

# Trabalhos originais

---

## Síndromes icterigenicas pseudo-coledocianas

### Problemas de diagnostico e terapeutica

Conferencia realizada pelo Prof. Saint Gastous na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e na Sociedade de Medicina de Porto Alegre

No exercicio da III Cadeira de Clinica Medica da Faculdade de Porto Alegre, apresentamos recentemente em aula dois casos de **síndrome icterigenica do tipo coledociano**, do Serviço de Cirurgia do Dr. Alfeu Bica de Medeiros, ambos operados por esse eminente cirurgião.

Embóra corrente seja a frequencia das ictericias nas Clinicas hospitalares, continuam as síndromes icterigenicas em ordem do dia, no que diz respeito aos problemas de diagnostico e sua orientação terapeutica.

Muito pése ao progresso realizado em nossos dias nos metodos de exploração diagnostica, o vasto e difficil capitulo da patologia biliar continúa a oferecer ao pensamento medico motivos subtís de torturantes cogitações.

Neste ultimo decenio, a fisiopatologia clinica e cirurgica das vias biliares empreendeu notavel evolução em seus conceitos doutrinarios e em suas directrizes terapeuticas, enriquecendo-se com novos processos semioticos e nóvas orientações nas técnicas operatorias.

Emancipada a doutrina médica do restricto conceito anatomico de molestia, tambem no dominio da patologia do figado e das vias biliares intensa e fecunda tem sido a renovação de principios e conhecimentos, inspirados na ampla e sedutora concepção fisiopatologica da doenca.

Comentando a evolução da semiologia fisiopatologica das vias biliares, Bérard e Mallet-Guy, da tradicional Escola cirurgica de Lyon, declaram que tambem a cirurgia das vias biliares tende a se desenvolver nesse sentido fisiologico, devendo para isso libertar-se do preconceito que considera anatomicamente a lesão a combater, para, ao invés disso, enfrentar a perturbação fisiologica, amparada em metodos de exploração funcional das síndromes hepato-biliares.

Da observação dos dois casos clinicos acima referidos destacaremos alguns dados, para com eles esboçar um ensaio de estudo de problemas medicos e cirurgicos de atualidade no terreno da patologia biliar.

---

Ambas as pacientes eram portadoras da triade sintomatologica peculiar ás síndromes de obstrução do coledoco, a saber: ictericia, acolia e coluria.

Da primeira observação, desejamos apenas salientar a extrema gravidade do estado geral, a rápida evolução para o exito letal e a considerável hepatomegalia de natureza neoplásica, conforme o exame histopatológico.

A paciente da segunda observação relatava longo passado de cólicas hepáticas, algumas vezes sucedidas de icterícias transitórias. Sua molestia atual datava de cerca de um mês, constando essencialmente de icterícia franca, acolia e colúria; ausência de prurido, de febre, de dor e de vômitos; fígado e baço de volume normal; vesícula biliar impalpável; manobra de Murphy positiva; pulso de ritmo normal; anorexia, astenia, insônia, constipação intestinal e emagrecimento.

Após repetidas tubagens duodenais pelo método de Meltzer-Lyon completamente negativas, conseguimos uma vez obter cerca de 30 cc. de bile A, de aspecto turvo, de cor olivo-escura e consistência viscosa; após a administração da solução de sulfato de magnésia, drenou pequena quantidade de bile de cor amarelo-pálida e fluida.

A reação de Hymans van den Bergh, repetidas vezes feita, foi sempre directa e imediata.

As cifras de bilirrubina total, no sangue, oscilaram nos vários exames entre 16 e 20 mgrs. por mil.

As curvas de hiperbilirrubinemia directa e indirecta, por dosagem em separado segundo o método de Varela-Fuentes, foram de direcção divergente, com ascendência prevalente da bilirrubina indirecta.

Taxa colesterinémica: 1,80% — Resistência globular normal. Prova de Bauer positiva.

O exame radiográfico directo ou radiografia simples do hipocondrio direito não acusou sombras com aspecto de calculos biliares.

A prova de Graham-Cole ou exame colecistográfico não foi praticada, pois sistematicamente prescindimos deste processo de investigação nos casos de icterícia franca, em que o grau acentuado de insuficiência hepática coexistente é motivo antecipado de colecistograma negativo, retirando, por isso, ao método a sua possibilidade de esclarecimento do estado funcional e somático da vesícula biliar.

O exame radiológico do estômago e duodeno acusou apenas sinais de gastro-duodenite, com demora de trânsito no duodeno.

---

Do ato operatorio destacamos, com respeito á primeira paciente, fígado grande e de superfície irregular e nodosa, vesícula biliar de aspecto normal, canais biliares extrahepáticos livres; feita a colodocostomia, verificou-se completa ausência de calculo no coledoco, esfíncter de Oddi livre, pâncreas de aspecto normal.

Da segunda paciente, devemos consignar a verificação de uma vesícula pequena, retraída, esclerosada, completamente vazia de bile mas contendo alguns pequenos calculos; fígado de volume normal; canal coledoco grandemente dilatado, de consistência esclerosada; pâncreas de aspecto normal;

Feita a coledocostomia, notou-se absoluta ausencia de bile, ausencia de calculos, transito sem resistencia ao nivel do esfincter de Oddi.

