

Moynihan porém recommenda o processo de Hamel mesmo para a determinação da ictericia, quando a coloração natural da pelle dificultar a apreciação pelo simples exame.

As esperanças na possivel applicação clinica dos trabalhos de Ajello, Meis e Parascandalo sobre a cryoscopia do sangue e da urina na ictericia nos quaes havia a pretensão de que o indice de insufficiencia renal indicaria simultaneamente o grau de insufficiencia hepatica, cahiram por completo depois dos trabalhos de Pflughœft.

Comporta conclusões para o prognostico o exame da duração da coagulação do sangue. Quando esse tempo excede doze minutos julgava Arnsperger, em julho de 1906, muito provavel que existisse uma diathese hemorrhagica. Trabalhos mais recentes, como os referidos de Moravitz e Bierich e de Emile Weil (pag. 126 e 127), affirmam a importancia deste signal nos estados hemorrhagiparos.

Investigações desta ordem sam tanto mais para desejar que a grande maioria de casos mortaes em ictericos operados é tributaria da diathese hemorrhagica post-operatoria. O diagnostico precoce dessa grave complicação é de presumir pelo conjuncto das investigações hematologicas. A diathese hemorrhagica é especialmente para recear na ictericia dependente de carcinomas com oclusão das vias biliares profundas e na ictericia functional consecutiva a grave affecção parenchymatosa do figado.

Como synthese deste diagnostico differencial dos estados ictericos estabelece Arnsperger os seguintes eschemas para as principaes fôrmas de ictericia:

1. Ictericia mechanica por calculo no cho-

ledoco: inicio rapido com dores; colicas anteriores com ou sem ictericia. Estado geral grave, muitas vezes septico, signaes de angiocholite, febre, arrepios, vomitos. Se a ictericia dura, figado augmentado de volume, biliarmente cirrhotico; nas primeiras phases apenas o lóbo direito augmentado de volume. Vesicula biliar inaccessivel. Dôr á pressão na região da vesicula biliar e no epigastro; fezes ás temporadas completamente acholicas, noutras occasiões um pouco córadas. Bilirubinuria intensa, sem urobilina na urina; sangue pouco alterado. É claro que em casos isolados podem faltar alguns destes symptomas.

Este quadro symptomatico typico comporta diferentes modificações.

a) Á icteria mechanica simples pôde associar-se uma ictericia funcional por alteração hepatica, especialmente quando a ictericia se mantém bastante tempo. Encontra-se então urobilinuria, esplenomegalia, alterações hematologicas, especialmente poikilocytose, atraso na cogulação. Esta ictericia não cede geralmente mesmo depois da operação. O prognostico duma intervenção cirurgica é mais grave do que no simples calculo do choledoco.

b) Além da oclusão do choledoco por calculo pôde existir tambem um carcinoma da vesicula biliar. Encontra-se então tambem cachexia, tumefacção vesicular apreciavel e ascite, sendo possiveis as metastases hepaticas.

c) Podem os calculos do choledoco existir sem ictericia como ficou enunciado (pag. 242 e 243) nas considerações sobre a frequencia da ictericia na cholelithiase. O facto dá-se muito mais frequentes vezes do que geralmente se suppõe. O diagnostico dos casos dessa ordem pôde tornar-se muito difficil. É de toda a importancia nesse delicado problema

clínico a anamnese, assim como ligeira febre intermitente e arrepios como foi especialmente accentuado por Ehret e Stolz. Estes calculos do choledoco sem ictericia teem algumas vezes passado despercebidos até na operação.

2. Ictericia mechanica consecutiva a occlusão do choledoco por um tumor maligno: augmento lento da ictericia, em geral sem dores; cachexia sempre crescente. Fígado augmentado de volume *in toto*. Vesicula palpavel, tensamente distendida (Courvoiser). Ascite, acholia completa das fezes. Na urina geralmente apenas bilirubinuria. Diathese hemorrhagica, baixo valor hemoglobinico.

3. Ictericia funccional por affecção parenchymatosa do figado: iniciando-se lentamente, dura com remissões muitas vezes durante annos; dores ás temporadas, mas sem colicas typicas. Anamnese: syphilis, intoxicações chronicas. Fígado augmentado de volume, esplenomegalia. A região da vesicula biliar não é sensivel á pressão. Vesicula não palpavel. Na urina muita urobilina, pouca ou nenhuma bilirubina. Fezes bem coradas. Sangue algumas vezes muito alterado, poikilocytose, atraso na coagulação.

A observação seguinte da Clinica cirurgica de Heidelberg refere-se a um caso desta ordem, em que o diagnostico de ictericia funccional levou a pôr de parte a ideia de qualquer intervenção operatoria.

N.º 1527. 1906. A. K. 25 annos. Operario numa fabrica. O pae morreu de diabetes, a mãe vive com saude, um irmão não se desenvolveu, uma irmã soffre tambem frequentemente de ictericia sem dores, tres irmãos morreram na infancia. O doente soffre desde os 6 annos de ictericia com intensidade variavel e que augmentava especialmente no inverno, com mudanças de tempo e com excitações nervosas. Nunca se deram propriamente crises

dolorosas, varias vezes uma pressão surda na região do estomago. As evacuações tinham sido em tempo, por varias vezes, cinzentas e descóradas, mas nos ultimos annos sempre acastanhadas. Prurido faltava quasi por completo. Havia repugnancia pela carne, pão, e farinaceos, vertigem e peso de cabeça. Um tratamento com chologen assim como uma cura em Langenbrücken foram inuteis. O doente nega a syphilis e o alcoolismo. Uns annos antes, na inspecção para o serviço militar, teria o medico encontrado o figado muito augmentado de volume. O doente ficou isento. Havia a esse tempo prisão de ventre.

Entrada 30-VI-06. Homem de estatura regular em estado de nutrição média. Ictericia nitida da pelle e das mucosas; em parte nenhuma arranhaduras, nem hemorragias. Ganglios inguinaes tumefeitos de ambos os lados, á esquerda cicatriz dum abscesso ganglionar; de resto nenhuma adenopathias, nenhuns signaes de syphilis. Figado augmentado de volume, um dedo abaixo do rebordo costal; bordo endurecido, não sensivel. Baço augmentado de volume, duro, dois dedos abaixo do rebordo costal. Nenhuma ascite. A vesicula inacessivel á palpação. Estomago dilatado, mas sufficiente no ponto de vista motriz. Evacuações só com purgantes, duras, friaveis, intensiva e uniformemente coradas de castanho. Urina sem albumina e assucar. Nenhuma bilirubina, urobilina em abundancia, tambem algum urobilinogenio. Ausencia de bradycardia. Sangue: hemoglobina 80%. Duração da coagulação cerca de 10 minutos; nenhuma poikilocytose.

Diagnostico clinico. Ictericia funcional por affecção organica do figado (hepatite principalmente intersticial e em menos grau parenchymatosa), talvez syphilis congenita, juntamente talvez pancreatite chronica.

Ensaiou-se um tratamento pelo iodeto de potassio, visto que, na falta dum obstaculo mechanico ao curso da bilis, se afigurou inutil a intervenção cirurgica. Como se estabelecesse coryza, foi o tratamento substituido por uma cura de fricções. Estabeleceram-se melhoras apreciaveis dos incommodos subjectivos, mas a ictericia não se modificou sensivelmente emquanto o doente, que sahiu em 24-VII-06, foi observado.

Poderia talvez tratar-se dum caso de ictericia acholurica congenita, typo que descrevemos anteriormente pelas suas relações com problemas pathogenicos da cholelithiase.

As considerações feitas mostram como pelo exame clinico se podem distinguir varias formas de ictericia, etiologica e pathogenimicamente diversas, e que tambem devem ser differentemente apreciadas tanto no prognostico como na therapeutica.

Para estabelecer exactamente a indicação operatoria na ictericia e seleccionar com rigor os casos que devem ser destinados ao tratamento cirurgico daquelles em que é preferivel o tratamento interno, importa aperfeiçoar o diagnostico differencial.

A observação seguinte exemplifica bem as difficuldades que semelhante diagnostico differencial pôde apresentar; trata-se dum caso da Clinica cirurgica de Heidelberg, incluido na referida serie clinica (pag. 54) e publicado no Anuario de 1907 que sahiu em setembro de 1908, circumstancia esta que permittiu incluir dados receptes na seguinte resumida observação.

N.º 1434. 1907. Mulher de 41 annos, ictericia ha 2 annos e meio, de variavel intensidade, nunca completamente desvanecida; com isto poucas dores. Fígado e baço fortemente augmentados de volume, na urina urobilina em abundancia, menos bilirubina. Acholia das fezes. Pouca ascite. Diathese hemorrhagica intensa: epistaxis, hemorrhagias cutaneas.

Diagnostico clinico: cirrhose hepatica? Doença de Hanot? Calculo do choledoco com ictericia funcional?

Em 12 de junho, operação: em logar da vesicula biliar encontra-se apenas uma lamina fibrosa retrahida. No canal choledoco, fortemente dilatado, cercado em toda a volta por adherencias duras, encontra-se um calculo quasi com as dimensões duma noz, á vizinhança do duodeno. Choledocotomia, extracção. Existia um segundo calculo, pequeno, em situação proximal num diverticulo (canal cystico?). Drenagem do canal hepatico, forte hemorrhagia na incisão; por esse motivo fica uma pinça na ferida. Drenagem, tampões. Sutura da parede abdominal em andares. Evolução favoravel. Ao retirar o tampão ligeira hemorrhagia. Ao 3.º dia tira-se a pinça; extrahidos todos os tampões e o tubo

de drenagem, a principio bilis em abundancia, fechando depois a ferida rapidamente.

A doente sahe curada em 11 de julho. A ictericia quasi desapparecida.

Primavera 1908. Estado geral excellente, grande augmento de peso, cicatriz solida. Nenhuns incommodos.

A duração da ictericia (2 annos e meio), a difficuldade do diagnostico differencial, o exito da difficil operação e a cura completa sam as circumstancias que tornam este caso de cholelithiase devêras interessante e instructivo.

Outro symptoma a considerar em especial na semiologia da cholelithiase é a febre.

Arrepios e grandes elevações thermicas ou ligeiros accessos têm sido descriptos na semiologia da lithiase biliar, e a cada passo se encontram na prática clinica.

Estas elevações de temperatura produzem-se de repente. A temperatura sóbe rapidamente, attinge o seu maximo e depois volta á normal tambem com celeridade. Nos intervallos das determinações infeciosas mantêm-se a temperatura sensivelmente normal.

Quando a infecção se circunscribe á vesicula biliar, ou nesta se localiza de preferencia, pôde dar-se uma elevação de temperatura a 38°-40° conforme a natureza da infecção.

Em casos mais ligeiros pôde a temperatura attingir 38°, estabelece-se á pressão uma certa sensibilidade local, mas dahi a dois ou três dias tudo entra em ordem: assim, por exemplo, num caso pessoal onde a temperatura maxima foi de 38° aproximadamente; e noutro caso, quasi monosymptomatico pela colica, onde a temperatura accusou apenas dois

accessos, respectivamente em duas noites consecutivas, com 37,2 na manhã seguinte, sem que tornasse a produzir-se outra elevação thermica; a sensibilidade á pressão sobre a vesicula manteve-se neste caso durante cêrca de duas semanas.

Neuling, escrevendo sobre o grande material clinico de Kehr, accentua mesmo o facto, não mencionado por alguns tratadistas dos mais autorizados, de que numerosas crises hepaticas evoluem sem febre e mesmo sem quaesquer sensações subjectivas de calor.

Por outro lado os casos mais graves podem acompanhar-se de arrepios, podendo resultar da intensidade da infecção uma cholecystite aguda por vezes phlegmonosa.

Sam numerosos os casos em que a elevação thermica ou um arrepio precedem a dôr.

Moynihan dá da respectiva physiologia pathologica a seguinte noção: o processo inflammatorio agudo na vesicula biliar determina a elevação a 38° ou mais e promove augmento da secreção da mucosa para a vesicula; esta circumstancia por sua vez dá causa a um augmento de tensão e á dôr.

Quando os ataques de cholecystite se succedem, a temperatura não se mantém elevada nos intervallos, mas, a produzir-se, sóbe rapidamente de cada vez, normalizando-se em seguida. Se, porém, uma suppuração se estabelece, pôde constatar-se uma contínua elevação de temperatura a 38 ou 39, embora, como veremos, a apyrexia não seja condição sufficiente para se excluir o empyema da vesicula.

Na calculose do choledoco pôde a colica acompanhar-se ou ser seguida de um arrepio, por vezes intenso, de outras vezes em miniatura. A temperatura oscilla rapidamente, mantendo-se normal entre os

ataques. O traçado, representando graphicamente estas determinações infecciosas, caracteriza-se pelas bruscas elevações com intervallos normaes.

