

DISCINESIAS DAS VIAS BILIARES

DR. CESAR GIRARD JACOB

Antes de iniciarmos o estudo das discinêsias, propriamente ditas, convêm recapitularmos, sucintamente, alguns dados anatomicos para melhor compreensão do assunto.

Nas vias biliares extra-hepaticas ha duas formações musculares principaes, de cujo funcionamento perfeito depende o escoamento de bile até o duodeno: o esfíncter do colo da vesicula e o esfíncter de ODDI.

Este ultimo, particularmente interessante para o nosso caso, é formado por dois anéis: um proximal e outro distal. O proximal, exclusivo do colédoco, é constituído por fibras musculares longitudinaes e obliquas; a porção superior deste anél se acha unida à camada muscular do duodeno, e a inferior, á muscularis-mucosa do mesmo órgão.

O anél distal, comum ao colédoco e ao canal de WIRSUNG, abraça á maneira de um oito os dois condutos, e é menos robusto que o primeiro. Segundo WESTPHAL o anél superior ou proximal — tambem denominado antro do esfíncter de ODDI — seria a zona vagal do esfíncter; o inferior ou distal seria territorio do simpatico.

Além do esfíncter de ODDI e o do colo da vesicula poderíamos considerar um terceiro anél muscular, ao longo do hepatico, cujo mecanismo contrátil, verificado por MIRIZZI em estudos de colangiografia operatoria, o elevaria á condição de esfíncter. Devemos lembrar ainda, para ezáta compreensão da função excretoria, que a luz do cistico é franjada pelas valvulas de HEISTER; estas valvulas dispõem-se em espiral afim de impedir o achatamento ou distenção do conduto nas variações de pressão da vesicula.

FISIOLOGIA DA EXCREÇÃO BILIAR

O escoamento de bile no duodeno é regulado, principalmente, pelo esfíncter de ODDI. O papel atribuido por certos autores á motilidade e ao tonus da musculatura duodenal, no contrôle do fluxo biliar, parece relegado a segundo plano, sobretudo depois de certas verificações experimentaes, entre as quaes avultam as de SCHWENGLER e BOYDEN. Para estes autôres o esfíncter “é tão bem desenvolvido

e tão estrategicamente colocado que é capaz de deter a onda biliar no duodeno, independentemente da musculatura intestinal”

O mecanismo de abertura ou oclusão está na dependência das diversas fases digestivas. Segundo MAC MASTER e ELMAN, ao terminar a digestão observa-se um aumento no tonus do esfíncter, e uma hipertensão no hepato-coledoco; no momento em que a pressão atinge 70 mms. de bile esta começa a escoar na vesícula, “onde é desidratada e armazenada tão rapidamente de modo a não permitir que a pressão nos condutos exceda de 100 a 120 mms”.

Na fase digestiva a pressão no interior dos condutos alcança estes limites, observando-se então o relaxamento esfíncteriano, e consequente escoamento de bile para o intestino.

Os números relativos à pressão intra-canalicular variam conforme se toma bile ou água como ponto de referência; é assim que para IMANAGA a pressão normal interna do colédoco oscila em torno de 80 a 120 mms. de água, e aquela capaz de vencer a resistência do ODDI é calculada em 190 mms.

Os valores atribuídos por KOSTER são mais elevados, chegando ele a admitir cifras correspondentes a 200, 300 e mesmo até 400 mms. de água. A pressão de 400 mms. seria aliás superior à capacidade de resistência do ODDI. Acharmos interessante citar estes números porque deles se infere que a maior ou menor secreção biliar desempenha um papel saliente na evacuação coledociana.

Na repleção da vesícula entram em cena os seguintes fatores: contração do esfíncter de ODDI, aumento da pressão biliar no colédoco, abertura do esfíncter do colo e consecutivo deslocamento das válvulas de HEISTER, de modo que o enchimento vesicular, nos intervalos da digestão, se processa à custa do antagonismo reflexo das duas formações esfíncterianas e da hipertensão do colédoco.

Entretanto não são exclusivamente as variações de pressão que controlam, harmonicamente, estas aberturas e fechamentos de portas; para esse trabalho sinérgico concorrem, e de forma capital, fatores neuro-humoraes. Como agente hormonal merece citada a Colecistoquinina, descoberta em 1927 por IVY e OLDBERG, através a circulação cruzada em cães.