---

Nas primeiras 24 horas que se seguiram á intervençãõ, em ambas as doentes, não houve escoamento de bile pelo dreno deixado no coledoco; a paciente do cancer do figado, nos 5 dias que ainda sobreviveu, eliminou pela fistula coledociana pequenas porções de bile; na paciente da coletitiase e ectasia do coledoco, já no segundo dia se estabeleceu transito de bile, em quantidade regular, que se tornou mais consideravel nos dias subsequentes, embora deficiente e incompleta perdurasse a passagem de bile ao duodeno.

---

Do resumo das nossas duas observações, porêmos em destaque, para servirem de pontos de referencia aos comentarios que vamos desenvolver, os seguintes dados de maior significação diagnóstica.

I — Dois casos de síndrome icterigenica de tipo coledociano ou sejam ictericias comumente chamadas mecanicas ou de retenção, em que a intervençãõ cirurgica demonstrou não existir obstrução do coledoco.

II — A tubagem duodenal, negativa varias vêses, de uma feita deu bile A concentrada e em quantidade abundante, ausencia de bile B e pequena porção de bile C, fracamente pigmentada.

III — Pelo metodo de Varela Fuentes, verificou-se no sangue presença de bilirrubina directa e indirecta, com cifras mais altas de bilirrubina indirecta, em ambos os casos, em maior proporção no caso de cancer do figado.

IV — Em um dos casos, ao lado de uma vesicula esclero-atrofica calculosa, totalmente vazia de bile, coexistia notavel dilataçãõ do coledoco.

V — Feita a coledocostomia, verificou-se completa ausencia de bile no coledoco e hepatico, não havendo drenado pelo tubo de Kehr uma só gota de bile; em ambos os casos a passagem de sondas exploradoras pelo esfincter de Oddi se fez sem resistencia e sem denotar a presença de calculos.

VI — Nas primeiras 24 horas não houve eliminaçãõ de bile pelo dreno coledociano; nos dias subsequentes a drenagem biliar se estabeleceu em quantidades regulares pelo dreno, mas de modo insufficiente ao duodeno, na paciente da dilataçãõ do coledoco.

---

Inicialmente, cumpre acentuar que a constataçãõ da triade sintomatica: ictericia, acolia e coluria, tida e reconhecida habitualmente

como expressão das síndromes coledocianas de ordem mecânica ou por obstrução, não deve prevalecer como argumento apriorístico dessa presunção patogênica.

O critério clínico de atribuir a ausência de pigmentos biliares nas fezes em icterícias com colúria a processos de obstrução, tanto pôde conduzir à verdade como ao erro de diagnóstico.

Si é incontestável e mesmo comum que o complexo de icterícia + acolia + colúria corresponde a obstrução coledociana, não é menos exato nem menos frequente que esse mesmo complexo de icterícia com acolia e colúria exista sem obstrução do coledoco.

Ila, realmente, uma síndrome icterigênica de tipo coledociano por obstrução, e uma síndrome absolutamente idêntica mas sem obstrução; à primeira reservaremos a designação de síndrome coledociana, e à segunda a de síndrome pseudo-coledociana.

Não mais deve subsistir o errôneo critério semiótico de se julgar pelo aspecto das fezes o estado de permeabilidade ou de obstrução das vias de eliminação da bile.

Só há um método de investigação semiológica capaz de informar com absoluta exatidão sobre o trânsito da bile ao duodeno: é a tubagem de Einhorn praticada de acordo com a técnica de Meltzer-Lyon ou processos congêneres.

No diagnóstico diferencial das síndromes coledocianas, importa sobretudo saber si a obstrução é total ou parcial, si ela é permanente ou intermitente, si tende a aumentar ou a se reduzir. E esses preciosos dados de observação só os pôde ministrar a tubagem duodenal, procedida diariamente no decurso da molestia.

Quando pela tubagem duodenal se constata completa ausência de bile no duodeno, há uma forte presunção clínica em favor de obstrução do coledoco, si bem que essa circunstância também coexista em casos de perfeita permeabilidade dos canais e cretores da bile.

A ausência de bile no duodeno em casos de permeabilidade das vias biliares é patognomônica das síndromes icterigênicas hepatolíticas, por lesão ou destruição da célula hepática: hepatites ou hepatoses icterigênicas, ou ainda de icterícias por colostase canalicular e capilar, em que há fatalmente difusão do processo inflamatório à célula hepática.

Estas icterícias por hepatolise constituem o grupo das síndromes icterigênicas pseudo-coledocianas.

Nas síndromes coledocianas a bile não desce ao duodeno em virtude do fato obliterante; nas síndromes pseudo-coledocianas há ausência de bile não só no duodeno como também no coledoco, porque o processo da hepatolise abre solução de continuidade por onde a bile passa dos canaliculos biliares aos capilares sanguíneos.

Nem sempre, porém, nas síndromes coledocianas o mecanismo de retenção é exclusivamente representado pela obstrução do coledoco; com o evoluir da molestia, a retenção por obstrução do coledoco se associa ou se agrega a retenção por lesão da célula hepática, secundária à estase coledociana.

Dáí, a subdivisão das síndromes icterigénicas coledocianas em puras e mixtas ou associadas.

