

sulfone-phtaleina. Praticam-se, assim, resemeaduras em:

A) Meios assucarados.

Glycosados — Tubo 1.

Lactosados — Tubo 2.

B) Meio mannitado — Tubo 3.

C) Leite — Tubo 4.

D) Agua peptonada, simples — para a pesquisa do indol, visto que os assucars impedem essa reacção. — Tubo 5.

E) Gelose simples (tubo 6) — para o exame a fresco, reacção de Gram, prova da agglutinação microscópica. Retirado deste meio os germes indispensaveis para as tres ultimas investigações, derramam-se sobre elle 10 cm³ de gelatina ordinaria liquefacta e addicionada de 2 a 4 gottas do soluto esteril de sub-acetato de chumbo a 1/10.

Com este material reduzido, realisa-se a differenciação rapida dos bacillos:

Typhico.

Paratyphicos (A e B).

Coli communis.

Paracolibacillos.

B. faecalis alcaligenes.

O bacillo typhico nunca desprende gazes nos meios glycosados em anaerobiose; a glycose é atacada sem desprendimento gazoso visivel no tubo de hemolyse, que fica em anaerobiose relativa. Os bacillos paratyphicos (A e B), o colibacillo e os paracolibacillos atacam a glycose com producção de acidez e desprendimento de gazes. O **bacillus faecalis alcaligenes** não muda a cor vermelha dos meios de cultura.

Nos meios lactosados, os bacillos typhicos, paratyphicos e **bacillus faecalis alcaligenes** não atacam a lactose. O colli bacillo acidifica os mesmos meios e desprende gazes (cor amarella e bolha gazosa no tubo de hemolyse). Os paracolibacillos ora **alteram**, ora não decompõem os solutos lactosados.

Nos meios mannitados, só o bacillo typhico e o **b. faecalis alcaligenes** não amarellecem os liquidos culturaes. Os outros germes produzem acidez e gazes.

Em leite phenol-sulfone-phtaleinado ha:

— Leve amarellecimento com os bacillos typhico e paratyphico A.

— Phenomenos de "cameleonagem" com o bacillo paratyphico B.

— Amarelecimento forte e coagulação com o colibacillo.

— Amarelecimento e coagulação pela ebulição com os paracolibacillos.

Tratando-se do bacillo typhico ou do bacillo paratyphico B, a gelatina plumbica, em pouco tempo de permanencia na estufa, começa a ennegrecer ao nivel da camada microbiana.

Concordam, em geral, essas reacções bio-químicas citadas, com provas agglutinantes. Casos ha, porém, em que os bacillos recentemente isolados do organismo não são agglutinados. Resemeaduras diarias em caldo, durante 5 — 10 dias, fazem, entretanto, aquelles germes ficarem agglutinaveis. Por seu turno, os bacillos paratyphicos B possuem, por vezes, propriedades bio-químicas anômalas (falta da "cameleonagem", reacção

plumbica negativa), que desaparecem tambem pelas cultivacões repetidas.

Em conclusão, a reacção de indol positiva nas culturas peptonadas do colibacillo — as vezes tambem nas paratyphicas B e excepcionalmente, pela ebulição, nas paracolibacillares — são outros subsidios de valor para a diagnose microbiana dos estados typhicos.

No esquema a seguir, serão considerados em conjunto, os meios bio-químicos que empregamos, correntemente, para identificação dos germes do grupo coli-typhico, encontrados no sangue humano.

DAS INDICAÇÕES DA COLECISTECTOMIA

nas afecções crônicas da vesícula e canaes biliares

Dr. EUGENIO SIGAUD

Chefe dos Serviços de Cirurgia Geral e Genito-Urinario de Homens e de Mulheres do Hospital da Caridade de Uruguayana

E' a questão das afecções da vesícula e canaes biliares, sob o ponto de vista cirurgico, assunto palpitante — que tanto interessa a medicos como a cirurgiões.

Não entraremos no estudo propriamente da sintomatologia e diagnostico dessas afecções. Pretendemos apenas fazer uma apreciação muito por alto, um esboço por assim dizer, da maneira como se deve considerar as indicações operatorias das colecistites em geral — quer sejam calculosas ou não.