Moynihán considera estas elevações angulares no traçado da temperatura pathognomonicas da lithiase biliar; exceptuando talvez as curvas no sezónismo, suppõe que não haverá traçados semelhantes com os quaes um cirurgiãõ possa confundir-se. No dominio da pathologia cirurgica decerto que não, comtanto que sejam tambem incluidas as angiocholites embora sem calculos, mas em pathologia interna occorre-me por exemplo a febre intermittente do typo ephemero de Comby, que nada tem de raro em pediatria; nestes casos ainda se pôde incriminar o figado porque pathogenicamente se fala numa auto-intoxicação hepatica a frigore.

Pela sua grande importancia clinica no diagnostico differencial a fazer, importa accentuar tambem a febre intermittente na syphilis visceral terciaria, especialmente na syphilis hepatica, da qual Dammert (1) e Pariser (2), além doutros, publicáram casos interessantes. Como é natural tem se dado erros de dignostico especialmente com o sezonismo, até que o tratamento especifico vem aclarar a situação.

Murphy, referindo-se, com mais propriedade, ao angulo de temperatura nas angiocholites, diz: a temperatura sóbe numa hora a 40° ou $40^{\circ},6$, mantém-se estacionaria durante algumas horas, e depois baixa rapidamente tambem ao normal, e conserva-se normal durante horas, dias ou mesmo semanas,

(1) e (2) Dammert e Pariser. Deutsche medizinische Wochenschrift de 27 d'agosto de 1908.

segue a mesma rapida variação, e repete-se com intervallos irregulares. Nas historias clinicas de Kehr encontram-se numerosos casos nesse genero, em que, com intervallos maiores ou menores, se succedem os accessos de 39° a 40°: num caso regularizaram-se, produzindo-se todos os 5 e 6 dias. Para estas características modificações de temperatura propõe Murphy a designação de *the temperature angle of cholangic infection*.

De facto, qualqúer angiocholite, independentemente de phenomenos de lithiasis, pôde apresentar curvas de temperatura deste typo, com accessos mais ou menos elevados, conforme o grau da infecção; é o que tive occasião de verificar numa angiocholite ligeira, consecutiva a um embaraço gastro-intestinal, e numa angiocholite muito intensa, com cholecystite, numa creança na qual todas as razões levaram a excluir a lithiasis (caso da pag. 188).

A febre que pôde acompanhar os calculos do choledoco explica-se geralmente pela angiocholite concomitante; prejudica-se o livre curso da bilis infectada, e a estase favorece a absorpção das toxinas; quando a retenção desaparece, costuma a febre ceder.

Ha casos em que os successivos accessos com arrepios sam os unicos symptomas a denunciar grandes calculos no choledoco; tanto as colicas como a ictericia podem faltar por completo. O choledoco apresenta-se nesses casos fortemente dilatado, de modo que o calculo, embora grande, apenas determina obstrucções passageiras ao curso da bilis. Ha um caso de Kehr (n.º 159 do relatorio de 1908) que mostra bem o papel preponderante do calculo no choledoco na determinação da febre: num forte ataque com ictericia intensa produziu-se uma

elevação thermica de 39°,6, que desapareceu com a migração do calculo para não voltar, embora a intervenção (cholecystectomy e drenagem do hepatico) revelasse ainda infecção no choledoco, onde já não havia calculos.

Finalmente em phases mais avançadas do processo inflammatorio, se uma infecção intensa se diffunde pelos finos canaliculos biliares, póde a temperatura não apresentar remissões, mas conservar-se persistentemente elevada. Em taes casos póde a temperatura attingir 39°,5 a 40°,5 e não voltar á normal. Em regra, porém, a febre deste typo é precedida pela febre intermittente anteriormente descripta, e traduz uma infecção mais generalizada e mais intensa.

Tanto nas obras classicas de Charcot, como nas de Naunyn, se encontram reproduzidas as curvas caracteristicas daquelle typo febril.

A febre intermittente hepatica de Charcot merece largas referencias a Dieulafoy, numa pretendida justificação de archaicas concepções pathogenicas, inaceitaveis no estado actual.

A designação de febre intermittente hepatica, introduzida por Charcot, é suggestiva e corresponde de facto a uma noção clinica assente; mas as ideias de physiologia pathologica do symptoma febre na lithiase biliar, actualmente expostas por Dieulafoy, não podem de modo algum ser admittidas por quem conhecer, embora muito superficialmente, quaesquer trabalhos modernos inglêses ou alemães sobre a lithiase biliar.

Em antigos escriptores como Budd, Schmidt, Schüppel, etc. tambem se encontrava referencia aos arrepios e ás elevações de temperatura, como sendo

de origem nervosa e comparaveis aos arrepios da febre urethral.

Moynihan, porém, na sua monographia de 1905 sobre a lithiase biliar, commenta dizendo: «actualmente reconhecemos que tanto esta febre como a febre urethral sam de origem bacteriana, e a resultante duma infecção incontestavel».

Neste segundo typo febril instala-se um arrepio com elevação thermica algumas horas depois dum catheterismo geralmente difficil; pensa-se naturalmente num ferimento urethral com subsequente absorpção de urina pathologicamente alterada; e alguns affirmam que não ha febre urethral com urina normal, tratando-se naquelle caso de febre por infecção ou intoxicação.

Quanto á febre na cholelithiase, importa analysá-la mais detalhadamente.

Dum modo geral, não irei cair no extremo opposto e seguir aquelles que, não acceitando uma elevação thermica qualquer sem participação de microbio, subordinam sempre a febre á infecção, o que nem sempre corresponde á verdade dos factos.

A clinica, com effeito, subjugando sempre a theoria, e pôr outro lado o laboratorio nos trabalhos de Krehl, Rouquès e Klemperer, deram a demonstração prática de que a febre, a verdadeira febre, pôde existir no homem e nos animaes de sangue quente independentemente de qualquer agente microbiano.

É com effeito noção assente que os derivados de tecidos organicos, produzidos num metabolismo normal ou pathologicamente alterado, podem, sem intervenção de quaesquer germens, provocar febre elevada num organismo de sangue quente.

Assim é conhecida a febre aseptica nas fracturas subcutaneas, estudadas por exemplo na Alemanha por Volkmann e

Génzmer, em França por Broca, que a descreveu em crianças, consecutivamente a fracturas fechadas e a arthrites traumaticas com hemarthroses sem ferida exterior. As fracturas acompanhadas de grandes derrames sanguineos ou sero-sanguineos de productos musculares sam as que mais expõem a esta febre; assim encontro-a apontada por Hennequin e Loewy electivamente em consequencia das soluções de continuidade do femur, do humero e da tibia. Tive occasião de a observar durante uma semana aproximadamente, precedida de grande arrepio poucas horas depois do traumatismo, num caso pessoal de fractura da rotula, em que a hemarthrose foi muito accentuada. Pathogenicamente tem-se incriminado um accrescimo de trabalho physiologico necessario á formação do callo (Famechon, Dermisch), a reacção do systema nervoso ao choque (Bowlby), a coexistencia duma fissura articular ou duma entorse (Verneuil), uma febre septicemica attenuada (Weber), uma repetição de affecção febril anterior (Maunoury), etc., segundo a enumeração de Hennequin-Loewy, sendo aproximavel duma destas concepções a opinião de Raffray que, em casos desta ordem, considera a febre resultante da excitação dos centros thermogenicos produzida por uma irritação peripherica num systema nervoso predisposto que facilite os reflexos. De facto esta febre é função da resorpção dos elementos anatomicos em necrose e dos productos de secreção dos tecidos necrobiosados. Sabe-se, por outro lado, que os extractos do musculo e de sôro sanguineo sam thermogenicos. De resto, as urinas accusam urobilina, derivada do pigmento sanguineo, e os ganglios lymphaticos, assim como as visceras, revelam-se com hematoidina e globulos vermelhos.

É tambem conhecida a febre aseptica em grandes derrames sanguineos, estudada por von Bergmann e Angerer, e que tem a mesma significação pathogenica. Sirvam de exemplo os accessos nas inundações sanguineas causadas pela ruptura de gravidez ectopica, sem que Hartmann e outros podessem encontrar no sangue evacuado quaesquer germens. A escola de Berlim insiste no valor diagnostico da urobilinuria ligada á absorpção desses productos, quando possam excluir-se as doenças que se acompanham deste signal. Nunca insistencias dessa ordem, acompanhadas pela vulgarização dos restantes symptomas seram excessivas, tratando-se da gravidez tubar tam frequente, muito embora tam pouco diagnosticada.

Deduz-se do exposto que a febre não resulta sempre duma infecção. Conhecida da physiologia a grande importancia do sys-

ema nervoso na funcção dosapparelhos centraes reguladores do calor, não ha motivo para rejeitar, *à priori*, que as sédes da regulação calorifica possam adoecer primariamente ou ser excitadas por vias nervosas por outros pontos do systema nervoso.

Krehl classifica, porém, esse terreno de discussão de muito incerto e oscillante.

Trata-se dum assumpto em aberto, pelo menos nalguns dos saus aspectos, e que, por muito interessante que seja, não devo desenvolver neste logar. Limite-me pois a tocar dois pontos.

Por um lado, que se admite ainda muito uma febre nervosa: a febre hysterica. Ha uma tendencia muito legitima para a receber sempre com desconfiança. Em todo o caso, Krehl escreve: «Eu nunca a vi. Quem quereria porém negar a possibilidade de febre psychogenica, depois de termos adquirido cada vez mais a experiencia de que a hysteria faz por assim dizer tudo. Ha notaveis historias clinicas que mal se podem interpretar doutro modo que não seja o de febre hysterica». Por outro lado, julgo dever emittir a opinião de que se abusa da noção de febre nervosa; assim Raffray, a quem se deve um interessante syndrôma (febre nos desequilibrados do systema nervoso por excitação dos centros thermogenicos) qualifica de nervosa a febre consecutiva á hemorrhagia cerebral, que se segue á queda inicial da temperatura, e que Gilles de la Tourette tam bem estudou, dando um elemento differencial para o diagnostico entre as apoplexias por hemorrhagia e aquellas que dependem de amollecimento cerebral. Ora semelhante pathogenia é inaceitavel, porque a resorpção de sangue e productos histicos justifica a febre.

Abusa-se ainda da febre nervosa quando se pretende definir a febre urethral como febre reflexa, assim como é inteiramente falsa a concepção da febre na cholelithiase como uma febre reflexa.

Na crise de lithiase biliar ha sempre vicios de circulação nas vias biliares, e quasi sempre inflamação das paredes com infecção. Offerece-se, pois, occasião para que productos pathologicos (bacterias, toxinas) possam ser absorvidas.

Não faltariam, pois, como acabamos de vêr, analogias pathogenicas para conceber na cholelithiase tambem uma febre aseptica ou nervosa, e não é, por-

tanto, por opinião antecipada que invoco no caso em questão os processos infecciosos, que dominam a pathologia da lithiase biliar, como os exames clinicos e especialmente os operatorios tem demonstrado plenamente.

Taes sam as condições clinicas e anatomo-pathologicas na cholelithiase, embora Dieulafoy (1) supponha ainda poder abstrahir da infecção hepatica, e defenda uma distincção entre a febre satellite da migração calculosa e os accidentes febris tributarios de infecções biliares graves.

Affirma que semelhante distincção entre a febre satellite e a febre de infecção tem sido descripta ha muito tempo; Penray Magnin, Charcot, Besnier estabelecêram «que a febre intermittente que sobrevem por occasião da lithiase biliar apparece em duas circumstancias differentes, e pôde ser o indicador de dois estados morbidos diversos».

Para distinguir nitidamente estas duas especies de febre intermittente, chamava Charcot á primeira febre hepatalgica ou febre satellite da colica hepatica, e á segunda febre hepatica ou biliar (de origem toxi-infecciosa). Os accessos febris dos chamados satellites, mesmo violentos, pôdem existir com as fórmas attenuadas e incompletas das colicas hepaticas; por vezes até dominam a situação de tal fórma, que a colica hepatica, quasi fruste, fica em segundo plano. Num caso de Magnin os accessos satellites das migrações calculosas tinham precedido de varios mêses as colicas hepaticas.

