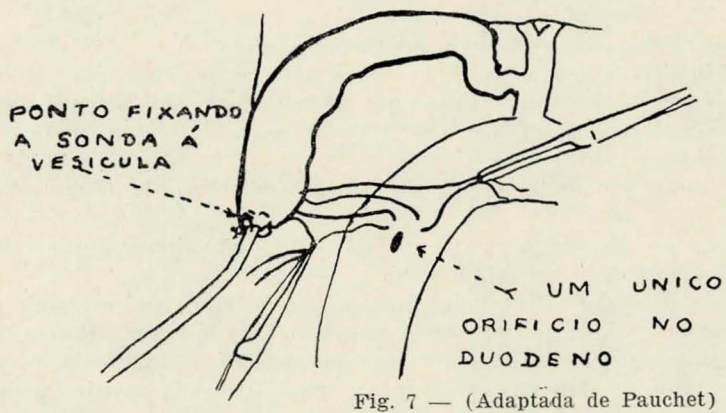
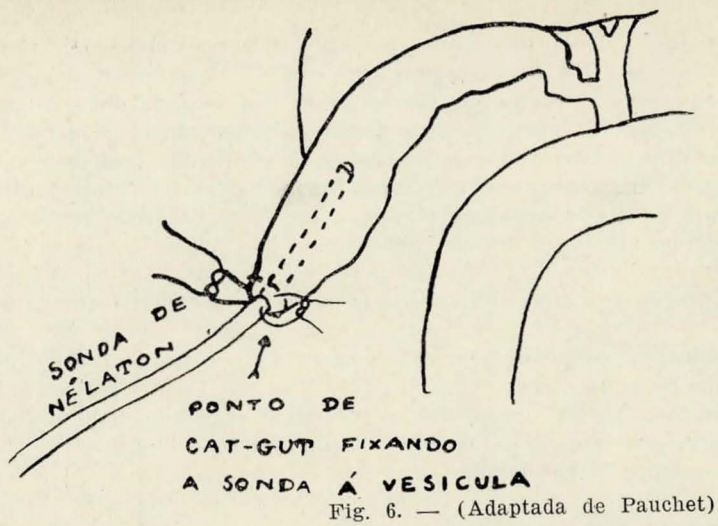


Fig. 5 — (Adaptada de Pauchet)

da vesícula, quando possível, ao peritônio parietal.



- 4.º — introdução da outra extremidade da sonda no duodeno e sutura dêste à vesícula por mais dois pontos. Figura 8. Neste ponto, modificamos, ligeiramente, a técnica de Pierre Duval que manda fazer duas botoeiras no intestino. Uma para introduzir a sonda e outra, para puxá-la, dando uma direção correta e evitando o seu enrolamento. Usando sondas do tipo Nelaton basta um orifício porque a sonda dura é facilmente dirigida com o auxílio dos dedos que fixarão o duodeno. O dreno perdido foi eliminado em média em 45 dias, pelo anus.

As vantagens da colecistoduodenostomia sobre a colecistostomia seriam:

- 1.º — Combaterá por mais tempo a estase biliar e a contração dolorosa das vesículas intolerantes.
- 2.º — Evitará a fístula desgraciosa e incômoda e é mais fisiológica.
- 3.º — Em nossos casos, e dentre êles o mais antigo já tem 2 anos e dois meses, foi sempre bem tolerada.

A colecistostomia traz como vantagens:

- 1.º — mais fácil o estudo da bilis em todos os sentidos.
- 2.º — possibilidade do estudo radiológico da árvore biliar pela instilação de néo-iodipina, ou outra substância de contraste, pelo dreno, dando excelentes imagens da árvore biliar e noção exata do trânsito para o duodeno. (Coleduodenografia).
- 3.º — tecnicamente mais fácil em certos casos de aderências e de vesícula retraída.

As opiniões divergem a respeito da colecistoduodenostomia e Kirschner, em seu "Tratado de Técnica Operatória" diz:

"O mais natural é a comunicação com o duodeno, porque assim penetra a bilis no segmento do duodeno que a natureza lhe destinou. Porém, com frequência, resulta difícil pôr em contacto, sem tensão, o fundo da vesícula com a parede anterior do duodeno; por outra parte, a delicada parede do duodeno, é menos apropriada para as suturas que a resistente parede do estômago, de modo que com o primeiro procedimento se produzem a-miúdo fístulas duodenais que se hão de considerar como uma complicação muito séria."