E' uma substância secretada pela mucosa do duodeno em contato com ácido clorídrico, gorduras e, provavelmente, outros materiais alimentares. Já existe isolada, em estado de pureza, não contendo histamina nem secretina. Goza da propriedade de aumentar o tonus do duodeno e diminuir o do esfíncter de Oddi.

A respeito da contribuição neuro-vegetativa na fisiologia da excreção biliar, falaremos dentro em pouco, á propósito das experiências fundamentaes de WESTPHAL.

DISCINÉSIA DAS VIAS BILIARES

Adotamos esta expressão não só pelo fato de ser a mais frequentemente esposada pelos autores como também pela vantagem que apresenta de focalizar, numa visão de conjunto, toda a complexidade da entidade morbida.

Outras designações ha, todas elas unilateraes, objetivandõ apenas uma face do problema; assim é que para Schmieden é uma COLOPATIA ESPASTICA. BEST e HICKEN dão-lhe o nome de DISSENERGIA DO COLÉDOCO; são ainda encontradas expressões como PAPILITE, ESFINCTERITE, RESISTENCIA DA PAPILA DE VATER, COLÉDOCO-ODDITE ESCLERO RETRATIL, ODDITES, e outras talvez que no momento nos escapam.

Esta abundancia de epítetos é propria da relativa obscuridade em que nos encontramos no que diz respeito á etio-patogenia da afecção. Neste dominio cabe o paradoxo de MIGUEL COUTO, segundo o qual em medicina fartura é sinonimo de penuria.

Discinésia biliar compreende, segundo *Lipschutz*, os disturbios da motilidade e tonicidade da vesicula e canaes biliares; disturbios funcionaes, que se contrapõem ás afecções organicas das referidas vias.

LEPEHNE dá ás discinésias a acepção de perturbações funcionaes puras do mecanismo da vesicula e dos canaes biliares, e os incomodos por elas causados.

VON BERGMAN tambem admite este caráter funcional puro da afecção e a possibilidade de, secundariamente, alcançar um substrato anatomico. Todavia, as discinésias genuinas, como acentúa o proprio VON BERGMAN, são raras; frequentemente exteriorizam fenomenos que surgem num orgão já em certo estado de irritação, como por exemplo um processo inflamatório.

Timbramos em frizar aqui o pensamento do Prof. VAN DER REIS, segundo o qual seria duvidosa a existencia de discinésias puras, isto é, exclusivamente funcionaes; elas seriam condicionadas por fatores organicos que nem sempre estariam ao alcance dos nossos atuais meios de pesquisa.

E' um capitulo recente da Patologia porquanto só em 1920 é que realmente se tornou objeto de atenção. Apesar de ASCHOFF e BACHMEISTER observarem, á mesa operatoria, em 1909, casos tipicos de colica hepatica com ausencia de calculos ou qualquer outro processo organico, e de usarem, pela primeira vez, a expressão — Vesicula estatica —, apesar dessas verificações, dez anos se passaram, até vir á luz a monografia de SCHMIEDEN — Estase da vesicula biliar. Neste trabalho o autor estuda casos identicos aos citados por ASCHOFF, pondo em relevo o fato de em todos eles a vesicula encontrar-se distendida, e atribuindo a esta distensão as colicas de que se queixavam os pacientes.

Entretanto, quem primeiro concebeu a ideia de um distúrbio funcional, na genese dessas estases, foi BERG, ao notar, em certos casos, hipertrofia consideravel das fibras musculares que circundam a empôla de Vater.

Outros observadores constata~~ram~~ram fatos identicos e as atenções, naturalmente, voltaram-se para o esfíncter descrito por ODDI nos animaes, em 1887, e no homem por HENDRICKSON em 1900. Sugeriu-se então, pela primeira vez, a hipotese de uma possivel relação causal entre espasmo dô esfíncter e colicas vesiculares, identicas áquelas determinadas por calculos.

Em 1923 WESTPHAL, a instancias de VON BERGMAN, que já havia estabelecido o conceito de discinésias relativamente ás funções do colon, estudou clinica e experimentalmente as funções neuro-musculares das vias biliares.

WESTPHAL, em experiencias magistraes, substituiu as noções vagas que então imperavam, por uma concepção clara dos distúrbios motores vesiculares e coledocianos; realmente, em 1931, as discinésias ascendem á categoria de entidade definida, no trabalho por ele publicado em colaboração com GLEICHMAN e MANN.