Estas considerações de Dieulafoy mostram que a

(1) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*. Paris, 1908, vol. II, pag. 901 a 905.

designação de febre satellite nada tem de verdadeiro, quer no intuito de traduzir coincidência, que o proprio Dieulafoy diz inconstante, ou proporcionalidade, que Dieulafoy tambem impugna, entre essa febre e a colica hepatica; quer pretendendo estabelecer um supposto antagonismo com a febre ligada ás determinações infecciosas no figado. Exemplificam estas considerações, com effeito, por dados clinicos, como a febre é independente da colica, embora possa acompanhá-la, tendo por pathogenia a infecção hepatica, que não só póde acompanhar a colica, mas tambem existir dissociada della, tendo por vezes caracter chronico, como no caso de Magnin referido por Dieulafoy.

É interessante notar que Dieulafoy, embora insistindo sempre na injustificavel distincção entre febre satellite e febre de infecção, diz: «não sei explicar bem a causa destes accessos satellites; Charcot suppunha que elles sam resultado duma infecção em pequena dose, caso em que poderiam ser considerados como uma das modalidades da febre bilio-septica; é possivel, mas não tenho a certeza, pois se vêem muitos casos de lithiase biliar em que os accessos febris satellites nunca chegam aos accessos febris bilio-septicos 1) e nunca sam seguidos de lesões infecciosas da vesicula biliar ou do figado 2)».

Consignando, de passagem, o facto de já Charcot ter sustentado a boa doutrina, analysemos ambas as duvidas de Dieulafoy.

1) Quanto á primeira não tem valor algum. Desde o momento em que se admite uma determinação infecciosa menos intensa como causa dos accessos chamados satellites, não se segue que a infecção deva fatalmente accentuar-se a ponto de se attingir a grave febre bilio-septica. Por outro lado

não existe rigorosa limitação entre os dois typos febris; tudo se reduz á intensidade do processo inflammatorio, e á variavel reacção individual, que póde ser desproporcionada á gravidade da infecção.

O proprio Dieulafoy não consegue differenciar os dois typos entre si, exceptuando a febre biliar do typo continuo, caso limite caracteristico. Com effeito, na pag. 919, referindo-se á febre bilio-septica (Chaufard), diz: «não se trata aqui da febre satellite das migrações calculosas que acima estudei, trata-se duma verdadeira febre de infecção, intermittente tambem, e caracterizada de resto, como a febre satellite, pelos arrepios mais ou menos violentos com elevação de temperatura attingindo 39° e 40°, e com suores profusos depois do accesso (tambem descriptos por Dieulafoy na febre satellite, por exemplo num caso do hospital Necker com temperatura a 40°; pag. 902). Estes accessos reaparecem á tarde, á noite, todos os dias, em dias alternados, pouco mais ou menos com a periodicidade dos accessos palustres, (nada que seja differente, por exemplo, das observações das pagg. 901 e 902 consideradas por Dieulafoy como de febre satellite). O periodo de apyrexia que separa os accessos é umas vezes completo (fórma intermittente), outras vezes incompleto (fórma remittente), e a febre póde mesmo persistir, experimentando apenas ligeiras remissões (fórma continua); o que é dum prognostico muito mais grave (caso limite, bem caracterizado). A febre intermittente bilio-septica póde acompanhar todas as localizações da infecção biliar; é especialmente com a infecção hepatica que ella attinge a maior intensidade; é menor e bastantes vezes nulla na cholecystite».

Pelo prognostico tambem Dieulafoy não consegue differenciar os dois typos febris, cuja distincção tanto

pretende accentuar; com effeito na pagina 904 diz: «o prognostico dos accesos satellites é geralmente benigno; causam grandes apprehensões, mas curam habitualmente sem deixar vestigios. Não se deveria comtudo ser demasiadamente optimista, porque taes acessos febris, que apresentáram no seu inicio os caracteres da febre hepatalgica, pódem ter uma terminação fatal».

Vê-se, portanto, que não é clinicamente possível uma distincção nitida, como era de prevêr. Como distinguir, com effeito, processos pathogenicamente iguaes, que apenas divergem na intensidade do processo infeccioso e da reacção que o organismo lhe offerece?

2) A segunda duvida posta por Dieulafoy tambem não é aceitavel. Dizer que a febre, a que chama satellite, não é resultado duma infecção, porque em muitos casos de lithiase biliar os accesos febris satellites nunca sam seguidos de lesões infecciosas da vesicula biliar ou do figado, é formular uma affirmação duplamente criticavel.

Por um lado seria, mutatis mutandis, dizer por analogia que a febre num pneumonico não é de causa infecciosa, porque em muitos casos de pneumonia os accesos febris nunca sam seguidos de lesões infecciosas do pulmão. De certo que Dieulafoy se não refere ao estado anatomo-pathologico contemporaneo do accesso febril, como se deprehende da seguinte passagem da (pag. 902) relativa a uma operada de Pozzi num caso rubricado por Dieulafoy de febre satellite:

«Tudo tinha corrido bem, a doente encontrava-se num estado excellente, não tendo tido febre alguma, quando foi accometida de arrepios e de terriveis accesos de febre, attingindo a temperatura 39° e 40°.

Os accessos reproduziam-se mais ou menos fortes, havia tres dias, em horas indeterminadas e varias vezes em vinte e quatro horas. O hypocondrio direito estava doloroso, as conjunctivas estavam ligeiramente ictericas. Examino a doente, constato uma dôr ao nivel das vias biliares, ouço que a doente tem tido colicas, dizem-me até que se recolheu em tempo nas dejeccões um grande calculo biliar; fixo-me na ideia de symptomas febris satellites de lithiase biliar, e com effeito, alguns dias depois desapareciam os accessos de febre sem deixar o menor vestigio, e as dôres das vias biliares desaparecem igualmente».

Por outro lado, é não considerar uma das mais interessantes características clinicas da lithiase biliar, que consiste precisamente na relativa facilidade com que as lesões infecciosas entram numa phase de latencia, inteiramente silenciosa de symptomas, tam duradoira por vezes, que equivale a ser definitiva; como Dieulafoy no seu artigo passa, por completo, em silencio este aspecto clinico, tam importante de conhecer para orientar o tratamento, não admira que o não considere, suppondo que nunca existiram lesões infecciosas da vesicula em doentes examinados provavelmente em phase de latencia.

Estabelecendo um contraste, diz-nos finalmente Dieulafoy que nunca observou accessos satellites no decurso da colica nephritica, o que é porém mais um argumento contra o seu modo de vêr, pois que as probabilidades de infecção das vias urinarias não se comparam em frequencia com as determinações infecciosas da calculose hepatica. De resto, não creio que se possa ser tam affirmativo relativamente á apyrexia nas colicas nephriticas.

Seja dito de passagem que Dieulafoy, na pag. 948 do mesmo volume, faz ainda uma digressão com o fim de pôr em relevo algumas das modalidades da febre nos ictericos.

Primeira variedade: febre hepatalgica (febre satellite), associada á migração dos calculos e ás colicas hepaticas.

Segunda variedade: febre bilio-septica, resultado da infecção das vias biliares (angiocholite, cholecystite, abscesso do figado).

Terceira variedade: febre que depende da retenção permanente da bilis adulterada.

Ficou dito o bastante para se concluir que a primeira variedade se identifica com a segunda.

Quanto á supposta individualidade do terceiro typo, que atrás ficou descripto, e que nada tem a diferenciá-lo dos processos febris bacterio-toxicos da cholelithiase, a não ser uma condição mechanica a mais, favorecendo a absorpção dos productos septicos, não tenho que analisá-la. A sua condemnação resalta evidente das seguintes passagens paradoxaes (pag. 947 e 948 do mesmo volume), a proposito de um caso de obliteração permanente do choledoco por calculo, operado por Duplay — sou eu que chamo a attenção do leitor, pelo espacejamento typographico:

«Longe de mim a ideia de fazer uma theoria, mas, visto que nesta mulher os accessos persistiam emquanto durou a retenção biliar, e cederam desde que a retenção biliar cessou, não me parece illogico attribui-los á resorpção da bilis septica. A bilis depois de uma demorada retenção, estará adulterada, é provavel, e o facto clinico importante a conhecer tanto para o medico como para o cirurgião, é que, nos casos de obliteração permanente do canal choledoco, se podem observar accessos de febre intensos e repetidos sem que haja infecção apreciavel das vias biliares».

Mas o criterio para excluir esta infecção encontra-se poucas linhas abaixo, a proposito de um caso

semelhante qualificado de não infectado: — «não havia em parte alguma liquido purulento».

A leitura das passagens da pag. 220 revela, porém, poder haver infecção sem purulencia do liquido, e já Riedel dizia que a bilis embora limpida pôde estar muito infectada.

Com Naunyn, Kehr e Krehl, além doutros, a affirmo que a febre na lithiase biliar, a produzir-se, resulta duma infecção biliar de certa intensidade.

Fez o seu tempo a chamada febre reflexa attribuida á irritação pelo calculo.

Este pôde exercer notavel influencia obstruindo, e favorecendo assim uma retenção de toxinas na bilis infectada e em estase.

A conclusão clinica a tirar quando o symptoma se produz, vou expô-la com Neuling, segundo os importantes relatorios clinicos de Kehr.

Definidos os caracteres do symptoma febre na cholelithiase e discutida a sua pathogenia, vejamos com effeito a sua distribuição relativa pelos diversos aspectos clinicos e anatomo-pathologicos da calculose hepatica. Sirvam para esse effeito 299 casos, serie relativa a 1904-1906, e publicada no relatorio de 1908.

Nestes 289 casos accusa-se o apparecimento de febre apenas 69 vezes, sendo respectivamente entretida:

- a) por cholecystite aguda infecciosa em 3 casos
- b) por cholecystite chronica (destes um caso complicado com tuberculose renal, e tres casos com pancreatite) em 12 casos

- c) por empyema da vesicula biliar... em 12 casos
- d) por calculos no choledoco..... em 32 casos
- e) por angiocholite sem calculos do
choledoco em 1 caso
- f) por cancro..... em 6 casos
- g) por necrose do pancreas..... em 2 casos
- h) por abscesso subphrenico em 1 caso

Este quadro revela immediatamente que predominam na determinação da febre os casos em que o calculo occupa o choledoco ou o hepatico, quando portanto se estabelece um impedimento ao livre curso nesses canaes da bilis infectada.

Importa ainda referir que, em varios casos de calculos no choledoco, se encontrou tambem um empyema da vesicula; mas nesses casos só se produziu a febre quando pela primeira vez, com o apparecimento da ictericia, o calculo estabeleceu uma obstrucção; anteriormente não tinha havido febre.

Fôram tambem isoladas as cholecystites sero-purulentas agudas, que se iniciáram com arrepio e febre; na maior parte dos casos faltava a febre completamente. Tam pouco se observou febre na grande maioria dos casos em que o exame clinico ou a operação reveláram a existencia de uma cholecystite infecciosa ou de um empyema da vesicula biliar.

Aos 12 casos febris de empyema (c), em que a febre foi geralmente passageira ou do inicio da infecção, contrapõem-se cêrca de 27 casos, em que nunca qualquer elevação thermica denunciou a grave inflamação purulenta da vesicula biliar. Geralmente isolava-se o foco inflammatorio por calculo obturante no collo da vesicula, não havendo infecção no choledoco.

A cholecystite chronica evoluciona tambem quasi sempre sem febre, segundo as estatiscas da clinica de Kehr; algumas observações pessoas de cholecystite chronica apyretica têm-me exemplificado clinicamente esta noção importante. Na serie de Kehr, a que me tenho referido, apparecem tambem casos de cholecystite chronica com febre, nalguns entretida por complicações. A expulsão dos calculos foi geralmente desacompanhada de febre; cinco vezes apenas, em 27 casos, a passageira occlusão do choledoco determinou elevações thermicas.

Se a febre pôde faltar nas cholecystites, e até nas suppurativas, como se deprehende desta interessante serie clinica, outro tanto pôde succeder com os calculos do choledoco; com effeito 37 casos da mesma serie decorrêram apyreticos, embora entre elles se encontrassem no choledoco algumas graves inflamações suppuradas. Mesmo angiocholites graves, em que a operação permittiu mostrar bilis fetida, massas lodosas e calculos no choledoco, podem não se acompanhar de febre alguma. O caso unico desta serie (e) exemplifica a relativa raridade das angiocholites diffusas sem calculos; em casos desta ordem deve produzir-se uma elevada febre septica, como era de prever. Geralmente encontram-se pequenos calculos, mais ou menos numerosos, que não produzem estase biliar muito grande, ou notavel dilatação do choledoco, como num caso da mesma serie em que o canal commum attingiu o diametro do intestino delgado, de modo que um calculo, embora grande, pôde nem sempre oppôr notavel obstrucção á bilis. Os calculos sam na maioria dos casos pequenos, movediços e constituem occlusão intermittente do choledoco, sem febre; mas em casos mais raros podem tambem calculos maiores não provocar febre.