Achamos que a técnica de Pierre Duval resolve perfeitamente, e com simplicidade, essas dificuldades. Na bilis negra temos, geralmente, vesículas grandes, atônicas e que, depois de esvaziadas, são facilmente aproximáveis do duodeno. No caso de dificuldade, com a agulha diatérmica, se desprende parte suficiente do fundo do colecisto de seu leito hepático.

Lecene e Leriche, na "Terapêutica Cirúrgica", escrevem:

"...Cremos que a causa de certos fracassos tem que ser procurada para o lado do pâncreas; quiçá desempenhe também algum papel o esfíncter de Oddi e sua contratura podia explicar, algumas vezes, as dôres secundárias. Alguns cirurgiões têm querido recorrer, nestes casos, à colecistoduodenostomia (Dujarrier, Mathieu) precisamente para suprimir a retenção vesicular, sem extirpar a vesícula. Os resultados não se conhecem bem; por nossa parte, nos vimos obrigados em um caso a extirpar a vesícula de uma enferma que outro cirurgião havia operado de colecistoenterostomia nessas condições; porém Cotte publicou recentemente (1925) vários casos favoráveis cuja observação se seguiu bastante tempo. O grande inconveniente da colecistogastro ou enterostomia está na infecção possível do conteúdo da vesícula: daí não crermos que esta intervenção

esteja fadada a ter grande porvir nestes casos, já que está baseada em uma patogenia muito hipotética dos transtornos funcionais e expõe os enfermos à infecção da vesícula. Preferimos praticar nesses doentes uma colecistectomia com derivação da bilis durante um mês pelo menos; vários enfermos operados desta maneira melhoraram indubitavelmente."

Não podemos ser absolutos em medicina e o que procuramos sempre é o meio mais simples, menos perigoso e mais eficaz para tratamento e cura do doente. Lecene e Leriche preferem a colecistectomia com derivação da bilis e V. Pauchet, a colecistostomia. Mas, não observamos em nossas 7 colecistoduodenostomias, 3 em 1936, 3 em 1937 e uma em 1938, nenhum sintoma de infecção secundária ascendente. Todos os doentes melhoraram e se consideram curados.

Dado o estado do fígado, sede de graves lesões anátomo-patológicas, achamos que quanto mais tempo se drenar melhor. E parece que uma colecistoduodenostomia drenará sempre por mais tempo, talvez para sempre, do que uma colecistostomia. Na colecistostomia nunca saberemos de antemão se se deixou a drenagem por tempo suficiente. Drenar para o duodeno achamos que é perfeitamente fisiológico. Com a colecistoduodenostomia resolveremos também o sintoma dor das vesículas com estase e das "vesículas intolerantes".

A drenagem da bilis, parcial ou total, para fora não é inócua. Assim o provaram os excelentes trabalhos da Clínica Cirúrgica de Strasbourg. As pesquisas foram experimentais, em grandes escala, e, além disso, apresentaram os autores, em 1936, dois casos clínicos eloquentes. A derivação de bilis nos cães deu: aumento dos lobos tireoideanos com sinais histológicos de hipofunção tireoideana, hipertrofia considerável das paratireóides com sinais histológicos de hiperfunção paratireoideana, aumento moderado das suprarrenais com o achado de enorme quantidade de espongíócitos na cortical e congestão da medular. Terminada a derivação, a tireóide em poucas semanas voltou ao normal, mantendo-se, nas paratireóides e nas suprarrenais, as mesmas alterações anteriores. Interessantes são as observações clínicas que passamos a resumir:

OBSERVAÇÃO: 1: *Recidiva dum bócio anteriormente operado por tireoidectomia parcial como sequência duma drenagem biliar prolongada, por pancreatite crônica.* Mme. Her. . . , 52 anos, entra na clínica por causa duma icterícia crônica. Teve cólicas hepáticas aos 47 anos. Aos 30 anos sofreu uma tireoidectomia parcial por bócio banal, provavelmente difuso. Nunca mais, desde essa data, se queixou do pescoço, que se conservou normal. Aos 50 anos se hospitalizou por uma crise grave de cólica a icterícia e foi colecistectomizada. Após um ano de excelente saúde, começou a ter novas crises de dor e icterícia. Em novembro de 1934, depois de uma crise violenta a icterícia não regrediu mais. Foi hospitalizada com febre. Operada, não foi encontrado cálculo algum e foi feita, com dreno em T, uma drenagem do colédoco.

