

Problemas endocrínicos em cirurgia pélvica com especial referencia a menstruação vicariante.

(Endocrinology vol. 5, num. 5) **Rosser.**

Apresenta o auctor tres casos nos quaes se apreciam symptomas pelvicos mas que assim mesmo apresentavam uma symtomatologia typica, dependente de perturbações predominantes de uma glandula endocrinica — Enfermas que deram uma prova therapeutica positiva e que foram tratadas por operações gynecologicas usuaes, não puderam ser curadas.

No primeiro caso tratava-se de uma enferma que entrou na clinica para operar-se de um desvio uterino que, segundo lhe haviam dicto era a causa de seus disturbios. Esta doente tinha suas regras abundantes, sem dysmenorrhéa; teve uma puberdade e uma menopausa tardias e, physicamente, era uma mulher obesa, de pequena estatura, com os caracteres sexuaes que correspondem a um typo pituitario.

Em lugar de tratar esta doente por processos cirurgicos, apesar de que de facto, tinha uma retroversão e lacerações do collo uterino, deram-lhe thyroidina, melhorando consideravelmente, pois que se tratava de um caso typico de hypothyroidismo, com mixedema e obesidade.

A segunda doente queixava-se de amenorrhéa temporaria e dôrse pelvicas. As menstruações se atrasavam e eram dysmenorrhéicas. A doente tinha um typo masculino com hypertrichose, voz grave, ligeira obesidade e, n'uma palavra, o typo que corresponde á insufficiencia do lóbo anterior da hypophyse. — Assim mesmo apresentava um pequeno kisto ovariano que foi extirpado; mas posteriormente e para que a doente ficasse definitivamente curada, foi necessario administrar-lhe extracto ovariano e thyroidiano, mas principalmente extracto pituitario.

A ultima doente era um caso em que a menstruação começara aos 15 annos, tendo seus periodos quasi sempre irregulares e dolorosos.

Havia cinco annos que tinha nauseas, dôres pelvicas e cephaléas occipitales, principalmente durante a menstruação. Havia um anno, tinha sido operada de appendicite e retroversão, sem obter nenhuma melhora.

No momento em que a observa o auctor, queixa-se de cephaléa, nauseas, dysmenorrhéa, hemoptyses, hemorragias pela conjunctiva esquerda e algumas vezes pelo ouvido esquerdo, ficando a doente muito debilitada durante estes symptomas e ficando logo restabelecida nos intervallos.

Mas á medida que passava o tempo a doente foi melhorando notavelmente — observava-se n'ella uma ligeira retroversão, o sangue e a urina appareceram normaes, a coagulação daquelle se verificava em dois minutos e meio e a pressão varcular era de 14"-90. Administrou-se-lhe luterna por via intramuscular e os symptomas se aggravaram notavelmente, e por ultimo averiguando-se que se tratava de um augmento da função ovariana, praticou-se a dupla oophorectomia. Na operação não se verificou congestão ovariana nem do ligamento largo e do estudo dos ovarios se deduziu que um delles tinha um kisto de 2 cm. de diametro e outro pequeno kisto seroso. O outro ovario era muito pequeno e mais fibroso que o normal. Observado no microscopio continha pequenos kistos luteinicos, com augmento do tecido fibroso circumdante.

Assim mesmo se observava hemorragia difusa. A convalescença foi muito accidentada, aggravando-se os sympto-

mas da doente e melhorando depois tendo tres periodos normaes.

Finalmente, depois de haver cessado a menstruação a doente morreu.

Neste caso, como em todos de menstruação vicariante, é necessario ter em conta não só a função ovariana como a das outras glandulas endocrinicas e esta doente é um bom exemplo disso. Portanto em casos iguaes procuraremos fazer um estudo minucioso das doentes para administrar o tratamento opotherapico mais adequado.

A. D.

Da Lithiase biliar em cirurgia

pelo prof. Octacílio Rosa.

Cathedrafico de Anatomia medico-cirurgica e operações

Não nos occuparemos da etio-pathogenia de lithiase biliar. Outro é o nosso fim, mas restricto, porém mais pratico: o conceito therapeutico actual sob o ponto de vista cirurgico.