É de grande valor semiológico a noção de que em varios destes casos se estabelecem, de vez em quando, arrepios, sem que propriamente se produzam elevações thermicas. Inscreve Moynihan, como dissemos (pag. 229) estes arrepios nos chamados *symptomata inauguraes* da cholelithiase.

O syndroma febril encontra-se tambem nesta serie em cancros do figado ou da vesicula, nas pancreatites, etc., ainda que não com a mesma frequencia do que na calculose do choledoco; pôdem tambem produzir-se na tuberculose *ad portam hepatis*, na pylephlebite, na actinomycoze e na ulcera do duodeno.

Geralmente trata-se de infecção concomitante no choledoco ou de empyema vesicular, como se encontra nas neoformações malignas avançadas. Mas a febre pôde faltar na grande maioria dos casos de oclusão chronica do choledoco por tumor, em contraste com a febre intermittente na oclusão por calculo. A tuberculose *ad portam hepatis* pôde tambem decorrer apyretica, como num caso de Kehr em que rigorosas determinações da temperatura) durante semanas consecutivas, nunca revelaram a menor elevação thermica.

As considerações feitas, comportam a conclusão clinica de que a febre não permite, em geral, uma apreciação segura da gravidade das alterações anatomo-pathologicas de que o systema biliar é a séde; comtudo importa seguir cuidadosamente a curva thermica para ajuizar dos processos morbidos que se manifestam no choledoco e tambem, na eventualidade de uma intervenção, para estabelecer a indicação operatoria; dahi a regra na cholelithiase de tomar sempre as temperaturas não só durante, mas tambem entre os ataques. A febre

revela, em todo o caso, uma infecção em grau mais elevado.

Tem particular importancia na semiologia da cholelithiase os phenomenos dolorosos, entre os quaes tem sido especialmente considerada a colica hepatica.

A distincção estabelecida entre a chamada colica classica e os episodios dolorosos da cholecystite é insubsistente não só no ponto de vista clinico, como tambem sob o aspecto da physiologia pathologica destes symptomas.

A dôr na cholelithiase apresenta-se com caracteres muito variaveis.

A dôr mais geralmente descripta nos tratados é a colica typica, lancinante, que se inicia no angulo epigastrico, irradiando pela direita para a região dorsal, indo terminar entre as omoplatas. Segundo Kehr seria esta a dôr da occlusão aguda do chole-doco.

Accentua-se tambem na colica biliar a possivel irradiação para a região thoracica anterior, assim como para espadua direita, embora esta ultima irradiação não tenha a frequencia que geralmente se lhe attribue.

Todas estas irradiações dolorosas se comprehendem facilmente tendo em conta os dados anatomicos.

Admitte Raffray com effeito que a dôr se estende de baixo para cima por intermedio do nervo phrenico direito, que vem terminar-se no plexo solar; ora este nervo phrenico nasce dos terceiro, quarto e quinto pares cervicaes, e recebe por vezes um ramo do primeiro par; como por outro lado o plexo brachial é parcialmente constituido pelos quinto e sexto pares cervicaes, que fornecem nervos aos musculos da

espadua, estabelece-se, a partir das vias biliares, a seguinte trajectoria: nervo hepatico, plexo hepatico, plexo solar, nervo phrenico, pares cervicaes, musculos da espadua, e dahi a eventualidade da dôr escapular nos hepaticos, nos cholelithiacos latentés ou declarados.

À irritação do plexo solar pôde tambem corresponder uma intensa pontada epigastrica.

Finalmente as connexões do plexo solar com os nervos dorsaes, isto é, os intercostaes, por intermedio dos esplanchnicos, explicam a frequencia das nevralgias intercostaes nos hepaticos e nos dyspepticos, nos primeiros especialmente á direita, e nos ultimos á esquerda.

Podem as colicas violehtas acompanhar-se de perturbações circulatorias, palpitações, irregularidades de pulso, bradycardia, oppressão, cyanose, e collapso, symptomas que Naunyn considera como reflexos vasoconstrictóres.

À inflammação vesicular ou á oclusão do cystico corresponde uma dôr, que muitas vezes se localiza apenas no hypocondrio direito, e que os doentes descrevem com variavel intensidade como dôr lancinante ou como ligeira impressão.

A dôr na oclusão chronica do choledoco é por vezes referida á linha média, acima do umbigo; de vez em quando queixam-se os cholelithiacos apenas de dôres á esquerda.

Alguns doentes só accusam dôres na região dorsal á direita, nada sentindo adeante; teem tambem sido descriptas dôres substernaes sem dôr espontanea na vesicula biliar.

Podendo faltar as crises dolorosas, conclue Kehr que as colicas paroxysmicas sam proprias das phases agudas da cholelithiase, ao passo que a dôr se man-

tem nos estados chronicos, embora com menor intensidade, durante semanas, e se repete acabando muitas vezes por decidir o doente a fazer-se operar.

É frequente os cholelithiacos não accusarem dôres algumas, ficando surprehendidos quando á exploração se denunciam dôres provocadas.

Importa a este respeito accentuar a importancia clinica dum methodo de exame destinado a apreciar a sensibilidade da vesicula biliar á pressão.

Primitivamente enunciado por Naunyn, tem o facto clinico sido vulgarizado por Murphy de Chicago, que diz: «o signal mais caracteristico e constante da hypersensibilidade da vesicula biliar é a impossibilidade do doente em tomar uma inspiração profunda, quando os dèdos do medico se adaptam profundamente por baixo do rebordo costal direito e do bordo do figado. O diaphragma faz abaixar o figado até que a vesicula biliar sensivel attinge os dedos que exploram, quando a inspiração se suspende bruscamente como se tivesse sido evitada. Nunca encontrei este signal ausente em casos de lithiase, ou em casos infecciosos da vesicula ou dos canaes biliares».

Naunyn insiste na dôr provocada durante a inspiração profunda, quando se exerce pressão, o mais acima que seja possivel, por baixo do rebordo costal direito; a dôr provocada irradia por vezes por toda a região hepatica e para o epigastro.

Moynihan recommenda para investigar este importante signal da dôr á pressão o seguinte methodo, que já tenho reconhecido como muito práctico: collocado o medico á direita do doente, e de preferencia sentado na cama, applica-se a mão esquerda sobre a parte inferior do lado direito do thorax do doente, apoiando-se o pollegar ao longo do rebordo costal; fazendo o doente uma inspiração profunda,

exerce-se simultaneamente pressão com o pollegar para cima.

Qualquer que seja o processo de exame, é frequente averiguar-se a existencia de dôr provocada em dois pontos especiaes: na região vesicular e no ponto dorsal de Boas (á direita da columna vertebral á altura da 12.^a vertebra dorsal).

Ainda que Boas ligue grande valôr diagnostico a este ponto dorsal, que tenho apreciado por vezes, não me parece, com Kehr, que se lhe possa attribuir o grande valor semiologico da dôr localizada na região vesicular.

Impõe-se finalmente a consideração de que a cholelithiase pôde iniciar-se clinicamente sem dôres algumas, revelando-se, por exemplo, por ictericia na calculose do choledoco.

Quanto á *physiologia pathologica* destes *symptomas dolorosos*, deprehende-se de considerações anteriormente estabelecidas (pag. 166, 213 e segg.) que se trata, na maioria dos casos, de processos *inflammatorios* que podem até chegar a interessar o peritoneu; devem tambem ser tomadas em linha de conta as adherencias, que, impedindo o funcionamento regular da vesicula, podem favorecer a estase e a infecção do conteúdo vesicular.

Aquelle conceito *pathogenico* por inflamação, documentado pela pratica cirurgica, sobreleva a influencia que a migração dos calculos, só de per si, possa exercer nalgumas colicas biliares.

Este ultimo aspecto *pathogenico* terá provavelmente o destino que teve a antiga noção, segundo a qual a colica *appendicular* era attribuida a concreções, quando, mesmo sem estas, se produzem dôres *appendiculares* vivissimas.

Kehr já em 1905 considerava rara a colica hepatica sem inflamação concomittante, accentuando que as camadas mucosa e muscular da vesicula e das vias biliares, embebidas de serosidade inflammatoria, limitariam assim o peristaltismo, como noutros processos inflammatorios, que se passam no aparelho digestivo. De então para cá, tem accentuado cada vez mais o papel primordial a attribuir á infecção na determinação das colicas vesiculares e do choledoco.

É especialmente decisivo o argumento que se invoca descrevendo-se crises dolorosas, com os mesmos caracteres clinicos, em doentes onde tudo se reduz a cholecystites agudas sem lithiase, como a cirurgia tem podido demonstrar com todo o rigór.

Mas tanto na appendicite como na cholecystite, tem a presença de concreções a maior influencia sobre o ataque inflammatorio, sobre a sua agudeza, e sobre o grau de lesões produzidas.

Relaciona-se este aspecto pathogenico do symptoma dor com um problema de diagnostico differencial.

Occorre com effeito perguntar se existe uma colica hepatica nervosa (neuralgia hepatitis, hepatalgia) a oppôr á colica da cholelithiase.

Kehr diz ter recebido varios doentes com o diagnostico de colica hepatica nervosa, não se admirando que o figado tambem se torne «nervoso» na nossa epocha de nervosismo. Mas é importante o ensinamento clinico de que, em todos estes casos, se revelou a existencia de calculos biliares, desaparecendo as nevroses hepaticas com a operação.

Vem comtudo a proposito dizer que semelhantes diagnosticos podem ser feitos com tanta maior facilidade, que nos cholelithiacos, com repetidas

crises dolorosas, se estabelecem frequentemente perturbações nervosas muito variadas. E assim apparecem neurasthenicos, considerados dyspepticos, nos quaes o diagnostico de cholelithiase nem sempre é feito, e doentes com accentuada depressão psychica.

Embora haja na litteratura medica uma serie de descripções sobre a epigraphe da colica biliar nervosa (Fürbringer, Pariser, Ewald, etc.), julgo que estes diagnosticos devem ser recebidos com a maior reserva.

As maiores difficuldades diagnosticas levantam-se na distincção entre a colica biliar e a gastralgia por ulcera. Faltando os caracteres que lhes sam proprios torna-se o problema clinico por vezes insuperavel, aggravando-se as difficuldades pela frequente eventualidade duma combinação entre os dois estados morbidos.

• Indicámos (pag. 232), a proposito dos symptomas inauguraes de Moynihan, os signaes geralmente invocados no diagnostico differencial.

Mas o caracter das dôres, a sua intensidade e irradiação nem sempre sam sufficientes para se poder distinguir com segurança a colica biliar doutros paroxysmos dolorosos abdominaes.

Assim a mencionada eventualidade duma irradiação para a esquerda pôde suggerir uma ulcera de estomago, como varios autores consignam.

A dependencia das dôres da quantidade e da qualidade da alimentação é certamente mais accentuada na ulcera; mas os episodios dolorosos na cholelithiase podem tambem relacionar-se até certo ponto com as refeições, e as dôres numa ulcera complicada de hypersecreção podem inversamente attenuar-se com os alimentos.

A producção geralmente nocturna da colica biliar tambem deve ser apreciada com alguma reserva no

diagnostico differencial com a gastralgia por ulcera, pois que esta pôde tambem occasionar dôres nocturnas, havendo simultaneamente hypersecreção ou estagnação.

Pôde ser invocavel nas mulheres a frequencia de crises biliares em relação com a menstruação, o parto e operações abdominaes.

A analyse do succo gastrico tem neste diagnostico differencial um papel muito secundario, pois que, segundo Kuttner, o succo gastrico se revela muito variavel nas colicas biliares, podendo tambem denunciar-se a hyperchlorhydria.

As hematemeses tambem constituem um symptoma commum a ambas estas affecções (pag. 235).

Pôde portanto haver difficuldade no diagnostico, immediatamente feito se poder revelar-se ao exame a caracteristica tumefacção vesicular, o que nem sempre succede em todos os casos de cholelithias.

A ictericia tambem não pôde sempre decidir com segurança este diagnostico, porque não só falta frequentemente na lithias, como tambem a ulcera se pôde acompanhar de ictericia, tratando-se duma ulcera do duodeno.

Apesar destas difficuldades é geralmente possivel fazer o diagnostico, tendo em conta o conjuncto dos symptomas, a anamnese e a evolução da doença.

Poderiam assim suggerir o diagnostico da cholelithias os seguintes symptomas: a falta de dyspepsia nos intervallos das crises dolorosas, a maior duração da dôr, o maior intervallo entre dois paroxysmos dolorosos, nas mulheres a coincidencia das dôres com a menstruação, gravidez, operações abdominaes, a concentração das dôres na metade direita do corpo, a persistencia das dôres depois de vomitos repetidos, um arrepio ou ligeira elevação de tempe-

ratura, augmento de volume do lóbo hepatico direito e sensibilidade á pressão na vesicula biliar e no bordo hepatico contiguo.