..Em notável e recente estudo sobre classificação e tratamento das ictericias, calcado em copiosa documentação cirúrgica e anatomo-patológica, Roberto Solé afirma que "as ictericias, sobretudo as chamadas catarrais e algumas hepatites icterigénicas agudas, podem se acompanhar dos sintomas patognomónicos das ictericias por obstrução e que os numerosos casos de ictericias que ele tem assistido nos últimos anos permitem assegurar que o maior número de síndromes coledocianas são produzidas por hepatites que simulam obstruções coledocianas; nessa elevada percentagem de síndromes pseudo-coledocianas estriba a maior dificuldade diagnóstica para o clínico; pôde-se mesmo dizer que é semelhante a proporção entre as síndromes coledocianas aparentes e as verdadeiras".

Em capítulo consagrado á fisiopatologia e semiologia da síndrome coledociana, Egidio Mazzei e Horacio Acevedo consignam que o encravamento do cálculo e a coledocite aguda satélite não constituem a única patogenia da síndrome na litíase biliar; muito frequentemente vêm-se enfermos com todos os caracteres da ictericia obstrutiva, nos quais a intervenção não revela presença de cálculos; alguns cirurgiões elevam essa cifra de casos a 50%.

Simon Rey, reportando-se aos conceitos anatomo-terapêuticos que prevaleciam outróra no diagnóstico das ictericias de retenção, declara a falência hoje desse fundamento, dizendo que a tubagem duodenal, a cirurgia e a necropsia revelam repetidamente completa permeabilidade das vias biliares onde se presumia existir uma obstrução.

Adriano Bengoléa refere-se ao difícil problema de diagnóstico das síndromes coledocianas e afirma que qualquer afecção hepato-biliar pôde, em determinado momento de sua evolução, ocasionar ictericias exatamente do tipo de obstrução do coledoco.

Para maior clareza na interpretação desses fenómenos, repitamos a sintética exposição feita por Solé em sua notável lição: "Da revista dos diversos tipos de ictericia estudados e da comprovação histológica realizada mediante biópsia, surge a complexidade do problema, pelos numerosos fatores que podem dar a mesma síndrome de ictericia, apesar de atuarem de maneira muito diferente. O curso normal da bile pelos condutos excretórios pôde alterar-se por dois mecanismos fundamentais:

1) — por obstrução total ou parcial ao nível dos diferentes segmentos da árvore biliar: coledoco, canais interlobulares, septais e trabeculares, determinando um aumento da tensão intracanalicular;

2) — por alteração do parênquima, que ocasiona um desvio anormal da bile aos espaços linfáticos e aos capilares sinuóides, para se derramar na via linfática ou sanguínea. Estes dois fatores se associam frequentemente, mas podem atuar isoladamente. O lugar de menor resistência é a zona intermédia ao canalículo biliar e ao capili-

culo, denominada ampola ou segmento de conexão; a dilatação da sua parede permite a difusão ou diapedese da bile, mesmo sem ruptura. A este mecanismo Hiyeda atribue a primeira manifestação clinica da ictericia. Quando a tensão persiste ou aumenta, á difusão ou diapedese se agrega a produção de fissuras ou efrações indicadas por Fiesinger, que estabeleceu uma solução de continuidade na trabecula, vertendo a bile directamente na corrente circulatoria. A impregnação do parenquima hepatico pela bile toxica produz necroses localizadas, que aumentam a desorganização das trabeculas e intensificam a ictericia”.

Do exposto deprende-se que o grau de intensidade de uma ictericia por hepatolise será inversamente proporcional á extensão do processo destrutivo; quanto maior fôr a area do parenquima hepatico destruida, menor será a capacidade de produção de bile a ser vertida no sangue e tecidos; logo, nas ictericias por hepatites extremamente graves tende a se diluir a tonalidade da pigmentação cutanea.

---

Dos casos operados por Solé, permitimo-nos extrair as seguintes observações: Em um caso de ictericia das chamadas catarrais, com pseudo-síndrome coledociana, encontrou lesões do parenquima caracterizadas por tumefação celular, atrofia homogenea, deslocamento trabecular e sobrecarga de pigmentos extra e intracelular; apesar de não existir obstrução nas vias biliares, a ictericia foi muito intensa e não drenou bile nos cinco dias após a intervenção. Em outro caso com lesões hepaticas de aspecto citolitico, com permeabilidade do coledoco, também não houve drenagem de bile nos primeiros dias que se seguiram á intervenção. Em um doente operado em pleno ataque de ictericia com acolia e coluria, encontra colecistite alitiasica com coledoco permeavel; a biopsia revela hepatite centrolobulillar com bloqueio das celulas de Kupffer. Os casos citados são de hepatites icterigenicas como pseudo-síndrome coledociana.

---

Comentando a verificação de ausencia de bile no coledoco e ausencia de drenagem biliar nos primeiros dias do periodo post-operatorio, para reaparecer á medida que as condições hepaticas melhoram, Solé, com muita razão, põe em duvida o valor dado á tubagem duodenal como metodo de tratamento das coledocites calculosas e pergunta si as curas atribuidas nesses casos á eliminação de calculos provocada pela tubagem não seriam apenas o resultado da regressão de processos de hepatites icterigenicas.