Não podemos, porém, deixar de assignalar os dois principaes factores, universalmente acceitos, na etio-pathogenia da lithiase biliar: infecção e estase de bilis.

Os órgãos contidos no quadrante superior direito do abdomen formam, por assim dizer — um verdadeiro systema biologico em que a transmissão pathologica é fatal em menos longo tempo, de um órgão para outro.

Não só a via sanguinea, venosa — mas principalmente a lymphatica coopera para tal determinismo morbido. As infecções da vesicula se transmittem aos canaes biliares, ao figado, ao pancreas.

Os tumores malignos do estomago apresentam metástases no aparelho biliar, na cabeça do pancreas, no figado. E a symtomatologia não só pela estreita visinhança dos referidos órgãos torna difficil muita vez a localisação da doença (adherencias entre a vesicula e o estomago, o duodeno) como ainda pela inervação. De facto, a vesicula é innervada pelo nervo phrenico D., pelo pneumo-gastrico D e pelo plexo celiaco. Assim a dôr na lithiase vesicular é sentida na metade D. do epigastro e no hombro D. A via de transmissão se faz pelo phrenico.

Os centros do estomago e do aparelho biliar (vesicula) estão situados no mesmo segmento medullar e por meio do vago se fazem semelhantes os seus reflexos viscerosensoriaes e visceromotores. Dahi os disturbios gastricos (vômitos, dôres, regurgitação, etc.) nas affecções calculosas da vesicula que muitas vezes desviam a attenção para o estomago, quando o verdadeiro órgão atacado é a vesicula.

Na lithiase vesicular com pequena irritação inflammatoria da vesicula, os symptomas são vagos e incontestavelmente é difficil o diagnostico differencial entre lithiase e as affecções gastricas.

Podemos dizer que na clinica o melhor symptoma, aquelle que verdadeiramente nos guia é a dôr. Ora, tres casos pôdem surgir: 1.º — O doente não tem dôr. 2.º — Tem dôres atypicas. 3.º — Tem dôres caracteristicas.

Nos primeiros, são antes disturbios gastricos, proteiformes — nauseas — vômitos — regurgitação — sensação de plenitude, gastralgias fugazes — constipação — emfim signaes de dyspesia chronica — que se pôde ligar, ou a uma

Revista dos Cursos, 1923.

lesão organica do referido órgão ou mesmo a uma appendicite chronica. Em taes casos se faz mistér um estudo detalhado — minucioso do paciente desde a sua historia pregressa, de muita importancia — até o exame physico. E então, poderemos encontrar signaes que nos levarão para o bom caminho (dôr no ponto vesicular, pequena rigidez na parte superior do musculo recto anterior, reflexo visceromotor, este de grande valor, dôr á pressão nos ultimos espaços intercostaes etc). E mesmo tumor palpavel, vesicula cheia de calculos — como nesse caso, cujo diagnostico era de syphilis e que foi operado pelo Prof. Franco com o meu auxilio e cujo corpo de delicto era constituido por tres grandes calculos.

A concurrencia das duas doenças: lithiase vesicular e appendicite é hoje considerada fóra de dominio do caso. Uma pôde produzir a outra, é facto admittido por quasi todos, taes são os documentos clinicos e experimentaes. Falta-nos sómente a identidade da responsavel. E por isso é regra que se deve observar — a exploração dos dois órgãos quando se laparotomisa um doente, em casos obscuros.

O que não resta duvida é que, quando o signal dôr não assume o character peculiar dos calculos do aparelho biliar — quando faltam os grandes signaes de localisação, muitas vezes se torna difficil, sinão impossivel, o diagnostico exacto da lithiase biliar.

Quando os calculos vesiculares, em consequencia das contracções da vesicula, mercê da irritação inflammatoria produzida pela sua presença — penetram a pelvis ou o canal cystico, dois casos pôdem surgir:

1.º — Depois de ligeira parada nesses logares ou progridem e penetram sem maiores difficuldades o duodeno, ou caem novamente na vesicula.