Foi no decurso de suas experiencias que WESTPHAL concluiu pela dupla constituição, anatomica e funcional, do esfíncter de ODDI, como vimos ha pouco. Eis como LIPSCHUTZ nol-as descreve: “Empregando uma corrente faradica, de pequena intensidade, ele estimulava o Vago, logo abaixo do diafragma, e observava que a vesicula se contraia, relaxava-se ao mesmo tempo a papila instalando-se, simultaneamente, movimentos peristalticos em direção á porção antral do esfíncter. Deduziu, em face destas verificações, que a resposta aos estímulos normaes da digestão, seria identica a esta.

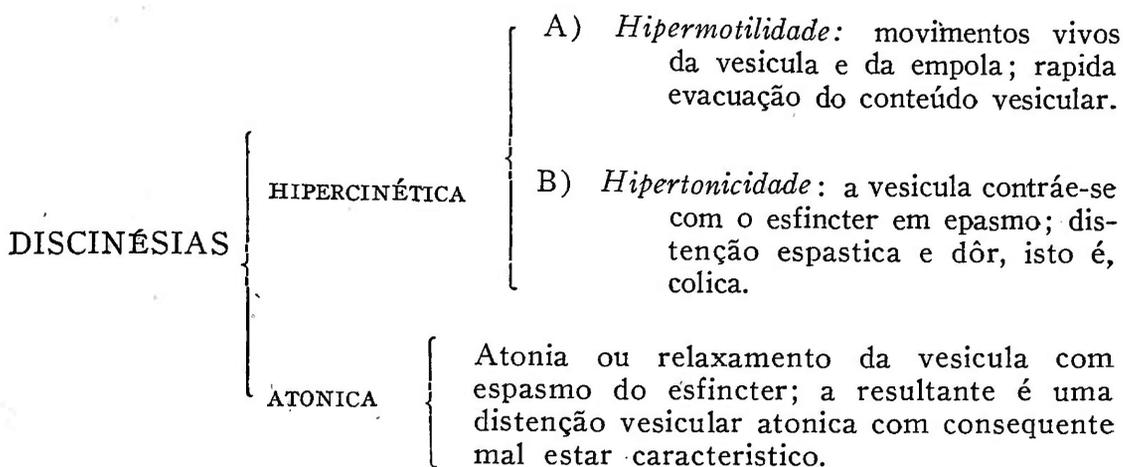
Usando corrente mais forte, notou um aumento acentuado no tonus da musculatura vesicular e uma maior atividade peristaltica em direção á empôla de VATER. Esta condição seria, indubitavelmente, a causa de uma evacuação mais rapida da vesicula que nos processos normaes da digestão, e tal hipermotilidade, ocorrendo no homem, realizaria o quadro da discinésia hipercinetica por hipermotilidade.

Uma corrente ainda mais forte determinava contração volenta da vesicula e espasmo do esfíncter de ODDI. Tal espasmo, concluiu, deve ser muito doloroso porquanto se associa a uma distensão: designou então este estado com a expressão: discinésia hipertonica”

“Verificou WESTPHAL, por outro lado, que estímulos faradicos do simpatico invertiam esses fenomenos, processando-se, nesse caso, relaxamento da vesicula e da porção antral do esfíncter, e contração da zona distal deste ultimo. Deduziu tambem, tanto quanto lho permitiam os dados experimentaes, que esta excitação simpatica não deve causar dôr intensa, responsabilizando-a pela variedade atonica das discinésias”

IVE sugere ainda a possibilidade de espasmos ao nível do colo da vesícula.

Em resumo, é esta a classificação de WESTPHAL:



PABLO MIRIZZI, cuja autoridade neste domínio é inconteste, propõe outra sistemática, baseado em magistraes estudos colangiográficos. Para todos os casos de obstrução do esfíncter ele reserva a denominação de Oddites; as oddites, por sua vez, compreendem duas modalidades: distônicas e estenóticas.

Nas distonias ha desordem funcional caracterizada por fechamento incompleto do esfíncter; nestas circunstancias ha espasmo localizado; apenas, ao nível da porção simpática ou distal, mantendo-se aberto o anél antral ou vagal. Nas distonias haverá refluxo para o conduto de WIRSUNG e dahi se compreende a importancia que esta modalidade de discinésia póde assumir na genese das pancreatites.

As oddites estenóticas compreendem todos os casos de estenose, organicos ou funcionaes; do esfíncter.

MIRIZZI compara as distonias ao distireoidismo dos dualistas; enquanto que as oddites estenóticas encontrariam paralélo no hipertireoidismo. No primeiro caso observa-se uma função dissociada, e no segundo, exaltada.