---

Confirmando as experiencias de Ponfick, Meister e Fishbeck, Solé verificou que na segunda e terceira semanas de iniciada uma ic-

tericia por obstrução do coledoco se desenvolve um processo de hiperergia ou hiperplasia celular de compensação no parenquima hepatico, e considera esse o momento oportuno para a intervenção cirurgica, salvo nos casos de coledocites supuradas, em que se deve agir com urgencia.

## METODOS DIAGNOSTICOS DOS SINDROMES ICTERIGENICAS COLEDOCIANAS.

Si a experiencia ensina com precisão a epoca oportuna da intervenção cirurgica, é menos segura e positiva a clinica no firmar com rigor o diagnostico de obstrução nas syndromes coledocianas.

Com respeito á possibilidade de diagnostico diferencial entre syndromes coledociana e pseudo-coledociana é forçoso reconhecer o valor relativo e dubio dos principais elementos tidos como de primeira linha; salvo quando reunidos em complexo evidente, grande deverá ser a prudencia em sua interpretação clinica.

As oscilações volumetricas do figado em accordo coincidentemente com modificações da tonalidade da ictericia, da acolia e da coluria, prova de Delbet positiva com ou sem curvas hipertermicas oscilantes, em paciente portador de litiase biliar, sobretudo si o exame radiografico revelar imagens de calculos na região anatomica do coledoco, formam um complexo de forte presunção diagnostica de obliteração calculosa do coledoco.

O antecedente de coletiaise não tem valor decisivo; em uma de nossas observações havia calculos na vesicula e coledoco livre; alem disso, frequentes são os casos de calculos no coledoco sem ictericia; não menos importante é a frequencia das hepatites secundarias ás litiases biliares, sendo elas as responsaveis pela síndrome icterigenica.

A prova de Meltzer Lyon não é concludente; já vimos que nas ictericias hepatolíticas, com vias biliares permeaveis, a tubagem duodenal costuma ser inteiramente negativa. dias a oito; de outra parte, é conveniente vulgarisar que as obstruções do coledoco por calculo raramente são totais, e não ser nos momentos em que o fator espasmodico ou a tumefação por coledocite aguda completam a obliteração; em repetidas tubagens, sempre se consegue obter traços de bile.

Com respeito á obstrução do coledoco por cancer do pancreas ou do proprio coledoco, é tambem relativa a significação da negatividade da prova de Meltzer-Lyon.

Embora expressiva, a lei de Courvoisier Perrier está sujeita a resalvas.

Respeito á prova colecistografica de Graham-Cole, já comentámos as suas restrições; a radiografia simples, sobretudo quando praticada em serie no decurso da molestia, póde ter valor decisivo, si refere a presença e o desaparecimento de sombras com aspecto de calculos no trajecto anatomo-radiologico do coledoco. Neste caso, a documentação se eleva de valor com o controle praticado nas fézas.

As chamadas provas funcionais do figado pécam pela falencia de principios; nada mais aleatorio e contestavel que o valor especifico das provas de função de um orgão, quando hoje deve prevalecer no estudo fisiopatologico e conceito de complexos, de sistemas ou de constelações de orgãos e aparelhos. Alem disso, sabe-se que via de regra, salvo na fase inicial da molestia, as ictericias mecanicas por obstrução do coledoco, por calculo ou de origem extrinseca, se complicam sempre de colostase intracanalicular e consequentemente de hepatites. Sem duvida, nesse periodo incipiente ou nos casos, excepcionalmente raros, de obstrução mecanica sem insuficiencia hepato-celular, assumiriam valor inestimavel a negatividade da prova de Bauer, a retenção massica dos elementos constitutivos da bile, a hiperbilirrubinemia com predominio quasi exclusivo de bilirrubina directa, bilirrubinuria, colaluria, acolia total, prurido intenso, bradicardia, etc.

Traçando normas de diagnostico diferencial pela pesquisa humoral, Adler fornece os seguintes dados:

1 — Na litiasse do coledoco: altas cifras de colesterinemia, hiperbilirrubinemia com hipourobilinemia, cifra normal de aminoacidos, bilirrubinuria elevada, prova da galactosuria negativa;

2 — Nas ictericias hepatoliticas; cifras baixas de colesterinemia, hiperbilirrubinemia com fraca bilirrubinuria e urobilinuria abundante, aumento consideravel dos aminoacidos no sangue, reserva al'ina baixa, prova de galactosuria negativa.

---

### CURVAS BILIRRUBINEMICAS DE VARELA FUENTES.

Admitimos ser de grande merito na avaliação do grau de insuficiencia hepatica a determinação das curvas, por dosagem em separado, de bilirrubinemia directa e indirecta, segundo o metodo de Varela Fuentes.

Em estado de normalidade da celula hepatica não se deve encontrar no sangue bilirrubina directa.

Nas ictericias por obstrução do coledoco sem maior participação do parenquima hepatico, a hiperbilirrubinemia se eleva com predominancia de bilirrubina directa.

Nas ictericias hepatoliticas benignas, ha igualmente predominio de bilirrubina directa; nas hepatites graves ou por lesões extensas verifica-se, ao contrario, grande excesso de bilirrubina indirecta.

O prognostico das sindromes icterigenicas, e até certo ponto a sua diferenciação diagnostica, podem-se orientar pelo traçado de curvas bilirrubinemicas.

A ascensão sistematica da curva de bilirrubina indirecta, com depressão da curva de bilirrubina directa é sinal de máu prognostico e de evolução fatal para estado de atrofia amarela aguda do figado. A evolução em sentido inverso traduz processo de reparação do parenquima e reintegração funcional da celula hepatica.