Durante a derivação biliar, no decorrer do segundo mês, a doente chama a atenção para a volta de seu bócio. O corpo tireóide aumentou enormemente. O dreno retirado, em poucos dias o bócio regrediu incompletamente. Dois meses após a retirada do dreno, o corpo tireóide se mantém muito mais aumentado do que à entrada. E os autores, René Leriche e Adolpho Yung, textualmente dizem: "Em suma, debaixo de nossos olhos, se constituiu uma recidiva de bócio provocada por uma drenagem biliar."

OBSERVAÇÃO 2. *Osteomalacia raquidiana após drenagem do colédoco.* Homem de 52 anos que aos 30 teve uma fratura da coluna vertebral. Curou-se então. Em fevereiro de 1926 sofreu uma colecistectomia com drenagem do colé-

doco. A drenagem foi mantida 20 dias. Cura operatória rápida mas instalação, quase imediata, de dores lombares, cada vez mais intensas, no local da antiga fratura. Lesão da coluna clínica e radiologicamente constatada. Enxêrto ósseo. Resultado excelente.

Já dissemos, linhas atrás, que considerávamos a colecistoduodenostomia mais lógica do que a colecistostomia e essas pesquisas da Clínica de Strasbourg vêm falar a favor de nosso ponto de vista.

Falta-nos ainda o fator tempo e o número de casos para defendermos melhor esse ponto de vista. Nossos resultados próximos são ótimos. Se os tardios não forem bons, abandonaremos o método, e restará a ectomia dessas vesículas anastomosadas, seguida de demorada drenagem do colédoco, como correção satisfatória.

O fator infecção entra por certo na patogenia do síndrome da bilis negra. Será de origem apendicular, será causado pela exacerbação da virulência do colibacilo? Será, pois, de boa técnica extirparmos sistematicamente os apêndices dêsses poentes e, quando possível, ministrar-lhes a vacina autógena preparada com os germes encontrados nesse órgão. Temos uma brilhante e numerosa série de casos de apendicitis crônicas, com sintomas fora da esfera apendicular, curados com a prática dessa vacinação autógena.

Com a concepção moderna do oddismo e da colédocooddite retrátil faz-se mister explorar e dilatar a ampola de Vater. Fazemo-lo com os exploradores flexíveis comuns de colédoco, numerados de 1 a 3. Abrimos com pequena incisão longitudinal o colédoco e por aí passamos delicadamente as sondas. Suturamos em seguida em dois planos e deixamos, por segurança, ao nível da sutura, um dreno de borracha fina ondulada. Para isso se prestam muito bem as lâminas de borracha muito fina e flexível, usadas pelos dentistas para proteção, e que facilmente são encontradas em qualquer drogaria.

Na colecistoduodenostomia é menos necessária essa exploração porque se faz uma larga comunicação da árvore biliar com o duodeno. Resta somente a objeção de que a anastomose possa se fechar, o que ainda não está comprovado.

A base para a indicação cirúrgica no tratamento da bilis negra encontramos na feliz observação de Roberto Solé em que aquele professor verificou, seis anos depois de uma obstrução do colédoco, pela biopsia, no decurso de nova laparotomia, a volta à integridade do parênquima hepático graças à drenagem vesicular.

Para a drenagem escolheremos ou a colecistostomia ou a colecistoduodenostomia.

A colecistectomia era, até bem pouco tempo, a operação sistematicamente escolhida para sanar qualquer perturbação dolorosa de origem vesicular. Mas, ultimamente, vem sendo mais precisada a sua indicação e não é mais desairoso para um cirurgião se limitar a uma simples drenagem...

De Martel, no fascículo XXII da "*La Pratique Chirurgicale Illustrée*", 1938, escreve:

"Não estou mais convencido, como fui outrora, que sempre a colecistectomia é a operação ideal e estarei de véras tentado a defender a colecistostomia contra a colecistectomia, como já o fez MOYNIHAM, que só abandonou essa opinião na última edição de sua cirurgia abdominal..."

...Eu estou, por minha parte, chocado pelo número de doentes entre os meus operados e de outros colegas, aos quais se retiraram as vesículas, e que sofrem tanto ou mais que antes, e nos quais a evacuação do estômago e a digestão se fazem muito menos bem depois que foram operados em razão, talvez, de aderências que se formaram entre o piloro e o leito da vesícula."