2.º — Pelo seu tamanho, pelas condições internas do cystico ahi permanecem, ocasionando o que se chama a obstrucção cystica.

Nos dois casos temos a dôr typica, em fórmula de colica, sem hora determinada para o seu apparecimento, mas as mais das vezes determinada por uma irritação gastrica, por um esforço; — com propagação para a linha mediana e para a espadua direita; com espasmo diaphragmatico — impedindo as inspirações profundas, mercê dos nervos intercostaes, — dôr que dura horas e que cede como por encanto, quando o calculo se mobilisa, ou para o duodeno, ou para a vesicula.

E quando não ha engasgamento do calculo o doente volta ao seu estado anterior, muito em breve.

Quando ha obstrucção temporaria do cystico outros signaes apparecem. Entre elles não é raro um ligeiro augmento de temperatura explicavel por infecção in loco. A dôr localizada no ponto vesicular, a rigidez do m. recto se accentua, mercê de peritonite localisada e até leve grão de ictericia se pôde apresentar — ou por absorpção dos pigmentos biliares da vesicula ou por compressão do hepatico.

Si a obstrucção permanece — a vesicula, que neste caso é francamente pequena, augmenta de volume. Trata-se em geral de hydropisia vesicular, cuja origem depende como sabemos da estagnação biliar. Mais tarde, si ainda persiste a causa obstruente e em virtude da infecção commum em taes casos, ha uma transformação do quadro com apparecimento do empyema da vesicula. E apparecem os signaes de franca suppuração. E então, por entre as adherencias que se formaram, a vesicula se abre num órgão visinho, formando-se assim as fistulas. Mas, nem sempre a crise deste modo para a cavidade peritoneal termina, podendo a aber-

tura se fazer dando origem a uma irradiação, com as suas consequencias.

Outras vezes, verdade que raramente, muitas feitas dependendo de uma disposição anatomica, em casos de lithiase silenciosa, em plena saude, se nos depara um caso de abdomen agudo. Aberto o ventre va-se encontrar uma torção da vesicula, ou uma perfuração por gangrena. Ha poucos dias o Prof. Falk referiu-me um caso em que foi feito o diagnostico de hernia estrangulada e em que aberto o peritonceo appareceu bilis — corpo de delicto de uma perfuração vesicular. Outro caso conheço em que feito o diagnostico de oclusão intestinal — tratava-se de perfuração vesicular por gangrena.

Eis resumidamente os perigos eminentes a que está sujeito um portador de calculos vesiculares, afóra a obstrucção do choledoco.

São perigos immediatos, todos elles sérios, pela duvida de sua determinação.

Outro, porém, ha, e este, não pela duvida, mas pela certeza do seu fim — mais terrivel, mais de assombrar — o tumor maligno.

Em 1918 na cidade de New York falleceram 2170 pessoas de tumor maligno. Destas — 1991 tinham o tumor localisado nas vias biliares (10 %).

Diz Erdmann, meu ex-professor, que sempre encontrou calculos biliares nos tumores desta região.

Rockfuss assevera que em 70 a 90 % dos casos de carcinoma das vias biliares, calculos ali são encontrados, donde conclue a relação intima das duas affecções.

Qual o tratamento da lithiase vesicular e cystica ?

A nosso vêr o cirurgico. E as razões são as seguintes:

Não ha medicamento que dissolva os calculos já formados.

De maneira que o tratamento medico visa: 1.º — a sedação do estado agudo — 2.º a desinfecção das vias biliares — 3.º — o livre curso da bilis — 4.º — corrigir os disturbios metabolicos.

O primeiro fim pôde ser conseguido, o segundo problematicamente, o terceiro auxiliando *de boa vontade a natureza*, o quarto condemnando os pacientes a regimens varios.

Mas não nos é dado advinhar. Assim não podemos pre-dizer sobre o apparecimento das complicações acima referidas.

Em materia de lithiase biliar estamos hoje como a respeito da appendicite.

A corrente vencedora é a intervencionista em se tratando de appendicite, porque não se pôdem prever os accidentes pela conservação dum appendice lesado. Porque não se adoptar o mesmo criterio a respeito da lithiase vesicular e cystica ?