---

Estudando as hepatites secundarias á colostase, Guy Albot acen-tua a sua opposição ás hepatites toxi-infecciosas de origem hematoge-nica, considerando a estase por obstaculo do coledoco como fator decisivo e dominante. As estases agudas e violentas conduzem á sín-drome de hidrohepatose de Mac Master e Peyton Rous e á obstrução maligna e Judd e Counseller.

---

O primeiro passo na evolução dos conhecimentos de patogenia, diagnostico e tratamento das síndromes icterigenicas de tipo coledo-ciano se fez no sentido do conceito patogenico das hepatites icterige-nicas, cuja significação em clinica acabamos de referir a largos tra-ços.

---

### COLEDOCITES ICTERIGENICAS.

Graças aos trabalhos de Brulé, Chabrol, Belfor del Valle, Collet, Benoit, Boris Klotz, Hamburger, Bengoléa e outros, a orientação dia-gnóstica e terapeutica volta-se hoje com interessantes realizações pra-ticas para o estudo das coledocites icterigenicas, como entidades no-sologicas a opôr no diagnostico diferencial das síndromes pseudo-co-ledocianas.

---

Em 1934, Brulé, Collet e Hamburger fazem interessante comuni-cação de ictericias de patogenia obscura, mas reguramente não de ori-gem hepatica; levantam a hipotese de se tratar de ictericias por co-lostase, fundamentando essa interpretação nos resultados da terapeu-tica pela tubagem duodenal. "Parece-nos, dizem esses autores, muito importante e relativamente facil distinguir este tipo clinico particu-lar das hepatites icterigenicas comumente observadas, pois que o dia-gnostico estabelecido, comporta uma sanção terapeutica imediata: a drenagem medica das vias biliares produz em alguns dias o retrocesso de uma ictericia que persistia ha meses e anos, e para a qual a inter-venção cirurgica poderia parecer indispensavel.

São esses casos descritos como síndromes de coledocites medicas icterigenicas, curaveis com a tubagem duodenal.

Publicando dois novos casos, Brulé, Collet e Netter referem o grande aumento de volume do figado, simulando a hepatomegalia da litiase do coledoco e do cancer d pancreas; chamam atenção para que não se confundam esses casos com síndromes pseudo-coledocianas por hepatites cronicas e aconselham a pratica oportuna da tubagem du-odenal com o fim de evitar que a coledocite medica se transforme em afecção cirurgica; Harvier e Antonelli citam observações identicas.

Com longa experiencia de mais de 15 anos de observação, Chabrol exalta a indicação e o successo terapeutico da tubagem duodenal praticada quotidianamente e longo tempo nas syndromes ictericas do tipo catarral e infeccioso.

---

Desfazendo pontos obscuros e controvertidos com respeito ao diagnostico diferencial entre syndromes coledocianas por hepatite e por coledocite, diz Chabrol que é facil de explicar o retorno imediato da drenagem biliar por coledocostomia sendo a coledocite obliterante a causa da acolia, mas incompreensivel seria si realmente a syndrome coledociana dependesse de uma hepatite.

---

### TUBAGEM DUODENAL.

... Adrian Bengoléa, em numerosos trabalhos sobre syndromes coledocianas, preconisa a tubagem duodenal como um metodo indispensavel ao diagnostico e tratamento; afirma que atualmente não se póde falar em diagnostico e tratamento do figado e vias biliares sem recorrer ao emprego da tubagem duodenal, que assume valor decisivo no esclarecimento das syndromes coledocianas. Chega ás seguintes conclusões:

1 — Nos casos em que a ictericia cede é tubagem, trata-se de colecistites cronicas com ou sem litiase, angiocolites catarrais, angiocolites infecciosas, pancreatites cronicas, etc.;

2 — Nos casos em que a ictericia se atenúa, mas reincede, trata-se em geral de litiase do coledoco; a este proposito afirma Bengoléa ter conseguido em 16% dos casos de litiase a passagem de calculos ao duodeno mediante a tubagem;

3 — Casos em que a ictericia não se modifica; trata-se então de neoplasmas do coledoco ou do pancreas.

Comentando as communicações feitas por Bengoléa ás Sociedades de Cirurgia de Paris e Lyon sobre os successos por ele obtidos com a tubagem duodenal nas ictericias por litiase do coledoco, Bérard, Mallet-Guy e Villard contestam em parte o valor do problema erigido por Bengoléa em torno da tubagem duodenal nas retenções calculosas do coledoco.

---

### COLEDOCITES CIRURGICAS.

Não menos importante é o conceito hoje vulgar de syndromes ierigenicas por coledocites da alçada da cirurgia, a saber as **coledocites cirurgicas**.

Etienne Chabrol, em profunda lição sobre as coledocites ierigenicas, declara que a coledocite tende a renascer de suas cinzas, gra-

gãs a tubagem de Einhorn e a colecistostomia, reivindicando nas síndromes coledocianas o lugar em parte usurpado pelo conceito das hepatites icterigenicas ou síndromes pseudocoledocianas.

Ha um grupo de coledocites icterigenicas — afirma Chabrol —, que os cirurgiões nos fizeram conhecer, retificando nossos diagnósticos de calculo do coledoco ou de cancer do pancreas.