Entretanto a classificação de MIRIZZI se ressent de um vicio que, ao nosso vêr, a comprométe; efetivamente, a desinencia "*ite*", do termo oddite, especificadora que é de estados inflamatórios, póde suscitar confusão. Por esta e outras razões, entre as quaes a de ser menos didática, preferimos a de WESTPHAL.

ETIOLOGIA

Ha uma tendencia geral em responsabilizar-se as distonias neuro-vegetativas como causas mais frequentes das syndromes discinéticas. Pode haver predominancia dos disturbios simpáticos, ou para-simpáticos, sendo porê, clinicamente difícil, muitas vezes, uma delimitação nitida entre os dois estados.

Ha fatores constitucionaes que parecem predispor á realizaco de um ou outro tipo de discinésia. LIPSCHUTZ encontrou casos com espasmos sumultaneos de outros orgãos: duodeno irritavel, colon irritavel, piloro-espasmo.

O mesmo autr assinla a frequencia com que se encontram associados os fenomenos alergicos e os disturbios funcionaes de que nos ocupamos, afirmando mesmo que grande numero das pseudo-afecções das vias biliares associadas  a alergica alimentar, descritas por muitos autres, nada mais são que desordens funcionaes puras.

Cabe aqui menção ao fato de certas fases da vida genital da mulher predispor aos surtos discinéticos. Segundo uma "enquete" de EPPINGER, dentre dezoito senhoras grávidas apenas seis apresentavam evacuação normal da vesicula. Para WESTPHAL este retardamento da excreção na gestante seria um fatr etiologico importante de colelitiase, e estaria ligado à vagotonia, comum nesses estados da vida feminina.

Entre os estados organicos responsaveis por espasmos das vias biliares, merecem citadas as afecções inflamatórias e calculosas da vesicula. Surge aqui a questão referente à etio-patogenia da litiase, sendo licito emitir duas eventualidades na causalidade primaria do processo: ou a inflamação tem prioridade de causa, sobrevindo posteriormente a estase, a precipitação calculosa e, subsequentemente, os espasmos, ou estes assumem a dianteira na sequencia morbida.

A este proposito convem lembrar alguns fatos bem estabelecidos. E' sabido que nos individuos que sofrem extirpação da vesicula observam-se, com frequencia, duas fases no comportamento do esfincter de ODDI: num primeiro tempo ele se torna incontinente, relaxado, sobrevivendo, posteriormente, hipertrofia de suas fibras.

Já em 1925 DEL VALLE relatava observações relativas a pacientes que, apesar de colecistectomizados, continuavam prezas de colicas hepaticas identicas s do periodo pr-operatorio. Em todos eles havia estenose da papila de VATER. O obstaculo,  principio puramente funcional, é condicionado, posteriormente, por um substrto anatomico: hipertrofia do esfincter com estenose da empôla.

Aliás, a ocorrencia de hipertrofia esfincteriana nos animaes colecistectomizados, é um fato de verificação experimental. PETTER e MANN demonstraram que a pressão no colédoco do co aumenta depois da extirpação da vesicula, e atribuem este fato a um espasmo do ODDI.

Identicas experiencias levaram a efeito MAC MASTER e ELMAN, constatando uma hipertensão de 320 mms., quando nas condições normaes a pressão não chega a mais de 120 mms., limite maximo em face do qual o esfincter se abre para dar vação  bile.

BEST e HICKEN em estudos colanfiograficos operatorios observaram acentuado espasmo do esfincter resultando em obstrução temporaria e bloqueio do fluxo biliar para o duodeno.

WALTERS e colaboradores procederam a estudos em pacientes colecistectomizados, com o objetivo de determinar a influencia do esfincter de ODDI sobre a pressão do coledoco. Para isto serviram-se de um tubo em T, introduzido neste ultimo, e ligado a um manometro; verificaram então um aumento de pressão toda a vez que sobrevinha uma crise dolorosa. Injetando substancia opaca pelo tubo obtiveram comprovação radiologica do espasmo pois o contraste, ao invéz de alcançar o duodeno, refluia para as vias biliares intra-hepaticas.

Estes achados experimentaes e as observações *in anima nobile* constituem advertencia para os intervencionistas á *outrance*: a colecistectomia nem sempre é destituída de sequelas desagradaveis.

Os estados inflamatórios do duodeno tambem podem tornar-se responsaveis pelos espasmos do ODDI, e neste particular são muito interessantes as observações de PAUNESCO e PODEANO.