Hoje é geralmente aceita a teoria da origem infecciosa para as molestias das vias biliares. Bem o têm demonstrado os trabalhos de Rose-now e de outros: — a infecção se processando na intimidade das paredes da vesícula. A chegada dos germes se dá, na maioria dos casos, por via sanguinea. Tambem ha casos em que a infecção se opera por via linfatica ou por via intestinal, obtendo os germes ingresso pelo duodeno, através do coledoco.

A estase parece representar papel preponderante como causa adjuvante nas colecistites. Assim é que ela é observada mais preferentemente nas mulheres que tiveram varias gestações, pela ação compressiva, permanente e duradoura, dos canaes biliares, exercida pelo utero gravido a termo.

Tambem o papel das infecções metastasicas na produção de molestias de origem infecciosa tem sido posto cada vez mais em evidencia. Para muitos é provavel que a infecção biliar póde derivar-se de um foco infeccioso abdominal — particularmente do apendice. E' frequente encontrar-se nos casos de colecistite, apendicite

concomitante. Dáí a vantagem de sistematicamente ao operar-se sobre a vesícula biliar re-visar-se o apêndice e praticar-se sua extirpação. Como também é verdadeira a inversa, devemos da mesma maneira nos casos de apendicite, passar em revista a vesícula biliar e intervirmos sobre ela caso se nos mostre alterada.

Por longo tempo a opinião medica considerou a calculose como a unica evidencia patologica de molestia da vesícula biliar, — sendo a presença de calculos interpretada como processo patológico essencial. Com o refinamento do diagnostico, o desenvolvimento extraordinario dos Raios X e de outros processos de laboratorio, assim como, e principalmente, — devido aos estudos patologicos que emanaram das salas de operação, — ficou sobejamente demonstrado que existe colecistite cronica sem a necessaria presença de biliolitos. Dáí ser a existencia da propria infecção da vesícula e dos canaes biliares que exigem do medico a indicação da intervenção eliminadora e não a accidental sequela ou incidental occorrença de calculos.

Nesse grupo de casos, no qual existe colecistite cronica sem formação de calculos, a parede da vesícula macroscopicamente parece normal, quer se constate a existencia de adherencias ou não. Podemos firmar, — na mesa de operações — o diagnostico de colecistite cronica, toda vez que, apresentando-se adherencias ou não, se nota mudança de coloração da vesícula, contracção moderada desta, com presença de bile viscosa preta, posto que a ultima de nenhum modo seja constante na valiosa opinião de Frank S. Mathews. Nesses casos Mathews pratica sempre a colecistectomia.

Partindo do principio da veracidade dos trabalhos de Rosenow e de outros, — de que a infecção reside nas paredes intimas da vesícula — e não na mucosa, é que Mc. Guire, os irmãos Mayo, Bevan, Moynhian, Judd, Gordon Heyd, Erdmann, Meyer, G. Woolsey e muitos outros praticam sistematicamente a colecistectomia em todos os casos de colecistite. Assim explicado não podemos esperar curar a molestia com a simples drenagem da vesícula biliar e retirada dos calculos aí porventura existentes.

Todas as vezes que a vesícula biliar foi assim retirada com apparencia de normal, sob cuidadosos exames, foi demonstrada a existencia de inflamação cronica de seus tecidos.

Na colecistite catarral cronica (Strawberry Gall Blader de Moynhian), os biliolitos não existem, assim como em algumas fórmas de colecistite fibrosa.

Instalada a infecção na vesícula biliar, essa

sofre uma serie de mudanças dando nacimiento aos sintomas inauguraes de colecistite, — sintomas de indigestão gasosa, indigestão esta devida a disturbios motores e secretores do estomago, produzidos reflexamente pelas alterações infecciosas da vesícula biliar.

A colecistite cronica sem calculos é muito mais frequente do que antigamente se acreditava. Clinicamente, — ela deve ocupar o mesmo lugar no alto ventre, que o apêndice ocupa no baixo abdome.