Ha estados de inflammação chronica do figado, sem alteração vesicular alguma, nos quaes podem dar-se paroxysmos dolorosos indifferençaveis das colicas biliares typicas, como num caso de cirrhose syphilitica, recentemente operado por Holländer.

Póde tambem offerecer difficuldades o diagnostico differencial por exemplo com a colica do colon transverso, sendo innegavel que muitas crises de cholelithiase sam consideradas como de colicas intestinaes.

Se o reconhecimento de muco nas fezes leva a diagnosticar a enterocolite muco-membranosa, é preciso tomar em linha de conta que esta se combina frequentemente com a cholelithiase, cujo diagnostico o apparecimento de muco não permite portanto excluir.

Completando o diagnostico differencial com outros estados morbidos, vamos fazer conjuntamente algumas considerações geraes sobre o diagnostico especial da cholelithiase, servindonos de elementos agrupados por Kehr, e que na sua quasi totalidade já foram successivamente indicados.

Não basta, com effeito, estabelecer o diagnostico de cholelithiase, devendo tambem tentar-se estabelecer o diagnostico especial das condições anatomopathologicas em causa no doente a examinar.

As difficuldades, que este problema clinico por vezes levanta, deram em resultado que autores da competencia de Naunyn duvidassem da possibilidade dos diagnosticos especiaes, como por exemplo na cholelithiase chronica.

Kehr, concordando com a possível dificuldade desse diagnostico, não havendo augmento de volume do figado, nem ictericia, nem tumefacção vesicular, lembra, porém, a este respeito que o exame conveniente, segundo o methodo indicado, revelando a dôr vesicular provocada, denuncia o processo inflammatorio com séde na vesicula biliar.

Os elementos a colligir sam a nota exacta da evolução da doença e um exame minucioso.

A anamnese deixa por vezes entrevêr o grau do processo anatomo-pathologico da cholelithiase. A natureza das colicas anteriores, a febre, a ictericia indicam como a doença evolucionou.

A inspecção revela nas grandes vesiculas hydropicas tumefacção abdominal, podendo vêr-se, em doentes magros, a vesicula acompanhando os movimentos respiratorios do diaphragma.

Os processos inflammatorios vesiculares e perivesiculares determinam uma elevação exagerada na parte superior do abdomen.

A percussão pôde indicar se a tumefacção vesicular está em continuidade com o figado, embora Kehr não ligue grande valor a estes dados colhidos pela percussão.

A auscultação é inutil. Considera Kehr uma raridade que possa ouvir-se o attrito peritoneal dependente de processos inflammatorios.

Tam pouco se pôde reconhecer a presença de calculos pela palpação com aquélla frequencia, que geralmente se suppõe, o que de resto, tendo importancia, não seria sufficiente, pois que não é a simples presença de calculos, que importa diagnosticar. Estam nas mesmas condições os exames radiographicos; assim a radiographia applicada aos calculos biliares tem conseguido exitos isolados (Beck, etc), mas não

tem interesse pratico, pois que nada diz acerca do estado anatomopathologico.

É a palpação, especialmente bimanual, que mais ensinamentos presta.

Assim como Kehr dá grande valôr á palpação bimanual, particularmente util para apreciar a tumefacção da vesicula, assim tambem Beck, de Nova-York, recommenda o exame bimanual de pé, collocando o doente o braço direito sobre a espadua do medico e inclinando-se para deante. Mas, na pratica usual, o medico á direita do doente, em decubito dorsal com os membros inferiores em flexão, colloca a mão esquerda na região renal direita, dispondo a mão direita sobre a parede abdominal á altura da vesicula biliar. Eleva-se o figado e a vesicula com a mão esquerda e procede-se á palpação da tumefacção vesicular, muito ao de leve para evitar as contracções da musculatura abdominal. A vesicula revela-se geralmente sensivel á pressão, excepto nalguns casos pouco numerosos de hydropsia com infecção extincta.

No inicio da cholecystite aguda é que a vesicula mais facilmente se pode apreciar, não só sensivel como augmentada de volume, piriforme, em hyperdistensão, através da parede abdominal flacida. Este estado acompanha-se frequentemente de vomito biliar. O estado geral póde ser grave; pulso frequente e pequeno; por vezes febre elevada. O diagnostico vae-se tornando mais difficil, porque os symptomas modificam-se. O processo invade o peritoneu, produz-se meteorismo e constipação; resultam adherencias ou um exsudado de pericholecystite; accentua-se a defesa da parede abdominal, e todo o lado direito do abdomen se torna doloroso. O diagnostico nesta phase póde ser muito difficil, devendo considerar-se especialmente no diagnostico differencial com a ap-

pendicite — a localização do maximo de defesa e de dôr na metade direita do abdomen superior e — a continuidade da resistencia ou matidez com o figado. Refere Arnspenger casos em que o reconhecimento duma zona, por vezes tympanica, sem dôr, entre o fôco e a arcada crural permittiu excluir com probabilidade a appendicite. Ha casos, porém, em que a vesicula biliar inflammada e o lóbo direito do figado podem attingir a fossa iliaca direita.

Riedel mostrou, com effeito, que o territorio hepatico situado por cima da hydropisia inflammatoria da vesicula se estende em prolongamento para baixo constituindo-se por vezes muito rapidamente, em poucos dias.

Este prolongamento linguiforme pôde levantar embarços diagnosticos com o rim direito movel. Tambem esse diagnostico differencial se considera com a tumefacção vesicular. Esta ultima pôde por vezes ser impellida para dentro, mas volta à sua posição normal; não havendo muitas adherencias revela-se lateralmente deslocavel. O rim movel denuncia-se, em geral, pela sua fórma, e dá, á reposição, uma impressão caracteristica: como que salta das mãos. O rim movel dessapparece em grande parte pela insuflação de ar no colon; a tumefacção vesicular é impellida para cima, embora este signal não seja constante.

Kystos hydaticos do figado, desenvolvidos na proximidade da vesicula, podem confundir-se com hydropisias vesiculares, havendo casos em que só a anamnese (ausencia de dôres, crescimento lento e gradual do tumor) faculta um diagnostico.

O diagnostico da cholelithiase é geralmente muito facil, havendo colicas typicas e tumefacção vesicular. As caracteristicas desta tornam absolutamente dis-

pensável qualquer punção exploradora, de resto perigosa, sendo o conteúdo vesicular geralmente infeccioso. Tumefacção vesicular sem ictericia indica uma oclusão, geralmente calculosa, do cystico. Não se apreciando tumefacção vesicular, e não sendo as dores typicas, tornam-se possiveis erros diagnosticos com as colicas saturninas, colicas renaes, coprostases e colicas intestinaes. Tratámos (pag. 293) do delicado diagnostico differencial com a ulcera de estomago.

Na retracção vesicular, mesmo na oclusão chronica do choledoco por calculo, é o exame muitas vezes negativo, havendo, quando muito, uma sensibilidade maior ou menor á pressão. Nesta oclusão chronica pôde encontrar-se, além dos pigmentos biliares, que de resto faltam num terço dos casos (Kehr), albuminuria.

Da oclusão aguda do choledoco, facilmente diagnosticada, e muitas vezes evitavel com um tratamento opportuno da cholecystite causal, pode resultar a oclusão chronica.

A oclusão chronica do choledoco e a lithiase do choledoco nem sempre sam diagnosticadas.

A ictericia pôde faltar por completo, quando o choledoco se dilata, a infecção se extingue e a bilis pôde passar junto ao calculo, ou quando a permeabilidade do cystico dá passagem á bilis para uma fistula entre a vesicula biliar e o intestino.

Podem faltar as colicas typicas, havendo em logar destas uma impressão desagradavel. É frequente que arrepios, repetindo-se irregularmente, e em geral, mas não sempre, acompanhados dum augmento de ictericia, lembrem a obstrucção do choledoco. Pôde o prurido produzir-se mesmo desacompanhado de ictericia.

O diagnostico entre oclusão do choledoco, ou

por calculo ou por tumor, resume-se no seguinte: na oclusão por calculo ha geralmente retracção da vesicula, impalpavel, a ictericia pouco intensa e variavel, as fezes ora acastanhadas, ora acinzentadas, as colicas de intensidade variavel e a febre de typo intermittente; na oclusão por tumôr apresenta-se a vesicula biliar geralmente grande, como formação hyperdistendida por baixo do figado, a ictericia accentuada e de intensidade crescente, acholia persistente das fezes, faltando as colicas e a febre quasi sempre. É a enunciada lei de Courvoisier, verificada em cerca de 75% dos casos.

Taes sam, em resumo, os principaes elementos para o diagnostico especial das diversas fórmãs de cholelithiase.

BIBLIOGRAPHIA CONSULTADA

- Adami. *Gall Stones and their Cholesterin Constituents*. The British Medical Journal de 5 de junho de 1909.
- Alberto d'Aguiar. *Cellula hepatica e crase urinaria*. Porto, 1896.
- Alfredo Doria. *Sobre Cirurgia da Vesicula Biliar*. These de Lisboa. Julho de 1900.
- Apert. *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales*. Paris, 1907.
- Arnsperger (L.). *Die chirurgische Bedeutung des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 48. Heft 3. Tübingen 1906.
- *Zur Differentialdiagnose des Icterus*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 52. Heft 1. Tübingen 1906.
- *Diagnose und Therapie der akuten Cholezystitis*. Medizinische Klinik. 1908, n.º 11.
- Bachrach. Medizinische Klinik de 19 de julho de 1908.
- Bacmeister. *Der Ausfall des Cholesterins in der Galle und seine Bedeutung für die Pathogenese der Gallensteine*. Münchener medizinische Wochenschrift. 1908, n.º 5 e 6.
- *Die Bedeutung des radiären Cholesterinstein für die entzündliche Gallensteinkrankheit*. Münchener medizinische Wochenschrift de 11 de maio de 1909.
- Beck. *Bildung und Zusammensetzung der Gallensteine nebst einigen Gesichtspunkten des Röntgenverfahrens und deren Behandlung*. Leipzig, 1907.
- Bickel e Wohlgemuth. *Die Rolle der Leber im intermediären Eiweissstoffwechsel*. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. Wiesbaden, 1908.
- Blum. *Ueber hämolytischen Ikterus*. Münchener medizinische Wochenschrift. 25 de maio de 1909, pag. 1103.
- Bofinger. *Ueber die Diagnose der Cholelithiasis*. Leipzig, 1907.
- Bourgoin. *Cholemie et ictère dans le foie cardiaque*. These de Paris, 1906.

- Bouchard e Brissaud. *Traité de Médecine*. Deuxième édition. Paris.
- Charcot. *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins*. Paris, 1877.
- Chauffard e Laederich. *Étude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse*. *Revue de Médecine*, setembro, 1905.
- Chauffard. *Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte*. *Semaine Médicale*, 1907, pag. 25.
- *Les ictères hémolytiques*. *Semaine Médicale* 1908, pag. 49.
- *Le syndrome spleno-hépatique dans le paludisme aigu*. *Semaine Médicale* 1909, pag. 25.
- Congrès (vingt et unième) de Chirurgie. Paris, 1908. Procès-verbaux, mémoires et discussions.
- Cotte. *Traitement chirurgical de la Lithiase Biliaire et de ses Complications*. Thèse de Lyão, 1908.
- Dammert. *Ueber intermittierendes Fieber bei tertiärer visceraler (speziell Leber) Syphilis*. *Deutsche medizinische Wochenschrift* de 27 de agosto 1908.
- Debré. *Porteurs de germes et fièvre typhoïde*. *La Presse Médicale* de 9 de janeiro de 1909.
- Diculafoy. *Manuel de Pathologie interne*. Quinzième édition. Paris, 1908.
- Duplay e Reclus. *Traité de Chirurgie*. Deuxième édition. Paris.
- Duranton. *La cholesterine et ses conditions de précipitation*. Thèse de Paris. Novembro, 1908.
- Elliot. *Surgery of the liver, gall-bladder, biliary passages, and pancreas*, in Collins Warren e Pearce Gould. *The international Text-book of Surgery*. Londres e Philadelphia, 1902.
- Eppinger. *Icterus*. *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*. Berlin, 1908.
- Exner e Heyrovsky. *Pathologie der Cholelithiasis*. *Zentralblatt für Chirurgie*. 29 de agosto de 1908.
- Fellner. *Menstruelle Leberhyperämie-Schwangerschaftsleber*. *Medizinische Klinik*, 1909, n.º 21.
- Fischer. *Beitrag zur Pathologie des Icterus*. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*. Band 20. Heft 2, Jena, 1909.
- Fischler. *Das Urobilin und seine klinische Bedeutung*. *Habilitationsschrift*. Heidelberg, 1906.
- Föderl. *Ueber Cholezystitis*. *Medizinische Klinik* de 30 de maio de 1909.