E' logico supor-se que muitas afecções organicas, mesmo não adstritas ao territorio digestivo, sejam capazes de provocar disturbios das vias extra-hepaticas por intermedio de conexões nervosas, porquanto não se deve perder de vista o fáto de que o sêr humano é um todo organico e não um agregado de compartimentos estanques.

SINTOMATOLOGIA

Na discinésia atonica o sintoma subjetivo mais constante é a sensação de peso no hipocondrio direito. Segundo CHIRAY ha sempre anorexia rebelde, que se opõe a uma alimentação racional, fazendo algumas vezes pensar em anorexia mental.

Além da lingua saburrósa e nauseas, nada caracteristicas, podem sobrevir vomitos biliosos mais ou menos abundantes, em forma de crises, constituindo as crises biliosas de CHIRAY e GEROLAMI.

Entre os sintomas distantes mais frequentes, segundo TRIBOULET, merece citada a enxaqueca biliar, caracterizada por dores hemicranicas, mais ou menos violentas, acompanhadas por um cortejo de fenomenos vaso-motôres ou nervosos, taes como: vermelhidão do rosto, queimação no couro cabeludo, entumescimento dos olhos.

A ictericia assim como o descoramento das fézes seriam sintomas excepcionaes.

Neste tipo se enquadra o seguinte caso, cuja observação agradeço ao DR. PAULO DIAS, do serviço á cargo do DR. LEVY SODRÉ.

"J. P., 26 anos, brasileiro, casado, branco, natural da Baía; escriturario. Em seu passado acusa blenorragia e cancro sifilitico aos 20 anos. Aos 16 impaludismo durante dois anos.

Ha quatro anos começou a sentir anorexia e fraqueza; tomou fortificantes, á consedho medico, e de nada valeram. Fez um Wassermann, e como o resultado fosse fortemente positivo submeteu-se a tratamento especifico: (914, bismuto e mercurio) o qual se prolongára até o momento desta observação. Com este tratamento o apetite melhorou um pouco; entretanto, as melhoras não foram apreciaveis.

De dois anos para cá surgiram dôres na metade direita do epigastro, localizadas na vesícula por um radiologista. Estas dôres, bem localizadas á direita, não são muito intensas, não apresentam irradiação e aliviam-se com o repouso, principalmente em decubito lateral direito; reaparecem ao levantar-se ou quando marcha. Não tem horario: algumas vezes melhoram, doutras pioram com a alimentação; acompanham-se de grande mau humor, irritabilidade e desânimo. Elas não são de grande duração; aparecem apenas por alguns dias, mais frequentemente algumas horas, ausentando-se durante mezes.

Entretanto, nestas fases de acalmia não deixa de apresentar perturbações dispépticas, taes como piróse e plenitude post-prandial, acompanhadas de sensação de aperto pre-cordial; estes sintomas, todavia, são mais intensos por ocasião das crises dolorosas, "quando tudo parece complicar por dentro", segundo suas proprias palavras.

O reaparecimento destas crises pode ser provocado, de modo absolutamente constante, pela ingestão de gemas: meia hora depois a dôr surge. As viagens parecem exercer a mesma influencia. Ha certos alimentos, como abacate e banana, que tomados em excesso tambem determinam o aparecimento ou a exacerbação da dôr.

Refere prisão de ventre, já há quatro anos; este sintoma foi como que o precursor de todos os outros. Passa tres a quatro dias sem defecar; as fézes são escuras parecendo ás vezes pó de café. Não expéle sangue nem muco. Um exame coprológico feito há tempo nada revelou de anormal. Tem emagrecido.

Queixa-se de cefaléia; nega nauseas e vomitos; eructações frequentes, de sabôr azedo, acompanhadas por vezes de regurgitação de liquidos que não queimam a garganta, e que alivia um pouco o seu mal estar.

Ex. objetivo: Ponto vesicular doloroso. Manobra de Muriphy positiva. Ponto de Mac-Bunes indolor. Fígado de dimensões normaes. Colons livres.

Uma intubação feita em 3 de Outubro de 1941 colheu 50 cc. de bile vesicular preta, hiperconcentrada portanto; a analise revelou ausencia de elementos anormais nas tres biles.