Ha muitos anos que a apendicite cronica é considerada uma afecção cirurgica, devido ás suas traiçoeiras e inevitaveis crises agudas que põe quasi sempre tão brutalmente termo á vida de suas victimas. A colecistite cronica, ainda hoje, para muitos medicos, é considerada uma afecção no dizer dos inglezes — “borderline disease” —. Fica entre os limites da medicina e da cirurgia, participando para eles muito mais dos dominios dáquela. E’ preciso que entre nós também ela passe a ser considerada uma afecção cirurgica.

Enquanto a vesícula biliar infectada não é removida representa nocivamente o mesmo papel que a apendicite cronica, os dentes careados, a piorréa, a amigdalite, as sinusites, etc. — é para o organismo uma fonte continua de infecção e de auto-intoxicação.

A chamada litíase biliar “inocente” ou “inofensiva” não existe. Para W. Mayo não é a litíase que é “inocente” ou despercebida mas sim o medico que não a soube descobrir, ou o paciente que foi incapaz de bem informa-lo em sua anamnese. Todos os calculos são capazes de ofender, pois basta lembrar, o estado real de infecção da vesícula que os acompanha e da qual dependem para sua formação.

Cêdo ou tarde as condições podem peorar, e é certo que a cura medica é um mito. E’ muito mais facil e melhor operar nos primeiros periodos da molestia antes que as perturbações patologicas da vesícula se mostrem adeantadas, ou os calculos tenham progredido nos canaes biliares excretores, principalmente no coledoco. E’ necessario ter as vistas voltadas para os casos de carcinoma da vesícula biliar, sendo que tudo sómente com a intervenção precoce podemos evita-los ou cura-los.

Toda colecistite cronica, calculosa ou não, diagnosticada deve ser operada.

Como se vê, pelo exposto, estamos longe já da — Edade da Pedra — em materia de cirurgia da vesícula biliar. Hoje, melhor aparelhados e informados, caminhamos para um radicalismo

mais absoluto, aconselhando mesmo a intervenção a outrance.

Devemos nos guiar muito mais pelo laboratório, pelos exames radiograficos, pela anamnese minuciosa e cuidadosa e, sobre a mesa de operações, pelas apparencias, aderencias e tumefacção glandular em redor do cístico.

Em verdade não existe nenhum tratamento medico que cure radicalmente a colicistite crônica calculosa ou não. Este é exclusivamente cirurgico e depende do bisturi. E' o único que corresponde ás necessidades multiplas de um processo tão complexo, permitindo eliminar os calculos, qualquer que seja seu logar de implantação, exterminar a vesicula, factor essencial na formação d'aqueles, assim como corrigir definitiva e radicalmente os funestos inconvenientes e efeitos da síndrome gastro-cístico-duodenal, como professoralmente nos ensina Luis Agote.

E' verdade que si com o concurso do tratamento medico não conseguimos dissolver os calculos ou sustentar seu crescimento continuo, não é menos verdade que é ele um poderoso auxiliar no combate á infecção das vias biliares, de grande utilidade no tratamento pré-operatorio e eficaz complemento do cirurgico.

W. Meyer (que é colaborador de Max Einhorn em varios trabalhos sobre infecção das vias biliares, — principalmente nos estudos de colecta da bilis através do duodeno pelo engenhoso processo deste), diz que nos casos de colecistite sem calculo, algumas vezes, sendo o paciente submetido ao tratamento conservador, tratamento medico, póde se sentir tão bem disposto, a ponto de conseguir manter uma existencia satisfactoria. Nunca porém, semelhante individuo estará seguro de si proprio. Em qualquer momento, subitamente, imprevisivelmente e sem nenhuma causa provocante, uma nova crise póde acometelo. E as crises de colecistite calculosa — sem litiasis — são muitas vezes tão agudas como aquelas provocadas pela colecistite calculosa, sendo igualmente acompanhadas de febre, vomitos e prostração geral. Si tal paciente quizer ficar livre destas crises, ou curado, e viver o mais confortavelmente possivel, terá que sofrer a remoção da vesicula.

E' preciso que não nos esqueçamos de que a colecistite crônica sem calculos é frequentissimamente a precursora da colecistite calculosa crônica. Por outras palavras: — certa percentagem desses pacientes passarão para o estado de coletitiasicos. Com a intenção de tornalos curados e membros uteis da familia e da sociedade, e sob o ponto de vista economico, — o medico deve, aconselhar a colecistectomia.