Gosset, Charrier, Thalheimer, Mathieu e Boris Klotz, enriqueceram, desde 1923, com pesquisas e memorias importantes o capitulo das coledocites.

Chabrol e Boris Klotz comentam a estatística de 105 observações, reunidas por Benoit, de ictericias tratadas cirurgicamente, e em que a biopsia do tecido hepatico acusava processos de cirrose, de hepatites profundas, de atrofia amarela aguda, e que, não obstante, curaram pela colecistostomia: a drenagem da bile vesicular seguiu-se de escoamento da bile concentrada retida no figado, fazendo cessar o efeito de compressão sobre a celula hepatica, que entra assim em repouso e restabelece sua capacidade funcional.

Acreditam que a abertura das vias biliares desencadeiem fenomenos neuro-vegetativos no dominio do figado.

A estas observações de Chabrol, seguiram-se numerosas contribuições similares de Benoit, Rovsing, Braun, von Haberer, Cunco, Bloch e outros.

Étienne Chabrol, comentando as indicações e os sucessos notaveis da colecistostomia no diagnostico e tratamento das coledocites icterigenicas, diz: "O cirurgião intervem pensando encontrar obstrução do coledoco por calculo ou por cancer do pancreas; mas ao verificar que não ha litíase nem cancer do pancreas, fixa com gesto instintivo, a vesicula á pele, sem esperanças na sua drenagem; mas eis que ao dia seguinte, a sonda vesicular fornece uma bile abundante e muito negra, feliz presagio de cura da ictericia."

Em 1930, o Dr. Alfeu Bica de Medeiros teve oportunidade de observar fato absolutamente identico em sua estatística de cirurgia biliar; chamado pelo Prof. Annes Dias para operar um caso grave de ictericia do tipo de obstrução coledociana, feita a laparatomia, verificou existir uma vesicula esclero-atrofica e avançado processo de coledocite esclero-retractil. Praticada a coledocostomia, notou absoluta ausencia de bile nos canais extrahepaticos; fez, então, a colecistostomia, que tambem não drenou a minima porção de bile. Entretanto, com surpresa propria, observou no dia imediato á operação que o penso estava inundado de bile escura, escoada pela vesicula aberta.

Nestes ultimos anos, Chabrol, Broch Porin, Fiessinger, Monod, Petit Dutailis, em França, têm apresentado observações nesse sentido; encontra-se hoje na literatura estrangeira, sobretudo norte-americana, para mais de uma centena de publicações em torno do tratamento pela colecistostomia das coledocites icterigenicas.

---

Em seu excelente livro sobre "Exploração funcional das vias biliares e cirurgia", Bérard e Mallet-Guy tiveram o grande merito de

imprimir á perquirição semiotica e á cirurgia das vias biliares novas orientações, modificando e dilatando de modo consideravel os horizontes da patologia do figado.

A colecistostomia, após longa fase de abandono e incompreensão de suas legitimas e importantes indicações, retoma na atualidade posição de destaque na moderna cirurgia biliar, pois ela é "a mais alta expressão da drenagem da via biliar acessoria, e, de outra parte, permite uma exploração funcional muito completa, a mais profunda que se possa pretender, dos canais biliares; ela autorisa uma verdadeira analyse fisiologica da vesicula, do coledoco e do esfíncter de Oddi; fixando a causa da síndrome funcional, ela indica o tratamento racional; oferecendo incomparaveis possibilidades de estudo da fisiologia normal e patologia das vias biliares, ela nos põe a esse respeito em condições quasi experimentais."

---

Em face do difficil problema das estases biliares, a colecistostomia, afóra sua eficiencia de ordem terapeutica, deve constituir o mais completo metodo de exploração diagnostica.

Sauty vem aconselhando a pratica sistematica da colecistostomia nesses casos.

A colecistostomia abre a porta á exploração morfologica e funcional de toda a arvore biliar, extra e intrahepatica mediante a colangiografia com lipiodol.

Um dos argumentos praticos mais eloquentes do valor semiotico da colecistostomia seguida de colangiografia nos fornece o diagnostico da síndrome clinica de **estase biliar por vesicula irritavel ou intolerante**, que, em dado momento, póde revestir toda a feição clinica da síndrome pseudocolociana.

Só o estudo do transito opaco pelo lipiodol nos esclarece o mecanismo determinante da dor vesicular. Já á introdução das primeira gotas de lipiodol na vesicula, esta reage energicamente e entra em estado de contratura dolorosa permanente; o lipiodol passa ao cistico e ao coledoco, se detem ao nivel do esfíncter de Oddi, que permanece espasmodico, obrigando a substancia opaca a refluir ao canal hepatico e invadir a arvore biliar intrahepatica, que se mostra dilatada.

Em nosso meio medico, o Professor Martim Gomes, em colaboração com Saint Pastous, apresentou interessante e original contribuição ao estudo da colangiografia em um caso de hidrohepatose, publicado em 1932 nos arquivos Rio Grandenses de Medicina e na Revista de Radiologia Clinica.

O conceito fisiopatologico desta síndrome assenta na sinergia espastica da vesicula e do esfíncter de Oddi, perfeitamente verificaveis pela exploração colangiografica lipiodolada após colecistostomia.