Uma colecistografia, em 20 de Junho de 1940, pelo Dr. MORETZSOHN DE CASTRO, dá o seguinte resultado: "Colecistograma positivo. Vesícula de situação, forma e dimensões normais. Ausencia de sombras calculosas. Prova de BOYDEN: fraca resposta vesicular aos trinta minutos depois da ingestão das gemas; presença de grande quantidade de bile residual com duas horas após a ingestão. Sinais radiologicos de discinésia vesicular hipotonica por provavel processo de colecistite.

Outra radiografia, de estomago e duodeno, feita pelo Dr. MORETZSOHN, em 15 de Setembro de 1941 nada revelou de anormal; constatou-se apenas sensibilidade á palpação nos pontos vesiculares.

Radiografia dos colons, em 25 de Setembro de 1940, revelou transitio normal até o cecum; aspécto irritativo da mucósa do descendente; desaparecimento da haustração normal e do relevo da mucosa do sigmoide. Sinais radiologicos de sigmoidite mucosa. Neurose intestinal reflexa.

Em Março do corrente ano, um exame funcional do figado, pela prova da santonina, respondeu dentro da normalidade".

Este caso, pela sua sintomatologia, pela ausencia de elementos anormais nas tres biles, pela tonalidade sombria da bile B, e sobretudo, pela fraca resposta vesicular á prova de BOYDEN deve ser enquadrado na variedade atonica das discinésias.

DISCINÉSIAS POR HIPERMOTILIDADE

As discinésias por hiperomotilidade seriam talvez um dos fatores causaes da diarréa prandial. Esta síndrome, descrita por LINOSSIER, caracteriza-se por abundante evacuação diarréica estreitamente ligada á ingestão de alimentos, como o seu proprio nome o indica.

Eis como ele a descreve: “O doente sente á principio dôr intensa no concavo epigastrico ou ligeiramente á direita, ao nivel da vesicula, algumas vezes com irradiação para o umbigo ou para o tórax”. Por vezes é tão viva que se acompanha de palidez, suores frios, mais excepcionalmente de uma sensação de aniquilamento e perda do conhecimento. A dôr epigastrica é, em geral, de curta duração. Depois de alguns segundos ou minutos ela dá lugar a colicas intestinaes, geralmente mais toleraveis, e a uma necessidade de evacuar, por vezes tão imperiosa que, obrigando o paciente a abandonar a mesa, precipitadamente, não lhe dá tempo, em certas ocasiões, de alcançar o gabinete antes de processar-se a debacle.

As féses são constituídas por bile pura ou bile de mistura com dejeções”. A’ esta situação de angustia e mal estar succede um estado eufórico, permitindo ao paciente, muitas vezes, continuar a refeição interrompida.

O ezame coprológico, nas diarréias prandiaes, caracteriza-se, segundo Binet, pelos sinaes de uma evacuação acelerada: indice de fermentação muito acentuado, expresso pela taxa bastante acrescida de ácidos organicos, múco abundante e pigmentos biliares. O volume anormalmente grande de bile, lançado intempestivamente no duodeno, determina hipercinéia e hipersecreção intestinaes, revelados pelo exame funcional.

Na realidade os sintomas nem sempre obedecem ao paradigma traçado por Linnossier; todavia, dois elementos seriam predominantes na discinésia por hiperomotilidade: dôr no hipocondrio direito e diarréa.

O drama é, em geral, secundario a determinados alimentos; ha substancias eletivas no desencadeamento da crise e, a este proposito, convém lembrar a importancia que dá VON BERGMANN aos elementos ricos em gordura nos disturbios discinéticos.

Vem a pelo a seguinte observação gentilmente cedida pelo Dr. JOSÉ PONTES, do serviço á cargo do Dr. LEVY SODRÉ:

B. de R. — 23 anos — casada — branca — brasileira. Ha dois anos vem sentindo dôr em pontada, no hipocondrio direito, dôr que aparecia irregularmente, durante o dia, mas principalmente depois das refeições. Estas pontadas não eram muito intensas e surgiam mais frequentemente quando ingeria ovos, fritadas, leite, feijão e alimentos gordurosos.

Ha um ano, de madrugada, acordou sentindo perturbações sensoriais e peso no hipocondrio direito; aos poucos este peso foi desaparecendo, ao mesmo tempo em que se instalava dôr em pontada que, num crescendo sem remissão, atingia dentro em pouco aos paroxismos de colica violenta,

com irradiações para o epigastro, regiões lombar e retro-esternal. Esta crise permaneceu pelo espaço de 10 horas, com períodos curtos de acalmia entrecortados por ezacerbações prolongadas, vomitando tudo quanto ingeria. Melhorou com medicação cujo nome ignora. No dia seguinte teve quatro ou cinco dejeções semi-líquidas, de côr amarelada, sem restos alimentares.