Porque se manter em estado de perigo latente nos portadores de calculos vesiculares e cysticos ?

— Por medo dos resultados letaes operatorios ? Devemos dizer que as peiores estatisticas dão uma mortalidade operatoria de 2 %. Não conheço as estatisticas de tratamento medico...

— Porque ha duvidas, sobre a cura da lithiase por meio duma operação ?

Uma das maiores estatisticas que conheço, a dos Irmãos Mayo, é concludente, não sendo necessarios mais argumentos. Em 1500 casos só teve uma recurrencia.

E note-se que a opinião, de que as recurrencias nas cholecystectomias são devidas á formação de novos calculos nos remanescentes do cystico ou da vesicula (Walters), é contrariada por Specht e muitos outros que attribuem a

calculos deixados pelo cirurgião as novas manifestações da molestia.

— Porque se inutilizará um órgão cujas funções podem ser necessarias ao organismo?

A questão da physiologia da vesicula biliar tende a se resolver, não porque a experimentação tenha chegado a catalogar *com certeza* a função ou funções da vesicula, mas porque a cirurgia tem demonstrado ser ella um órgão de pouca valia no organismo, pois, após a sua retirada não tem surgido perturbações della dependentes.

E' interessante e não posso me furtar a um pequeno resumo das diversas theorias que têm sido lembradas com o fim, a nosso vêr theorico, de combater a cholecystectomy.

Hutchinson e seus alumnos comparam a vesicula biliar ao appendice vermiforme. E' um órgão em involução. Não existe em muitos animaes: cavallo, — rato — veado etc.

Para alguns é um simples reservatorio. Para outros, e é a theoria mais espalhada, é um regulador do fluxo biliar. No entanto, contra esta theoria existe a opinião de Rost, isto é, ser o fluxo biliar regulado pelo esphincter de Oddi, podendo ser a chegada da bilis no intestino continua ou intermittente.

Mann, estudando o esphincter de Oddi chegou á conclusão de que os animaes possuidores de vesicula têm um esphincter que resiste a pressão de 100 mm. de agua — ao passo que nos desprovidos desse órgão o esphincter não supporta mais de 30.

Ora esta conclusão, favoravel á opinião de Rost — vem a nosso vêr explicar o motivo da dilatação inconteste dos canaes biliares depois da cholecystectomy.

Outros querem vêr na vesicula um papel regulador da pressão da bilis e do succo pancreatico.

Além de argumentos de ordem physica contrapostos a esta theoria que indubitavelmente daria, a ser verdadeira, o golpe de morte na cholecystectomy — um unico basta, de ordem pratica, para invalidal-a: — nas resecções da vesicula, em casos em que ha evidente infecção do meio, são excepções as pancreatites.

Será um órgão que secreta? Lee julga existir uma hormona que actua sobre a função pancreatica — mas não poudo prova-lo.

Pondo de parte uma hypothetica secreção interna, o que se vê é ser a bilis provida do figado e a da vesicula, identicas qualitativamente.

E' verdade que ha uma differença entre a bilis destas duas origens: — a da vesicula é muito mais concentrada. Harer e outros lhe dão este papel concentrador da bilis, mercê de sua rêde lymphatica. E dizem mais que a sua camada muscular é muito fraca para que normalmente ella se contraia, dando á compressão exercida pelos órgãos visinhos, á acção sugadora do duodeno — a principal causa do seu esvasiamento.

Do que ficou dicto resalta que a physiologia desse órgão não é ainda conhecida, e si o é, sómente em parte.

Para mim, cimentando o conceito de Hutchinson existem tres factos, cuja veracidade é inconteste:

1.^o — Ha animaes (giraffa) em que é commum se encontrar, ou ausencia da vesicula ou a presença de uma e até de duas.

2.^o — Huschke em 1845 — cita 11 casos de ausencia de vesicula no homem — verificados na meza de autopsia e depois deste, como diz Poirier, um numero quasi igual a casos têm sido relatados.

3.^o — Ausencia de signaes comprobatorios da sua falta, depois das cholecystectomias.