Em um doente operado por motivo de vesicula de estase, Zander observou dilatação dos canais coledoco e hepatico, que ele atribue a espasmo do esfíncter de Oddi; esta verificação operatoria é uma de-

monstração do ensinamento fornecido pela colangiografia. Bérard e Mallet-Guy, em colaboração com Savy, imprimiram realmente uma verdadeira base fisiopatológica ás ideias e hipóteses até então reinantes com respeito ás síndromes ocasionadas por espasmos do esfíncter de Oddi. E com os ensinamentos colhidos no estudo original da síndrome de vesícula intolerante, esses autores explicam o mecanismo da cólica hepática vesicular sine materia, graças ao subsídio da colecistostomia e colangiografia.

---

### COLEDOCO-ODDITE RETRACTIL DE DEL VALLE.

Delfor del Valle e Garre sintetizam como pequenos e grandes sinais da síndrome de **coledoco-oddite retractil** o seguinte quadro sintomatológico: cefaleia, febrícula, distúrbios gastro-intestinais, hipocolia, acolia, colúria, fígado levemente aumentado e doloroso, pontos de Desjardin e Chauffard dolorosos e subicterícia intermitente.

Eis como esses autores orientam a exploração cirúrgica e a técnica operatoria nos casos de coledoco-oddite retractil: verificada a ausência de cálculos e demais causas de destruição, fazem a duodenostomia para examinar a ampola de Vater, a qual, nesses casos, se apresenta com aspecto clitoriforme.

A seguir, com finos estiletes e velas olivares ensaiam o cateterismo da ampola de Vater e esfíncter de Oddi.

Ao retirar do canal a vela exploradora, jorra grande quantidade de bile negra.

É curioso referir que as manobras de cateterismo do esfíncter de Oddi despertam no paciente a manifestação de dor, com irradiação á região dorsal e á espadua, com todos os caracteres próprios ao seu sofrimento habitual: é a reprodução experimental da cólica hepática, fenómeno esse já observado por Bérard e Mallet-Guy com a prova de Meltzer-Lyon, no ato de introduzir a solução de sulfato de magnésia no duodeno, e a que esses autores dão um grande valor no diagnóstico diferencial das afecções da vesícula biliar.

---

Nesses casos de coledoco-oddite, a coledocostomia comprova a natureza esclerosa da parede do canal; pela incisão do coledoco pratica-se a colangiografia com lipiodol, que revela considerável ectasia dos canais extra e intrahepáticos.

---

A prova de colangiografia após coledocostomia permite ainda explorar o pâncreas; via de regra, o canal de Wirsung se encontra dilatado, dando lugar a refluxo da bile ao pâncreas, ponto de partida de pancreatites crônicas e hemorrágicas.

Brachetto Brian cita um caso autopsiado de pancreatite hemorrágica secundária a uma obstrução da ampola de Vater por cancer.

As consequências tardias da coledoco-oddite retrátil são realmente temíveis; do lado do fígado instalam-se lesões de lipidose e processo inflamatório fibro-escleroso de cortico-hepatite ou cortico-glissonite, exaustivamente estudado com rica documentação anatomo-patológica por Solé e Donovan, na Argentina.

Como conclusões de seus trabalhos e estudos sobre a síndrome icterigênica de coledoco-oddite retrátil, Del Valle e Garre recomendam como único tratamento larga divulsão do esfíncter de Oddi ou papilotomia, seguida de drenagem.

Consideram a duodenostomia de acesso á ampola de Vater uma intervenção benigna, com mortalidade de 1 a 2%, e lamentam que, a despeito disso, não se tenha vulgarizado devidamente na prática cirúrgica.

---

#### DISQUINESIAS COLANGIOPÁTICAS DE WESTPHAL.

Estudando, em magistral lição, as síndromes de estase biliar, o Professor Mariano Castex assim encerra as suas considerações sobre as disquinesias colangiopáticas de Westphal: "Tal é em suma o problema das disquinesias colangiopáticas, capítulo por último chegado na patologia biliar, e com cujo conhecimento se consegue esclarecer não pequeno número de fenômenos dentro da chamada pseudo-litíase-biliar, que por anos e decênios tanto intrigou cirurgiões, internistas e patólogos."

---

Urge hoje incorporar ao capítulo das síndromes icterigênicas coledocianas as disquinesias colangiopáticas de Westphal — verdadeiros estados de neuroses motores das vias biliares extrahepáticas, compreendendo simultaneamente distúrbios funcionais da vesícula, do cístico, do coledoco e do esfíncter de Oddi, capazes de zela hipertonia espástica do esfíncter de Oddi ocasionar verdadeira síndrome icterigênica de tipo coledociano.

Westphal, em estudos sobre a função muscular, o sistema nervoso e a patologia das vias biliares, calcados em trabalhos de experimentação sobre a inervação antagonista do aparelho de excreção da bile, opõe ao conceito, outrora dominante, de fundamento mecânico da estase biliar o conceito de disquinesia muscular das vias biliares, em particular da vesícula e do esfíncter de Oddi.

De suas interessantes experiências no coelho, chegou o celebre pesquisador germanico ás conclusões seguintes:

1 — Uma forte excitação elétrica do vago determina contração espástica do esfíncter de Oddi, energética contração da vesícula, engorgitamento biliar do coledoco e estase biliar com hipertensão intracanalicular;

2 — A excitação elétrica ou adrenalínica de simpático produz efeito antagonico: a vesícula se relaxa e cai a tensão biliar intracanalicular.