- Français. *Étude clinique et traitement de le lithiase du cholédoque*. Paris, 1906.
- Gautrelet. *Physiologie uroséméiologique*. Paris, 1906.
- Gilbert e Lippmann. *Du microbisme biliaire normal*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1903, pag. 158.
- , Herscher e Posternak. *Cholemimétrie*. Comptes rendus de la Société de Biologie, vol. 55, pag. 1587.
- et Lereboullet. *Bulletin de la Société de Biologie*. 3, 10, 17, 24 de junho de 1905, 1 de julho de 1905.
- e Lippmann. *Contribution à l'étude bactériologique des calculs biliaires, rôle des microbes anaérobies*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1907.
- *Les trois cholemies congénitales*. Semaine Médicale, 1907, pag. 563.
- , Carnot e Jomier. *Traitement de le lithiase biliaire*. Congrès français de Médecine. Dixième session. Rapports, pag. 174, Genebra, setembro de 1908.
- Goldammer. *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege*. Beiträge zur klinischen Chirurgie 55. Band. 1. Heft. Tübingen 1907.
- Goldschneider. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, de 8 de abril de 1909.
- Gosset. *Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique*. 21^e Congrès de Chirurgie. Procès-verbaux, mémoires et discussions. Paris, 1908.
- Hermano de Medeiros. *A drenagem da vesicula biliar*. These de Lisboa. Julho de 1903.
- Hernette. *Sur les resultats immediats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie*. Paris, 1907.
- Hofbauer. *Ueber Relationen weiblicher Generationsvorgänge zur Klinik der Cholelithiasis*. Medizinische Klinik de 14 de fevereiro de 1909.
- Iscovesco. *Les lipoides*. La Presse Médicale de 18 de julho de 1908.
- José Gentil. *A Cirurgia em Portugal*. Notas sobre Portugal, volume 1. (Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908. Secção portuguesa). Lisboa, 1908.
- Kamm. *Gefährdung des Typhusbazillenträgers durch die eigenen Typhusbazillen*. Muenchener medizinische Wochenschrift, de 18 de maio de 1909.
- Kayser. *Ueber die Art der Typhusausbreitung in einer Stadt*. Muenchener medizinische Wochenschrift, de 1 de junho de 1909.

- Kehr. *Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Die Deutsche Klinik (v. Leyden-Klemperer) 8. Band. Berlin, 1905.
- *Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge*. Munich, 1905.
- *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906.
- *Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Leber der Gallenwege und der Milz* in von Bergmann e von Bruns. Handbuch der praktischen Chirurgie. Stuttgart, 1907.
- , Liebold e Neuling. *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908.
- *Gallensteine*. Deuxième Congrès de la Société internationale de Chirurgie. Bruxelles. Setembro de 1908.
- *Welche Erfolge hat bisher das Messer des Chirurgen bei der Behandlung der Cholelithiasis erzielt?* Münchener medizinische Wochenschrift, de 6 de outubro de 1908.
- *Ueber Erkrankungen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung der bei der Cholelithiasis vorkommenden Pankreatitis chronica*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 20 Band. Heft 1. Jena 1909.
- Kocher. *Chirurgische Operationslehre*. Fünfte vielfach umgearbeitete Auflage. Jena, 1907.
- Körte. *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber*. Berlin, 1905.
- Krehl. *Pathologische Physiologie*. Fünfte Auflage. Leipzig, 1907.
- Kuttner. *Ueber abdominale Schmerzanfälle*. Halle a S. 1908.
- Lepierre e Nogueira Lobo. *Elementos de Semiologia urinaria*. Coimbra, 1905.
- Lubarsch-Ostertag. *Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie*. Wiesbaden, 1908.
- Morawitz e Bierich. *Ueber die Pathogenese der cholämischen Blutungen*. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd 56, pag. 115. 22 de novembro de 1906.
- e Lossen. *Untersuchungen an einem hereditären Bluter*. Verhandlungen des 25 Kongresses für innere Medizin pag. 552. Vienna d'Austria, abril de 1908.
- *Ueber Hämophilie*. Deutsches Archiv für klinische Medizin 94 Band. 1 u. 2 Heft, pag. 110. 15 de setembro de 1908.
- Mathieu. *Retrecissements non néoplasiques des voies biliaires principales*. Revue de Chirurgie 1908, tome XXXVII, n.º 1.

- Mathieu. *La lithiase de la voie biliaire principale*. These de Paris. Dezembro, 1908.
- Mayo Robson. *Diseases of the gall-bladder and bile-ducts, including gallstones*. Londres, 1904.
- *Anatomy of the pancreas in relation to its diseases*. The British Medical Journal, de 16 de maio de 1908.
- Mering e Krehl. *Lehrbuch der inneren Medizin*. Jena, 1908.
- Minkowski. *Icterus und Leberinsufficienz*. Die Deutsche Klinik (Leyden-Klemperer) 5. Band. Berlim, 1905.
- Mizokuchi. *Ueber Operationen an den Gallenwegen*. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 96 Band. 4-6 Heft. Dezembro, 1908.
- Monsarrat. *Cholecystitis*. The Practitioner, de junho de 1908.
- Moynihan. *Gall-stones and their surgical treatment*. Philadelphia e Londres, 1905.
- *An Address on Inaugural Symptoms*. The British Medical Journal, de 28 de novembro de 1908.
- Nachmann. *Etude analytique et critique des diverses methodes de palper du foie*. La Clinique, de 17 de julho de 1908.
- Narath e Arnspurger. *Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für 1907*. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 59. Band Supplement Heft. Tübingen. Setembro de 1908.
- Nepper. *Constipation et sécrétion biliaire*. Gazette des hôpitaux 1908, pag. 1516.
- Nicolau Bettencourt e Garcia Regalla. *O diagnostico da febre typhoide pela hemo-cultura em bilis*. Gazeta dos Hospitales do Porto, 1908, pag. 41.
- Oddo. *Revue de Medicine*, 10 de setembro de 1903.
- O caso Waldeck-Rousseau. *A Medicina contemporanea*, de 11 de setembro de 1904.
- Pariser. *Zwei Fälle von Leberlues mit langdauerndem Fieber*. Deutsche medizinische Wochenschrift, de 27 de agosto 1908.
- Posselt. *Zur Methodik der klinischen Serumuntersuchungen*. Zentralblatt für innere Medizin, 1907, n.º 20, pag. 497.
- *Moderne Leberdiagnostik in funktioneller und ätiologischer Beziehung* Medizinische Klinik, 5 de julho e 2 de agosto de 1908.
- Quincke e Hoppe-Seyler. *Diseases of the liver pancreas and suprarenal capsules* Nothnagel's Encyclopedia of Practical Medicine. Philadelphia e Londres, 1905.
- Raffray. *Les déséquilibres du Système nerveux*. Paris, 1903.
- Reynaldo dos Santos. *Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas*. Lisboa. Junho de 1906.

- Ridnick. *Kystes hydatiques du foie et cholemie simple familiale*. These de Paris, 1905.
- Riedel. *Ueber Cholecystitis und Cholangitis sine concremento*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 19 Band. Heft 1. Junho de 1908.
- *Neue Erfahrungen ueber Cholecystitis und Cholangitis sine concremento*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 20 Band. Heft 2. Maio de 1909.
- Rolleston. *Diseases of the liver gall-bladder and bile-ducts*. Philadelphia-Nova-York-Londres. 1905.
- Rosenfeld. *Ueber familiären Ikterus*. Deutsche medizinische Wochenschrift, 8 de abril de 1909, pag. 619.
- Sacquépée. *Ictères hémolytiques d'origine paludéenne*. Semaine Medicale 1908, pag. 527.
- Schwarz. *Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Cholelithiasis*. Würzburg, 1908.
- Sereto Diniz. *Calculos biliares-Pathogenia e frequencia*. These de Lisbôa. Julho de 1906.
- Starkiewicz. *Sur la pathogénie de l'ictère acholurique congénital*. Revue de Medecine. Paris, 10 de janeiro de 1909, pag. 68.
- Strümpell. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*. Leipzig, 1907.
- Syllaba. *Zur Diagnose der schwächeren Grade des Ikterus*. Folia haematologica 1904, vol. 1, pag. 636.
- Vaquez e Giroux. *Ictère chronique acholurique avec splénomégalie; ses relations avec l'anémie hemolytique*. Semaine Medica, 1907, pag. 551.
- Vaury. *Contribution à l'étude du foie dans la goutte. Ictère chronique simple et goutte*. These de Paris de 1907.
- Weil (Emile). *La coagulation du sang dans les états hémorragiques*. Comptes rendus de la Société de Biologie, tome LI, pag. 558, de 8 de dezembro de 1906.
- Widal e Ravant. *Ictère chronique acholurique congénital*. Semaine Médicale, 1902, pag. 302.
- Würtz. *Eine Missbildung als Ursache unstillbarer Blutung beim Neugeborenem*. Medizinische Klinik, 27 de dezembro de 1908.

INDICE

	Pag.
PREFACIO.....	1x

CAPITULO I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASE

Actualidade dos estudos sobre a lithiase biliar.....	1
Seu valor clinico e medico-legal.....	3
Seu valor em hygiene.....	4
Complicações da cholelithiase.....	5
Pathogenia e anatomia pathologica.....	11
Semiologia.....	12
Tratamento medico.....	15
Historia do tratamento cirurgico.....	17
O caso Waldeck-Rousseau.....	25
Estatistica de Kehr (Halberstadt).....	37
Estatistica de Mayo-Robson (Londres).....	44
Estatistica dos irmãos Mayo (Rochester).....	45
Estatistica de Czerny-Narath (Heidelberg).....	49
Estatistica de Kümmell (Hamburgo).....	56
Estatistica de Koerte (Berlim).....	»
Estatistica de Poppert (Giessen).....	57
Estatistica de Kocher (Bern).....	58
Considerações geraes.....	59
Inquerito de Kehr (Congresso de Bruxellas).....	61
Cirurgia da cholelithiase em França.....	67
Cirurgia da cholelithiase em Portugal.....	78

CAPITULO II

PATHOGENIA DA CHOLELITHIASE

	Pag.
Cholemia simples familiar	101
Diathese biliar de Gilbert.....	109
Analyse deste terreno biliar.....	112
Cholemia physiologica.....	113
Critica da cholemia physiologica	114
Cholemimetria de Gilbert e Herscher.....	117
Apreciação da technica de Gilbert.	120
Technica de Posselt.....	123
Cholemia e intoxicações hepaticas	124
Conceito de cholemia segundo a escola alemã.....	126
Hemorrhagias cholemicas.....	127
Critica da cholemia simples familiar.. ..	128
Cholemia simples familiar e hemophilia.....	131
Cholemia simples familiar e syphilis.....	134
Cholemia simples familiar e cholelithiase.....	137
Cholemia simples familiar e appendicite.....	139
Cholemia simples familiar e carcinoma.....	140
Cholemia simples familiar como terreno hydatico.....	142
Cholemia simples familiar e cirrhose.....	143
Conclusão sobre a cholemia simples familiar.....	145
Hypercholemia immediata: ictericia chronica simples.....	147
Pathogenia da ictericia chronica simples.....	149
Ictericias hemolyticas e cholelithiase.....	151
Ictericia chronica simples não hemolytica.....	153
Ictericia congenita hemolytica.....	155
Cholelithiase e sezonismo.....	159
Cholelithiase e arthritismo.....	161
Critica da subordinação da lithiase ao arthritismo.....	164
Cholelithiase por affecção do nervo vago.....	165
Argumentos de Kehr contra a theoria da diathese.....	168
Hereditariedade na cholelithiase.....	169
Antecedentes pessoas na cholelithiase.....	172
Traumatismo e cholelithiase.....	173