Assim, pois, si é por temor de interferir na dynamica biologica que se não indica a intervenção na lithiase biliar — parece-me fraquissimo o motivo.

Da argumentação que vimos fazendo resalta a conclusão seguinte: Na lithiase vesicular e cystica o tratamento cirurgico deve ser indicado immediatamente, como o é na appendicite.

E' preciso que se diga, só ha uma contra indicação: o máo estado do doente, em virtude de lesões em algum dos principaes aparelhos. Neste caso deve-se antes preparar o paciente para o acto cirurgico.

Larga incisão (Bevan, Kocher, Erdmann) que facilite a abrdagem das vias biliares, posição especial do doente, anoci-association, anesthesia pelo ether quando não se dispõe de proto-oxydo de azoto, traumatizar o menos possivel os tecidos, especialmente o hepatico — são requisitos geraes a toda a intervenção sobre as vias biliares.

Ao cirurgião compete, segundo o caso, escolher o melhor processo operatorio.

Não havendo estenose do choledoco, grandes adherencias, que prolonguem e difficultem a operação é incontestavelmente (Erdmann, Moore, Judd, Kehr.) a cholecystectomy a melhor therapeutica operatoria, por ser radical.

De facto, supprime a fonte dos calculos, retirada o foco de infecção, diminue as probabilidades de adherencias post-operatorias, que podem deformar, implicando em perturbação funccional, o estomago, o duodeno etc.

Quer-me parecer que tal processo tem soffrido os embates da critica, por ter ocasionado lesões operatorias de órgãos visinhos: resecção da junção do cystico com o hepato-choledoco — secção ou ligadura do hepatico e do choledoco.

Para se evitar taes accidentes deve-se dissecar com o maior cuidado a junção do cystico com o canal hepato-choledoco, e sempre lembrar a possibilidade de anomalias, quando ás cegas se colloca um *clamp* naquillo que julgamos ser o cystico.

Outras vezes, no se fazer a hemostasia preliminar, isto é, a ligadura da art. cystica, pôde-se correr o risco de lesar a arteria hepatica e mesmo um dos canaes. O mesmo conselho anterior deve-se repetir.

Cirurgiões ha, que fazem, para evitar taes accidentes — o descollamento da vesicula, partindo do fundo, isto é, de diante para tras.

Um inconveniente existe nessa pratica que é o traumatismo do tecido hepatico, pois o ponto de *clivagem* é difficil de se encontrar.

Não se deve fazer, como já dissemos, a cholecystectomy, quando o doente tem obstrucção do choledoco, por estenose.

Mayo — fazem systematicamente tal operação quando se trata de calculo no cystico, por temor de futura estenose deste canal.

Quando não se pôde fazer a cholecystectomy, recorre-se á abertura da vesicula, á retirada dos calculos ou calculo, catheterisa-se os canaes, o que deve sempre ser feito mesmo na cholecystectomy. Depois fixa-se a vesicula a um tubo de borracha que sahe do ventre por um dos angulos da ferida operatoria. E' a cholecystostomia, operação que pôde ser chamada de urgência, pois, tem por fim esvasiar a vesicula do seu conteudo septico, mantendo a drenagem das vias superiores, e tendo applicações mais importantes, mais justas na lithiase do choledoco quando ha difficultade no des-cobrir tal conducto e o estado do paciente é máo.

Quando se trata de caso sem nenhuma complicação e com vesicula perfeitamente sã — pôde-se tentar e alguns

são vehementes partidarios della (Willis) a cholecystectomy — isto é, a abertura da vesícula — a retirada do calculo ou calculos e em seguida a sutura de sua parede.

Passemos á segunda parte deste trabalho, isto é, aos calculos no canal choledoco, quando parados no seu curso para o intestino. Dois são os pontos predilectos para a sua parada: na borda superior da porção retro-duodenal e na ampola de Vater.

Podemos dizer que clinicamente os signaes são os mesmos.

A dôr, sob a fôrma de colica — se pôde confundir com a da ulcera gastrica ou duodenal. A' palpação o ponto choledoco é doloroso, e abaixo das falsas costellas, n'uma linha que vae da cicatriz umbilical a apophyse coracoide do lado direito, o doente accusa dôr.