Por excitação do simpático ou por inibição do vago produz-se estase biliar hipotonica.

---

Segundo a escola alemã de Westphal, esses disturbios meramente funcionais por distonia neuro-endocrino-vegetativas, são, com o decurso do tempo, responsaveis por graves acontecimentos morbidos: estase, necroses hepato-pancreaticas, dissincolias, ictericias, etc.

---

Desse periodo funcional ou de caracter espasmodico das disquinesias colangiopaticas, passa a molestia ao periodo anatomico, com evidente substrato organico: ao estado de disquinesia succede o processo de coledocite e coledoco-oddite inflamatoria, hiperplastica, esclerosa e atresiante: as coledoco-oddites retracteis cronicas de Delfor del Valle, de que já nos ocupamos.

---

Westphal, perguntando a si mesmo si devem considerar como doentes as pessoas portadoras de disquinesias colangiopaticas, diz que esses mesmos disturbios funcionais podem conduzir a atresias espasticas do esfíncter de Oddi e consequentemente estase biliar e ictericia.

Sendo essas disquinesias neuro-vegetativas subordinadas a influencias de ordem constitucional ou neuro-endocrinologica, atingem mais frequentemente a mulher e o homem de biotipo astenico.

Essa participação do sistema neuro-endocrino na atividade funcional das vias biliares tem sido comprovada no terreno da experimentação e da clinica.

São citados por Castex o efeito da adrenalina, da pituitrina, da tireoidina a influencia do estado catamenial, da gravidez e da menopausa; a ação benéfica da Röntgenterapia da hipofise e da castração röntgenterapica no climaterio.

Para Castex devem ser tratados como doentes das vias biliares todos os sofredores de disquinesias bem definidas. Assim se explicariam as situações obscuras de recidivas dolorosas, com aspectos de crises paroxisticas, em doentes colecistectomizados: "é uma nova fase proteiforme de exteriorisação clinica das disquinesias a ser levada em conta em todo individuo operado das vias biliares."

A colecistectomia remove a vesícula doente, mas nada pôde fazer com respeito á situação patologica do esfíncter de Oddi; a despeito dela prosseguirá recidivante e tenaz o cortejo sindromico do oddismo.

Encarando o problema terapeutico das disquinesias colangiopaticas, Castex recomenda pesquisar, para combater, na etiogenia constelar as causas e concausas das distonias neuro-vegetativas: reflexos

viscero-viscerais (estomago e duodeno), reflexos hormoviscerais (dismenorreias, gravidez, menopausa), reflexos psicoviscerais (emotividade, traumatismos morais, etc.), estados toxemicos, etc.

Parece racional a Westphal attribuir as chamadas ictericias emotivas a um fenomeno de disquinesia, com brusca e total contração espasmodica do esfinter de Oddi, dando intensa e prolongada estase com hipertensão biliar intracanalicular.

Lick attribue aos ganglios nervosos proximos do esfinter de Oddi e ao plexo solar a reação reflexogenica espasmodica.

---

### EVOLUÇÃO HISTORICA DA SINDROMES COLEDOCIANAS.

Na historia clinica das syndromes coledocianas ha tres periodos principais de sua evolução: o periodo do conceito anatomico propriamente dito, em que o agente determinante das syndromes icterigenicas de tipo coledociano era habitualmente attribuido á obstrução mecanica, em particular por calculo e por cancer do pancreas e das vias biliares; o segundo periodo caracteriza-se pelo conceito das syndromes icterigenicas de origem hepatolica, por hepatites ou hepatoses; por fim, o terceiro periodo se assinala pela intervenção do conceito das coledocites medicas e das coledocites cirurgicas e especialmente da syndrome icterigenica por coledoco-oddite cronica retractil de Del Valle.

---

Segundo, a tendencia da medicina contemporanea para a concepção funcional de molestia, isto é, para a possibilidade de surpreender e caracterizar syndromes morbidas sem substrato anatomico, pôde-se afirmar que para as vias biliares já se abriu tambem o capitulo da patologia fisiologica.

É de todo interesse scientifico e utilidade pratica que se difunda e se consolide cada vez mais entre medicos e cirurgiões o conceito de molestia funcional. Leriche, em memoravel visão panoramica da medicina contemporanea, se fez veemente e prestigioso apostolo da concepção fisiologica da molestia, demonstrando que o substrato anatomopatologico é a consequencia e não a causa da molestia, e que antes do periodo clinico, já demasiadamente tardio e mais ou menos irreparavel, a molestia é essencialmente do dominio da fisiologia, por desregramentos ou perversões funcionais de tecidos, órgãos, aparelhos e sistemas, formando complexos ou constelações de simpatias morbidas.

E quando entre medicos e cirurgiões se estabelecer esse consorcio reciproco e fecundo de intima colaboração no terreno do diagnostico e da terapeutica, então a duvida e a discordancia cederão lugar a melhor compreensão dos fatos aparentemente incongruentes e antagonicos.

E desse modo se hão de delimitar, com beneficios para o doente, as verdadeiras fronteiras do periodo medico e do periodo cirurgico da molestia, orientando com proficiencia os metodos terapeuticos.