Como perfeitamente diz Agote, operar na região abdominal é, para o publico, considerada sempre uma questão séria. Porém esse criterio, por demais rebelde, não deixa de ter excepções para outras afecções, como por exemplo para com a apendicite. A' simples pronuncia desse vocabulo — desaparece toda a resistencia. Nem é preciso comprovar o diagnostico, basta uma simples suspeita. Familia e enfermo se mexem precipitadamente á procura do cirurgião e não se respira com tranquillidade senão quando é eliminado o apendice intestinal.

Infelizmente ainda não é o mesmo o ambiente para a colecistite. Ainda perdura hoje, para muitos medicos, a conducta condenavel da politica expectante, — que com bons olhos vemos perder terreno dia a dia.

Em materia de vesicula biliar, como para o apendice, é preciso intervir em occasião oportuna, escolhida cuidadosamente, quando o doente foi posto em condições otimas de intervenção, pelo tratamento medico preparatorio. Mais razão para redobrarmos de cuidados quando temos sob nossas vistas um caso ja com ictericia.

O que se passa, porém, é que, na maioria dos casos, os portadores de afecções da vesicula biliar são enfermos de Clinica Medica. O cirurgião só é chamado a intervir, quando após o esgotamento de todos os recursos medicos, o enfermo ja apresenta além do mais desolador aspecto pelo adeantado aniquilamento de sua resistencia, um alto contingente de auto-intoxicação. A campanha torna-se então grandemente desfavoravel para o cirurgião e, nessas condições, a percentagem de mortalidade é elevada, aparecendo o descredito para a intervenção cirurgica proposta.

Na Argentina, é opinião geralmente aceita a retirada total da vesicula. Assim pensam e executam: — Robertson Lavallo, os irmãos Finochietto, José Arce, Alberto Galindez, Rodrigues Villegas, Rodrigues Egona, Pasman, Zeno, José Abalos, Bazterrica, Caballero, etc., etc.

Eis-nos chegados ao termo final. Uma vez firmado o diagnostico de colecistite crônica, — deve ser indicada a intervenção.

Não entraremos aqui na discussão dos metodos operatorios e bem assim na debatida questão da colecistectomia versus colecistostomia.

Para nós a questão é bem clara, e entendemos que as indicações são bem precisas para ambas.

Em nossa clinica praticamos sistematicamente a colecistectomia.

Sob o ponto de vista da tecnica propriamente dita da colecistectomia ha outros assuntos

a considerar que não podem ter logar no artigo de hoje. Queremos nos referir á questão da drenagem e da peritonisação do leito da vesícula após a retirada desta.

Resumindo finalmente: — a colecistectomia é indicada toda a vez que existam perturbações morbidas na vesícula e canaes biliares. Essas perturbações podem atingir a um estado tal, quando não operadas radicalmente, que a cura seja tão imperfeita que são provaveis crises recorrentes de colecistite, com desenvolvimento subsequente de calculos, além da influencia perturbadora sobre a função, ou do perigo sempre existente da degenerescencia maligna.

Reservamos a colecistostomia para os casos em que os pacientes se mostram enfraquecidos pela doença ou pela idade, nos casos de adherencias extensas, etc.

Nesses casos, nosso plano de ação é identico ao que se faz com os prostáticos infectados ou intoxicados, que operamos em dois tempos. Na primeira intervenção, drenamos e removemos os calculos porventura existentes, e na segunda, depois de levantadas as forças do doente e combatida a intoxicação, removemos a vesícula.

A percentagem de mortalidade parece ser a mesma para as duas intervenções, e para muitos cirurgiões é menor para a colecistectomia, sendo em media de 1 a 2 %. Na Argentina, segundo Agote, a percentagem de mortalidade dos operados é de 2,11 %.

Charles Mayo publicou a estatística de 2.493 colecistectomias praticadas de 1907 a 1915, incluindo 13 casos de cancer, com 32 mortes, sendo 1,3 % de mortalidade. No mesmo periodo, em 2.854 colecistostomias, com 8 casos de cancer apenas, 44 mortes, ou sejam 1,5 % de mortalidade.