A propagação della ás vezes tambem se faz para baixo, o que torna possível a confusão com a colica renal.

Outras vezes se localisa no epigastro, o que faz ser confundida com a pancreatite aguda.

E o signal de Friedmann não falta.

A vesícula biliar, via de regra é pequena, quando o calculo se localisa na porção supra duodenal, sendo volumosa quando sua séde é na ampola, como acontece na obstrucção do choledoco por tumor na cabeça do pancreas, (signal de Courvoisier). Diz Mayo que este signal é verdadeiro em 25% dos casos.

A quem procura interpretal-o é elle pradoxal, para não dizer inexplicavel.

No entanto é uma noção anatomica a responsavel por elle.

De facto o canal cystico se une ao hepato-choledoco, caminhando parallelamente a elle, indo se abrir em ponto que fica atraz do duodeno; de maneira que o ponto de abertura verdadeiro fica abaixo do logar apparente.

E assim não existe a porção supro-duodenal do choledoco, ou se existe é muito pequena. Os calculos que nos parece estarem no choledoco por ficarem abaixo da abertura (apparente) do cystico no canal commum estão na verdade no canal hepatico, não podendo assim determinar pela obstrucção deste conducto o enchimento da vesícula.

O signal mais importante, que com suas consequencias se torna excessivamente perigoso é a ictericia, chamada de retenção.

Podemos dizer que em 50% dos casos de ictericia, esta é devida a calculos obstruindo choledoco.

Ella é produzida pela absorpção dos pigmentos biliares. A sua presença no sangue é demonstrada por diversos meios.

Em geral o quadro clinico, o passado do doente fazem suppôr, ou nos leva ao diagnostico de obstrucção. Vezes, porém, ha, em que o clinico fica hesitante na determinação do agente causador da ictericia.

Meltzer chegou por diversas provas á conclusão de que o sulfato de magnesia em solução, posto em contacto com o esphincter de Oddi, produz a sua dilatação, e que pela lei da "inervação contraria", o aparelho biliar se esvasia. Lyon partindo dessa premissa ideou o processo que foi denominado "tubagem do duodeno". Por meio de tubo que se introduz pela bocca do paciente e é levado até o duodeno, depois da sucção do conteúdo duodenal — injectam-se 50 a 100 cc. duma solução de sulfato de magnesia a 20%.

Depois de alguns minutos, faz-se novamente sucção obtendo 4 amostras: a) solução injectada — b) bilis do canal choledoco — c) bilis da vesícula — d) bilis hepatica.

Lyon aconselha o seu methodo para o diagnostico das diversas molestias das vias biliares e mesmo para tratamento. Este methodo que é theoreticamente viavel — na pra-

tica tem sido vivamente criticado. Cutler e Newton em trabalho de 1922 chegam ás conclusões: 1.) não está provada a lei da inervação contraria no aparelho biliar.

2.) — os especimens obtidos resultam da syphonagem.

3.) — não se pôde confiar nos seus resultados.

Sob o ponto de vista pratico a ictericia tem grande importancia, determinando uma verdadeira doença do meio circulante.

De facto — o tempo da coagulação do sangue dos ictericos é maior. Dahi a facilidade das hemorragias maximé, nos actos operatorios.

Como regra pratica dizemos que com um tempo até 10 minutos pôde-se tentar a intervenção. Acima desta cifra o doente precisa ser preparado.

Procedamos por partes — Como se verificar o tempo de coagulação? Bogg pica a orelha do paciente e observa o tempo da coagulação da gota. — See e Vincent recolhem 1 cc. de sangue venoso em tubo fervido em sôro artificial e observam o tempo de sua coagulação. Qualquer dos processos é sufficiente. Na clinica dos Mayo prefere-se o segundo.

Por que mecanismo esse processo augmenta o tempo de coagulação? Uma das explicações tentadas é a da fusão dos pigmentos biliares com o calcio. Dahi o aconselhar-se o uso de chlorureto de calcio para remediar o mal. Mas, por via gastrica ficou demonstrado ser elle absorvido em dose mui pequena, não dando os resultados esperados.