Cinco mezes depois sobreveio nova cólica, com as mesmas características da anterior, atribuindo-a á carne de porco que comera na vespera. Passaram-se sete mezes e é então acometida por nova crise, identica ás precedentes, o que a fez procurar o serviço do Dr. LEVY SODRÉ, na Santa Casa.

Todas as cólicas eram sempre seguidas de evacuações diarreicas. Néga ictericia em todo o seu passado mórbido.

O exame do abdome, nesta doente, revela dôr no ponto pancreatocoledociano, e á manobra do psoas. Bordo inferior do figado não palpavel, e o superior no quinto intercosto. Transverso palpavel ao nível da cicatriz umbelical, não doloroso. Grande curvatura do estômago palpavel, indolôr. Sigmoides indolôr; cécum não palpavel.

O exame funcional do aparelho digestivo, feito dois dias depois da cólica, revelou processo fermentativo exageradamente grande, pois a taxa de ácidos organicos totais ascendeu á cifra de 35,6.

A intubação duodenal mostrou coloração e volumes normais para as três biles e ausencia de elementos patológicos.

Uma colecistografia feita pelo Dr. MORETZCONH DE CASTRO, em 13-2-42, acusa "vesícula aumentada de volume, de contornos regulares, apresentando leve diminuição do poder de concentração, não se observando, porém, sombras calculosas positivas, nem imagens negativas de cálculos. Esvaziamento precoce, total, da vesícula.

Este caso nos parece do tipo hipermoveel não só pela diarréia fermentativa, consecutiva ás colicas, como tambem pelo fato da bile B se apresentar normalmente côrada.

DISCINÉSIAS HIPERTONICAS

Os sintomas desta variedade superpõem-se aos da colica por litíase; como satélites enumeram-se desde os banaes fenomenos dispepticos constituídos por nauzeas, vomitos, peso post-prandial etc. até ás ictericias com descoloração das fézes.

DIAGNOSTICO

Como já o afirmamos alhures, as discinésias genuinas são raras; WESTPHAL avalia sua frequencia em cerca de 5 a 10% entre todas as afecções das vias biliares; é uma cifra talvez demasiado otimista.

Segundo EPPINGER é muito dificil, na pratica, estabelecer-se com rigôr o diagnostico diferencial entre discinésias e as afecções inflamatórias ou a colelitiase; pelo que só a exclusão dos processos inflamatórios, litiasicos ou neoplasticos, depois de esgotados todos os recursos exploratorios, é que nos autoriza a firmar seu diagnostico. Desta opinião, como tambem já frizamos, compartilha o Prof. VAN DER REIS.

Ao lado do passado morbido e da exploração semeiológica, em que se devem levar em grande conta os estigmas neuro-vegetativos, grande valôr subsidiário dão as comprovações radiológicas e a prova de MELTZER-LYON.

A bile negra, hiperconcentrada, tanto é privativa das vesículas atônicas como das hipertônicas, afastando-se, é claro, a hipótese de uma vesícula estática por aderências.

Uma ausência persistente de bile B, com bile A fracamente corada em amarelo, pode ser causada por um espasmo do esfíncter de ODDI. Nesses casos a repetição da prova, como o aconselha CHIRAY, pode levar a um resultado positivo.

Um volume de bile B ultrapassando de duas ou três vezes a sua quantidade normal pode ser encontrada tanto nas discinésias atônicas como nas do tipo hipercinético. A ausência de elementos anormais em bile de paciente com sintomatologia centralizada no hipocondrio direito, também constitui, quando associada a outros dados, meio excelente de confecção diagnóstica.

VON BERGMAN, que na intubação se utiliza da pituitrina para excitar a excreção, adota o seguinte critério: o esvaziamento muito rápido de bile vesicular abundante, muito espessa, é sintomática de hipertonia; um escoamento demorado de bile B escassa fala em favor de atonia.