	Pag.
Gravidez e cholelithiase.....	174
Sexo e cholelithiase.....	176
Edade e cholelithiase.....	179
Infecções experimentaes da vesicula.....	180
Estase biliar nas cholecystites.....	183
Microbismo normal da vesicula.....	184
Vias de infecção vesicular.....	186
Confirmação clinica e anatomo-pathologica.....	187
Natureza dos germens nas cholecystites..	189
Cholecystites por infecção ascendente.....	189
Cholecystites por infecção hematogena.....	190
Cholecystite por pneumo-bacillo de Friedländer.....	190
Cholecystite typhica.....	192
Portadores e excretores de bacillo typhico.....	192
Cholecystite calculosa.....	195
Recidivas de cholecystite.....	197
Canaes de Luschka e recidivas.....	198
Cholelithiase e cholecystite.....	199
Catarrho lithogenico.....	200
Origem infecciosa da lithiase.....	201
Mechanismo da lithogenese.....	202
Precipitação dos saes biliars.....	204
Calculo radiado de cholesterina.....	207
Parede vesicular e lithogenese.....	210
Lesões anatomo-pathologicas na vesicula.....	213
Pericholecystite e adherencias.....	215
Hydropsia da vesicula biliar.....	217
Lesões na cholecystite chronica.....	218
Lesões anatomo-pathologicas no choledoco.....	219
Lithiase do hepatico e das vias intra-hepaticas.....	222
Fórmias de cholelithiase.....	225

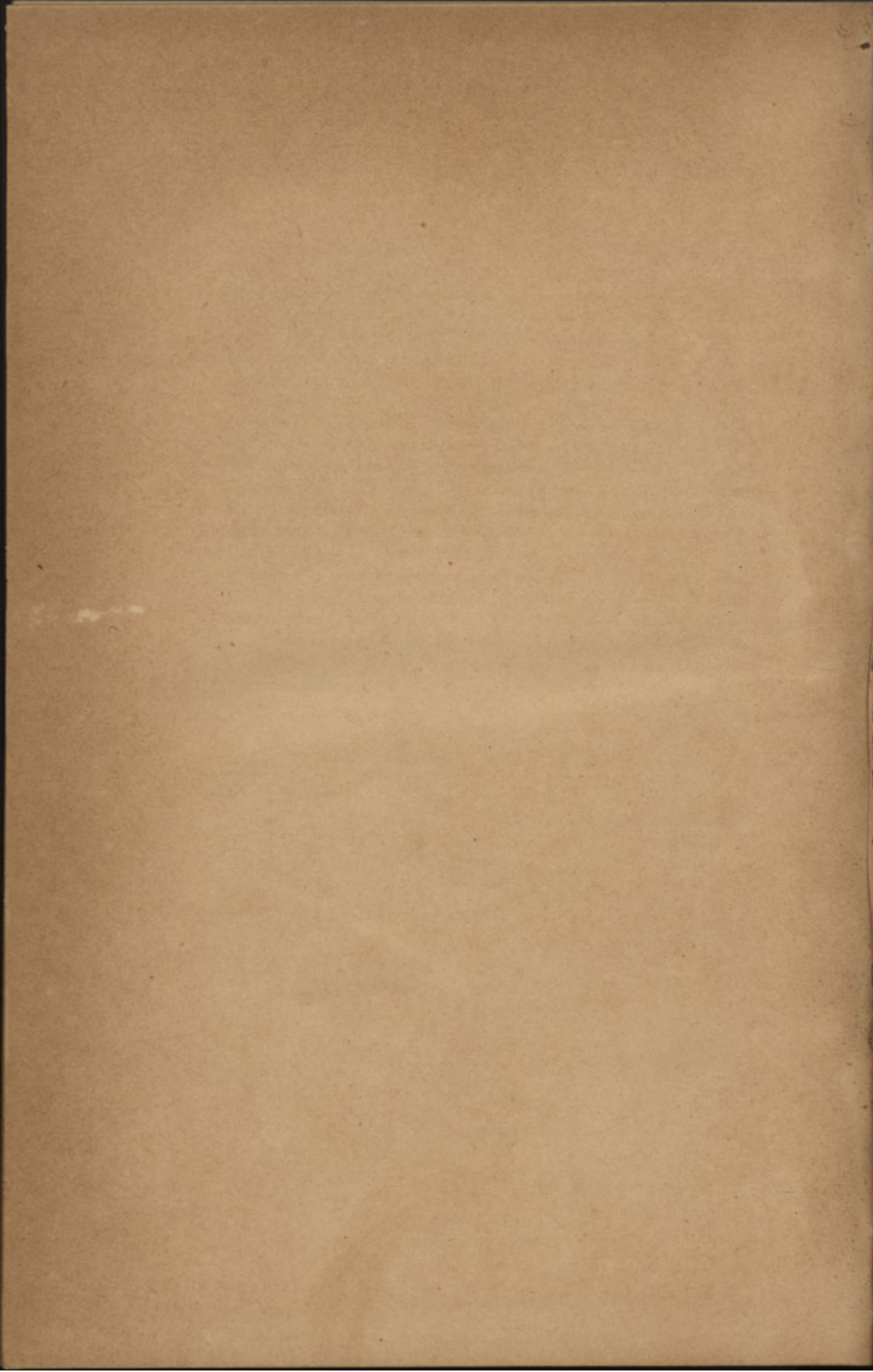
CAPITULO III

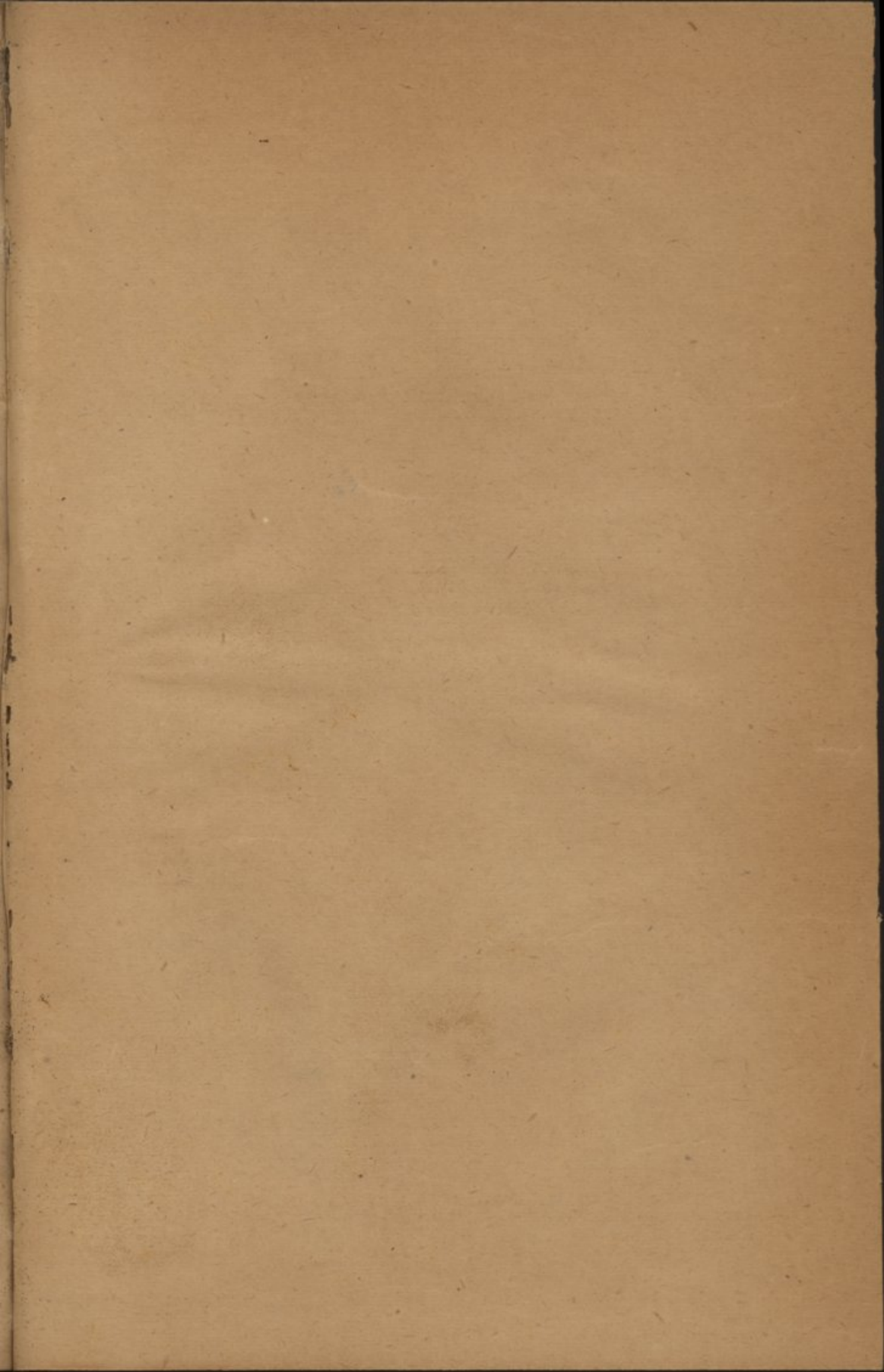
SEMILOGIA DA CHOLELITHIASE

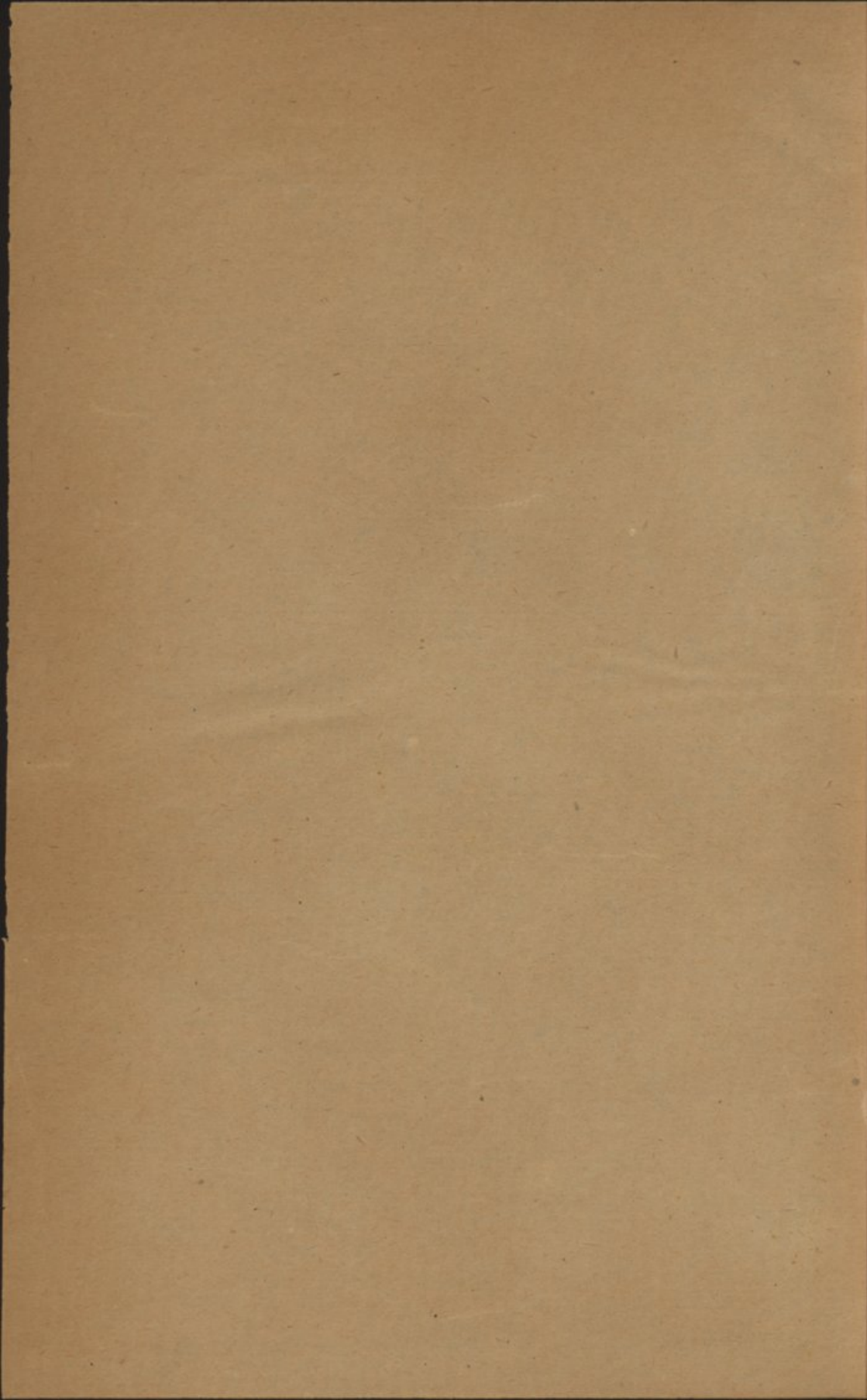
Symptomias inauguraes de Moynihan.....	227
Apreciação das conclusões de Moynihan.....	230
Symptomias gastro-intestinaes na cholelithiase.....	233