Walters usa actualmente, sem accidentes, a via endovenosa, injectando de cada vez de 5 a 10 cc. duma solução de chlorureto de calcio em agua bi-distillada a 10%. Tem-se usado outros meios: thyroidina, sôro de cavallo, mas os resultados melhores são obtidos pela transfusão de sangue. Por isso, não é demais, embora não exista grande augmento do tempo de coagulação, fazer-se antes e depois do acto operatorio a transfusão sanguinea.

Os pigmentos biliares se unindo ao calcio e ao sodio são mais toxicos do que isoladamente (Stewart). A sua eliminação se faz pelos rins. Por isso muitas vezes ficam elles insufficiente em virtude de nephrite toxica.

E a morte de muitos doentes corre por conta da falta desse emunctorio. Por isso a dosagem de uréa antes e depois da cura operatoria se faz mister, maximé, quando o exame de urinas revela a presença de elementos figurados.

Dar ao doente agua em abundancia; regimen apropriado; sôro glycosado por via sub-cutanea, até 3.000 grs. em 24 horas são meios necessarios ao restabelecimento ou antes á prophylaxia de tal accidente.

A cellula hepatica já disturbada na sua função biliar, sofre ainda o ataque da infecção sempre correlata nos casos de obstrucção choledoca. A cholemia por si só difficulta, além da função defensiva — a metabolica do figado. Ha hypoglycemia — ha deficit no assucar hepatico e si este estado persiste por algum tempo o doente morre por exaustão.

Augmentar os hydro-carbonados, facilitar a oxygenação do meio interno, manter os rins permeaveis, combater a deshydratação dos tecidos, evitar os toxicos: chloroformio, ether e principalmente morphina devem ser as preoccupações do medico e do cirurgião.

Nos casos de ictericia profunda, com compromettimento dos aparelhos hepatico e renal, as intervenções sobre as vias biliares, como qualquer outra operação, são de excessiva gravidade.

Mas urge procedel-a, a menos que signaes outros justifiquem uma expectação armada, é verdade, que por muito pouco tempo (24 a 48 horas, Erdmann). Um desses signaes é a lentidão do pulso.

Ha pouco tempo, tivemos um caso typico de obstrucção

do choledoco. Havia ictericia profunda, infecção ascenden- te concomittante, augmento do figado e da vesicula biliar, fezes descoradas em absoluto, pulso de accordo com a tem- peratura, urinas abundantes e sem elementos figurados, conta leucocytaria indicando suppuração — sensorio magni- fico. Contra-indiquei a intervenção immediata.

Dois dos nossos mais distinctos collegas, chamados tam- bem em conferencia, accordaram na expectação. Dentro de 24 horas, após a nossa conferencia o doente teve grande descarga intestinal de bilis, sendo desde então progressivas as suas melhoras.

Lembramos ao paciente, nessa occasião, a necessidade de se fazer operar logo após o seu completo restabelecimen- to. Aceitou de bôamente esta idéa... mas até hoje continua a ser possuidor de vesicula, provavelmente contendo calculos e infectada — uso talvez de alguma panacéa até nova crise.

O pancreas por uma disposição anatomica, abertura do seu canal excretor na ampola de Vater, pôde por um cal- culo ahi situado ser compromettido. De facto a bilis sob pressão pôde entrar pelo canal de Wirsung — despertando um ataque de pancreatite aguda.

Mas não só por esse meio, como ainda por via lymphati- ca se pôde dar a contaminação do pancreas. E quando no decurso da obstrucção do choledoco o doente apresentar vo- mitos repetidos, pulso rapido e fraco, cyanose ou lividez da pelle, dôr violenta no epigastro, deve-se pensar em pancrea- tite aguda — a mais.

Si ha um processo de cholecystite, que pôde ser phle- gmonosa, gangrenosa — está o doente sujeito ou a uma fis- tula providencial para o intestino ou estomago — ou a pe- ritonite generalizada.

O outro grande symptoma das oclusões calculosas do choledoco é a infecção das vias biliares extra e intra-hepati- cas.