Contrariamente às observações publicadas no estrangeiro, nossos casos foram na maioria em vesículas sem cálculos.

Nosso trabalho, aquí terminado, visa, principalmente, chamar atenção para êsse síndrome tão complexo, de tratamento relativamente simples, e que nos parece bastante comum.

CONCLUSÕES

I

O síndrome da bilis negra se caracteriza por um conjunto de sintomas de dispepsia, acompanhados de distúrbios do psiquismo.

II

Ele se objetiva por lesões, mais ou menos extensas, do parênquima hepático e se exterioriza pela presença de uma bilis absolutamente negra.

III

Classificamos o síndrome da bilis negra como: síndrome mixto, hepático e colostásico.

IV

O seu diagnóstico preoperatório é difícil e, como meio auxiliar, os raios X estão em primeiro plano.

V

Cura-se, geralmente, o síndrome pela drenagem prolongada da vesícula, aliada ao tratamento medicamentoso e dietético.

VI

A drenagem poderá ser feita pela colecistostomia ou pela colecistoduodenostomia. Preferimos êsse último processo por julgarmos mais fisiológico.

VII

Indicamos a punção da vesícula e a biopsia de fígado, como meios auxiliares excelentes de diagnóstico das hepatopatias absolutamente inócuos, durante a laparotomia.

VIII

Em sua quase totalidade, nossos casos foram de vesículas sem cálculos.

Bibliografia

- APOLO CORRÊA GOMES — "Problemas clínicos relativos ao diagnóstico das coledocopatias" — Tese de doutoramento — Porto Alegre — 1936.
- MARTIN GOMES — "La choleduodenographie e l'hydrohépatose" — Arquivo Médico — P. Alegre. N.º 4-1932.
- M. D ABREU — Radiographie néphrocholecystique" — 1930.
- SAINT PASTOUS — "Colecistografia" — 1929.
- SAINT PASTOUS — Síndromes icterígenicas pseudo-coledocianas" — 1936.
- VICTOR PAUCHET — "La Pratique chirurgicale Illustrée" — Fascículo XVII — 1932.
- VICTOR PAUCHET — "La Pratique Chirurgicale Illustrée" — Fascículo XIII — 1929.
- DE MARTEL — "La Pratique Chirurgicale Illustrée" — Fascículo XXII — 1938.
- M. CHIRAY, I. PAVEL, A. LOMON — "La vésicule biliaire et ses voies d'excretion" — 1936.
- MAURICE LOEPER — "Les hepatites" — 1937.
- B. DESPLAS, P. MOULONGUET, P. MALGRAS — "L'exploration radiologique post-operatoire de la voie biliaire principale" — 1938.
- ROBERTO SOLÉ — "O estado do figado nas colecistites" — Semana médica. Buenos Aires, ano XLII, N.º 47, 1936.
- VICTOR PAUCHET — "La Pratique Chirurgicale Illustrée" Fascículo XIX — 1935.
- P. SANTY, MALLET-GUY — "Cholecystostomie et vésicules de stase" — Lyon Chirurgicale — tomo XXVII, N.º 6, 1930.
- BERNARD DEPLAS, JACQUES DALSACE — "Les Biles Noires" — Presse Medicale — N.º 15, 1930.
- IDEM, IDEM 6 de abril de 1932.
- CHIRAY, PAVEL, AMY — "La question des biles noires" — Presse Medicale" — 1931.
- RENÉ LERICHE E ADOLPHE YUNG — "Des modifications de quelques glandes à sécretion interne: parathyroides, thyroïdes, surrenales, consécutivement à la dérivation biliaire expérimentale" — Pressa Médicale, .º 92, 1936.
- LECENE — LERICHE — Terapeutica Quirurgica — Tomo III — 1929.
- THOREK — "Surgical errors and safeguards" — 1937.

(P. Alegre — Setembro — 1939 — Revisto em Novembro de 1940.)

SUMMARY

The author presents 14 cases of black bile syndrom: dyspepsy + psychical disturbances + stagnation gallbladder with black bile or draining everytime black bile.

Recommends liver biopsy in high laparotomies, what thinks harmless and very much instructiv in surgical diseases of liver and biliary ramification.

He studies carefully the etiopathogeny, symptomatology and the treatment of the syndrom.

He treated his patients by cholecystoduodenostomy with internal drain or by cholecystostomy.

Its proximal or remote results are mostly satisfactory.