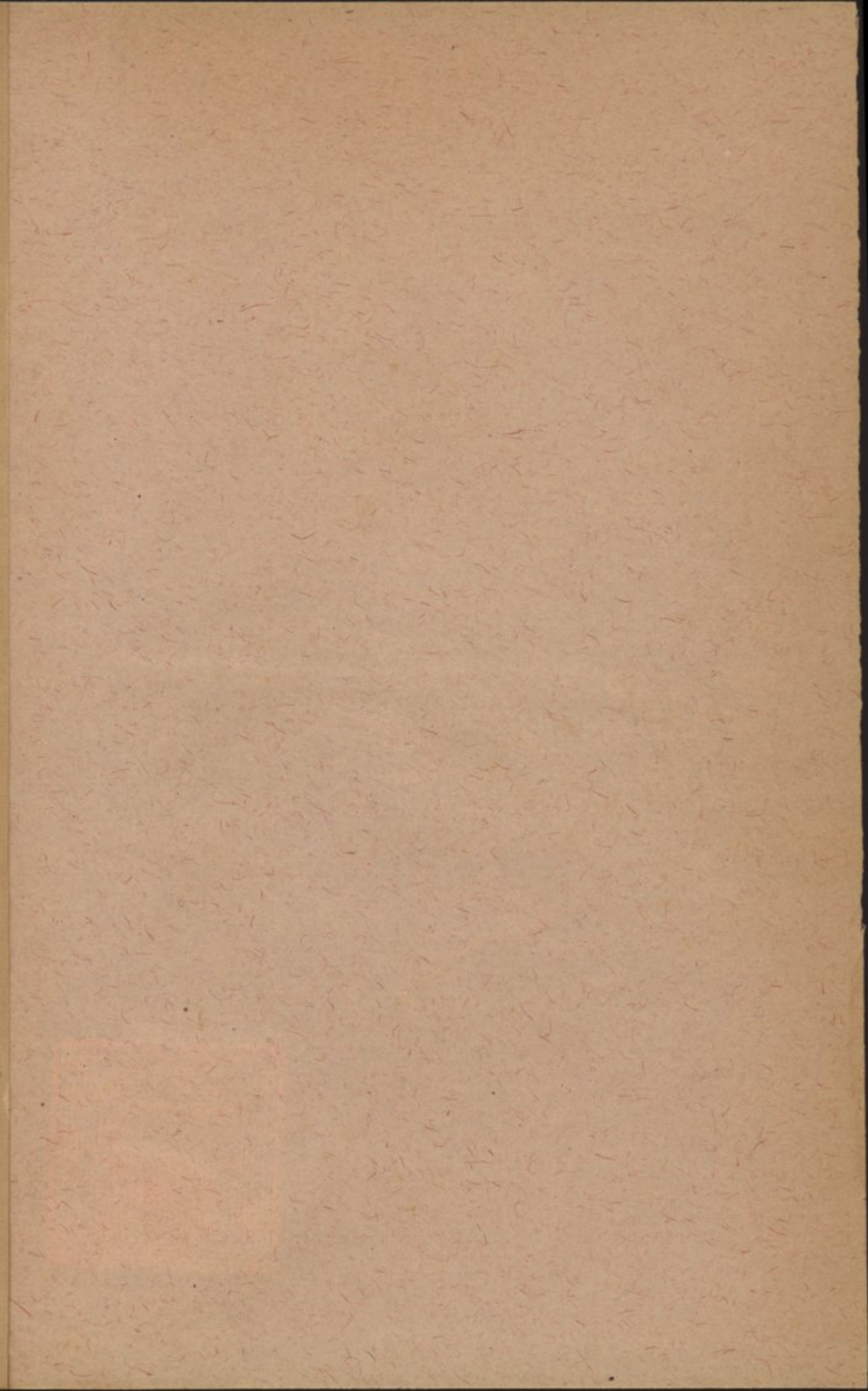
	Pag.
Ictericia na cholelithiase.....	237
Ictericia e expulsão de calculos.....	238
Frequencia da ictericia na lithiase.....	241
Ictericia de retenção e inflammatoria.....	245
Ictericia por pancreatite na lithiase.....	247
Ictericia simples na cholelithiase.....	249
Ictericia na lithiase com reacção geral.....	251
Ictericia funcional na cholelithiase.....	253
Diagnostico differencial da ictericia.....	257
Febre na cholelithiase, seus caracteres.....	270
Physiologia pathologica do symptoma.....	274
Febre satellite da colica e febre biliar.....	279
Febre nas diversas fórmas de cholelithiase.....	284
Dôr na cholelithiase, seus caracteres.....	288
Dôr provocada na cholelithiase.....	290
Physiologia pathologica do symptoma.....	291
Diagnostico differencial da dôr na lithiase.....	292
Diagnostico differencial com outros estados morbidos.....	295
Diagnostico especial da cholelithiase.....	295
BIBLIOGRAPHIA.....	301



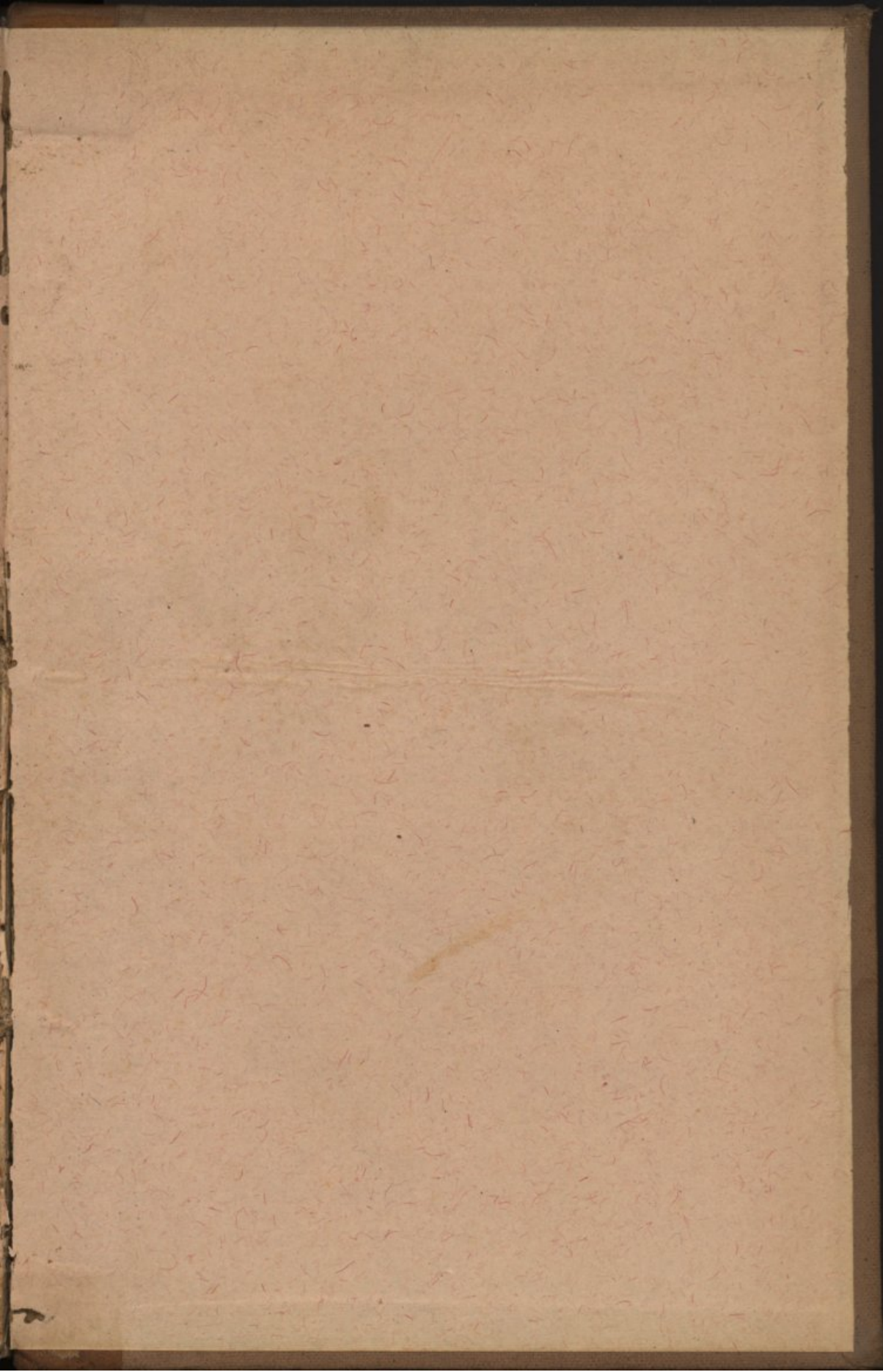


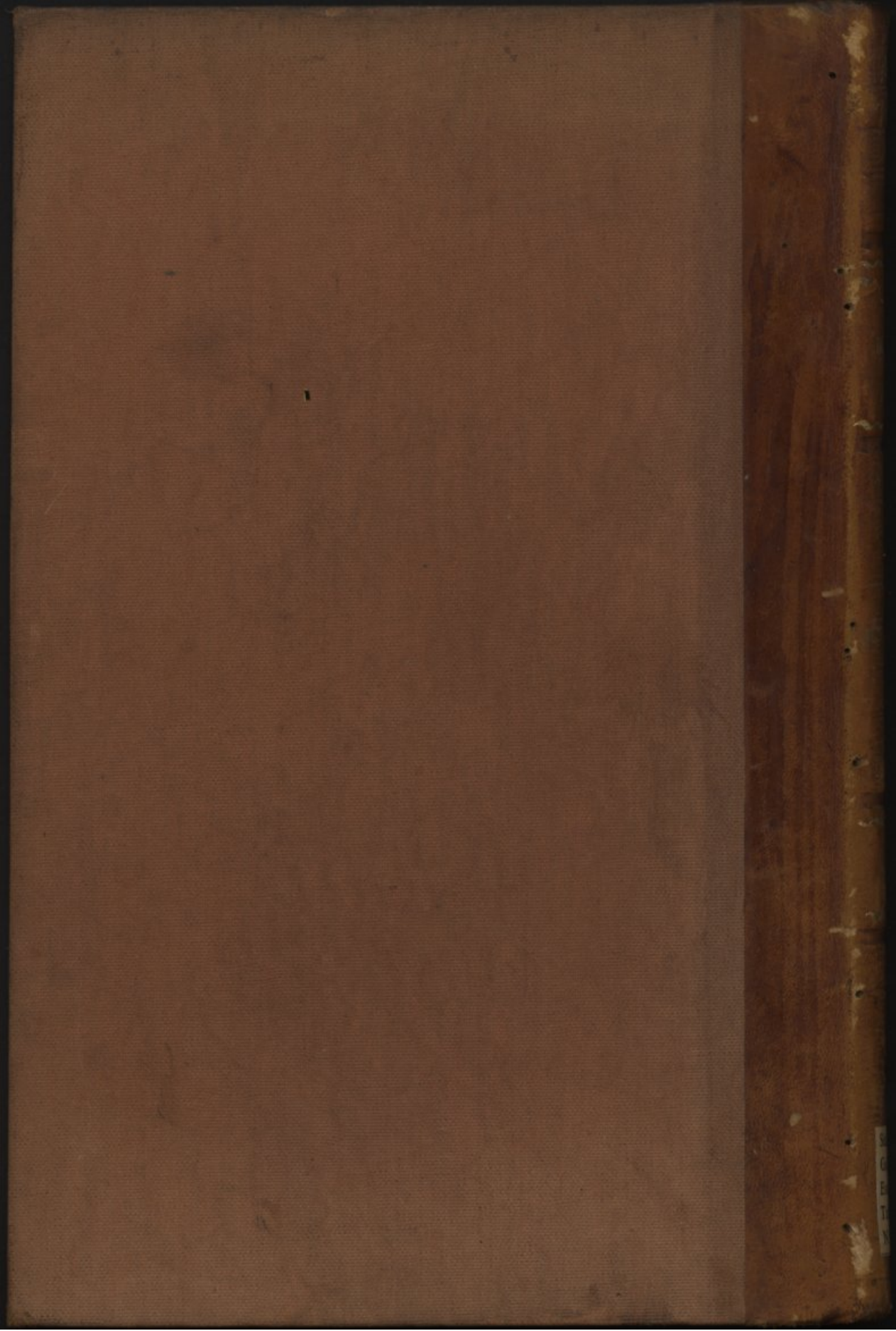












MEDICINA

A. DE AZEVEDO

DISSERTAÇÃO

INAUGURAL

1909

Sala 5

Gab. —

Est. 56

Tab. 8

N.º 7