E' a febre seu symptoma inicial — discreta a principio — ao atingir a infecção as vias biliares intra-hepaticas, on- de a absorpção se faz velozmente — toma a frente dos si- gnaes alarmantes sóbe a 40.^o e mesmo mais, é acompanha- da de calafrios e suores abundantes, tomando o aspecto das septicemias.

E' o cirurgião que nos casos de calculos vesiculares e cysticos indica sempre a operação — fica oscillante em sua propria consciencia no assumir a responsabilidade de taes casos.

Qual a therapeutica cirurgica indicada?

Nos poucos graves, a choledocotomia seguida de drena- gem ou a cholecystostomia. Alguns aconselham de prefe- rencia a cholecystectomy em vez de cholecystostomia.

Nos casos graves, nos quaes a desobstrucção do choledo- co pôde ser demorada, deve-se fazer a operação em dois tempos — 1.^o a cholecystostomia ou a cholecystogastrosto- mia — 2.^o a choledocotomia.

Em fim só depois de aberto o ventre o cirurgião pôde optar por este ou aquelle processo.

Ao terminar, seja-nos licito dizer que se deve preferir ao tratamento medico a therapeutica cirurgica na lithiase biliar, guardando em mente que como na appendicite agu- da, quanto mais cedo se intervier melhor para o doente.

Clinica neurologica

(Aula inaugural)

pefo prof. Rauf Moreira

Interino de clinica neurologica

Não fossem pontos recentes, palpitantes, que o estudo da neuro-pathologia tem introduzido no seu dominio, e não seria preciso accentuar-vos o magno interesse da cli- nica neurologica.

Não seria preciso, a vós, que, dentro em breve, esta- reis a abrir os braços ás luctas desenfreadas da vida cli- nica, pois a argucia que vos leva, inevitavel, ás portas da verdade, nos mysteres constantes da pathologia, já vos permittiu, certo e de sobejo, conhecerdes o quanto interes- sante, difficil e necessario é o terreno da clinica conside- rada. Sobretudo, neste mister, impõe-se a relação intima, a correlação estreita da neuriaatria e das outras especiali- dades. Assim, repetidas vezes, ella se impõe ao clinico, seja qual fôr o campo em que se apoie ou a culminancia que procure attingir.

Na psychiatria, na clinica pediatrica, na clinica medi- ca, na clinica cirurgica, a neurologia é tão curiosa e eiva- da de torturas, que me leva a insistir convosco no seu conhecimento e na assiduidade da sua investigação.

Encarae-lhe as questões com interesse, e tereis con- seguido um consolo de pratico, ante a firmeza de diagnos- co titubeante e a efficacia de therapeutica racional.

Opportuno é lembrar-vos como ella exige do clinico noções de anatomia e physiologia pathologicas do syste- ma nervoso, para comprehensão exacta de phenomenos exteriores de quadro morbido obscuro.

* *

No que tange á psychiatria, sabido é que, em tempos passados, era inadmissivel o relacionar-se della com a neu- rologia, pois absurdo se encarava o laço de parentesco, entre as doenças do espirito e as doenças do corpo.

Tornou-se inevitavel a quêda da extravagante affir- mação. As muralhas separatistas das duas clinicas tom- baram, ficando evidente que a neurologia nada mais é que a sciencia das doenças das funcções nervosas.

Quantos phenomenos psychicos se exhibem nas affe- ções somaticas do systema nervoso, e quantas entidades organicas nas que se rotulam na area da psychiatria!

Frequencia inegavel de symptomas psychicos em do- entes não passíveis de asilos, não alienados, e que se en- quadram nos moldes de neuriaatria, está nas pychoneuro- ses, com a hysteria, a neurasthenia e psychastenia á frente.

Affirme-se mesmo que os phenomenos de ambas es- pecialidades chegam, bastas vezes, a se fusionarem, e se passa de um grupo a outro, conforme os casos conside- rados.

* *

Entrando agora a analysar o quanto de parentesco vive entre a neurologia e as clinicas medica e pediatrica, mais não preciso que reportar-me, por instantes, a aulas do anno proximo passado, quando, na clinica pediatrica, quantas vezes insisti convosco em doenças do systema