As reações Vago-Sympathicas em Pathologia

Pelo prof. Annes Dias

Quando Stephen Chauvet escreveu que o estudo do systema nervoso vegetativo empolgará a Medicina moderna, quando affirmava que a Neurologia actual virá a ser apenas um departamento da grande neurologia vago-sympathica, elle tinha uma perfeita comprehensão do dominio do systema nervoso visceral.

Deste dependem as funções capitaes do organismo e quando o systema nervoso central, durante o somno ou a anesthesia, se alheia á vida organica, se apaga ou dormita, o aparelho vago-sympathico mantém a vida nas multiplices manifestações em que esta se reflecte nos órgãos do nosso corpo.

E' esse mesmo aparelho que, com as glandulas endocrinas, mantém vigilante a defeza organica, quer fe-

chando, pela vaso-constricção vascular generalisada, as nossas fronteiras com o meio ambiente, que se tornára hostil, ou para evitar a perda de calor, quer abrindo valvulas para o escapamento de productos toxicos, pela vaso-dilatação cutanea, pela sialorrhéa, pela polyúria, pelo fluxo intestinal, pela tosse, etc.

E essa defeza continúa, palmo a palmo, no meio interno, si a penetração toxemica se deu, pois o aparelho vago-sympathico, procura, estimulando secreções internas ou externas, relaxando ou fechando sphincteres, elevando ou baixando a pressão sanguinea e a temperatura, lançando o grito de alarme por meio de reflexos viscerosensitivos, motores ou trophicos, activando ou retardando as trocas nutritivas, accelerando ou diminuindo a circulação, activando ou soffrendo as trocas respiratorias, chamando em seu auxilio o systema nervoso central, despertando forças adormecidas na intimidade cellular, consegue, não poucas vezes, lutar só e vencer.

Nessa luta occupa logar de destaque o sympathico, pois, não só, sua acção propria, directa, se faz sentir sobre todos os órgãos, em todas as linhas de defeza, como, estimulando o funcionamento da thyroide e das suprarenaes, elle dirige por assim dizer, a defeza chimica do organismo.

Elle, tambem, influe na defeza phagocytaria contra as infecções, pois o calafrio, manifestação de vaso-constricção peripherica, impelle os leucocytos dispersos na grande rede capillar para as partes centraes onde a luta culmina.

E' o systema vago-sympathico que, pelo seu equilibrio, preside á nutrição, é elle que estabelece a correlação entre os diversos órgãos e as differentes funções, é delle que promanam as reacções organicas primordiaes.

O seu estudo, que é paralelo ao das secreções internas, veio reaffirmar o que este ultimo attestára: o grande valor das perturbações funcçionaes, que orçam, ás vezes, por uma sentença de morte, sem que lesões tangiveis lhes sirvam de pedestal.

Pierre Marie (x) ponde dizer que, "ao lado das lesões grosseiras do systema sympathico, quantas outras são devidas a affecções funcçionaes desse systema: desordens visceraes, desordens das glandulas secretoras e, principalmente, das glandulas endocrinicas, da nutrição etc".

E' assim que a noção da perturbação funcçional tende a dominar a clinica, pois, ou ella existe só ou é por ella que uma lesão organica se manifesta.

Mostrando as estreitas relações que, uns com os outros, mantêm os diversos órgãos, foi ainda ao lado da endocrinologia, que o estudo do systema nervoso visceral, patenteou o absurdo da especialisação extremada, em Medicina.

O estudo da especialidade ameaçou tudo; os esforços se fragmentavam, com prejuizo do conjunto, cada especialista tudo filiava ao seu ponto de vista particular.

As acquisições decorrentes do estudo do aparelho neurolgandular vem ligar em feixe, vem restabelecer a unidade, vem constituir a cupola, que cobre e liga os pilares das especialidades.

Foi, graças a ellas, que os esforços, antes dispersos, se tornaram uteis, aproveitaveis a todos.

Mostrando a ligação perfeita, as correlações, as synergias ou os dissidios, entre as varias funções do organismo, esse estudo é fecundo em consequencias uteis para o restabelecimento da unidade em Medicina.

E' elle que explica, justifica, a tão celebrisada phrase: ha doentes, não doenças, pois é um dos capitulos da Medicina em que o diagnostico deve decorrer de um estu-