A colecistografia é de valôr inestimável. Os conhecimentos básicos para uma interpretação radiológica da vesícula, segundo FELDMAN e MORRISON, citados por LIPSCHUTZ, são os seguintes: “15 a 20 minutos depois da refeição de prova começam as contrações vesiculares, atingindo seu máximo em 30 minutos. As contrações, ordinariamente, são muito acentuadas, notando-se redução volumétrica do órgão, traduzível por uma sombra inferior á metade, podendo mesmo atingir a um terço, da viscera em repouso. Em condições anormais, porém, as contrações são pouco acentuadas, podendo mesmo faltar por completo. Praticamente a vesícula que não se contrai, de maneira suficiente, dentro dos primeiros trinta minutos, raramente poderá fazê-lo depois desse tempo; isto é, a vesícula que evacua a metade ou dois terços de seu conteúdo, dentro dos primeiros trinta minutos, é considerada normal. Uma retenção de mais de 50%, neste período, fala por uma discinésia atônica ou hipertônica, dependendo o diagnóstico diferencial do aspecto da vesícula”

De acordo com CHIRAY as características diferenciaes são: “a forma da vesícula atônica modifica-se nas mudanças de posição; geralmente são longas no decúbito ventral e parecem, ao contrário, curtas com um fundo largo, na posição erecta. O fundo pode mesmo aparecer em situação horizontal e achatado quando a vesícula toma ponto de apoio sobre o colon. Em taes casos a parte inferior da vesícula mostra-se mais opaca que a região superior, apenas visível. Isto se deve ao fato da bile acumular-se na região fundica, sob o influxo da gravidade, não compensada pela elasticidade das paredes vesiculares”

Nestas posições eréctas “a parte inferior das vesículas atônicas desce até ao nível da crista iliaca, ou mais para baixo, ao passo que no decubito dorsal a forma e a situação modificam-se consideravelmente uma vez que o órgão, ganha a parte superior e externa do hipocondrio, ocultando-se sob o bordo inferior do fígado”.

Entretanto uma vesícula pôde oferecer o aspéto de distensão, ou de atonia, e responder normalmente á prova de BOYDEN; nestas condições, opina LIPSCHUTZ, ha realmente atonia da parede vesicular mas não associada a espasmo do esfíncter de ODDI.

As vesículas hipertônicas tendem para a forma esférica, sendo esta muito pouco influenciável pela atitude erecta ou resupina. Sob a excitação alimentar, — não pela palpação — a vesícula hipertônica se contráe, assume uma forma cilíndrica, evacúa parte de seu conteúdo, e volta á forma primitiva mas com volume diminuído”

Um esvaziamento completo, ou quasi, dentro da primeira meia hora, depois da refeição, indica hipercinésia por hipermotilidade.

Outro processo radiológico que tem enriquecido o capítulo das discinesias, no campo da fisio-patologia, é o da colangiografia operatória. PABLO MIRIZZI, entusiasta do método, realiza-a injetando 3 a 5 cms. cúbicos de lipiodol, no colédoco, á razão de 1 cm. por minuto. Sob este contróle a intervenção se realiza nas melhores condições.

TRATAMENTO

Ha casos em que a situação se resolve cirurgicamente pela secção do esfíncter de ODDI, ou pela anastomose do colédoco ao duodeno (Colédoco-duodenostomose), ou da vesícula ao duodeno (Colecisto-duodenostomose).

A solução, todavia, é quasi sempre de ordem médica. A questão relativa á alimentação será resolvida em cada caso particular, tendo-se em vista as condições personalíssimas do paciente; isto é verdade, sobretudo, nos casos de alergia alimentar, onde a prudencia deve ser vigilante na confecção do regime.

Entretanto ha regras geraes que podem servir de padrão: redução nas gorduras, e abstenção de condimentos, conservas, iguarias, alcool. Permitir pequenas quantidades de gordura sob a forma de manteiga fresca, creme de leite ou gemas, desde que não haja intolerancia é obvio.

Entre os medicamentos os antiespasmódicos encontram plena indicação, ocupando primeira plana a atropina e seus derivados. A hiperacidez será combatida pelos alcalis, uma vez que pôde atuar como fator predisponente na hipermotilidade das vias biliares. Outra medicação sugerida para o relaxamento do esfíncter, e cuja eficácia se demonstrou nas experiencias já citadas de BEST e HICKEN, é a trinitrina.

A constipação, si presente, deverá ser eliminada, assim como dever-se-á drenar, constantemente, a vesicula pela administração de saes biliares ou pela sondagem duodenal. (LIPSHUTZ).

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ — An Introduction to Gastro-enterology.
 CHIRAY-PAVEL-LOMON — La Vesicule Biliaire et ses voies d'excretion.
 EPPINGER — Enfermedades del Hgado.
 LEPEHNE — Afecções do Fgado e das Vias Biliares.
 LIPSCHUTZ — The Review of Gastro-enterology — Vol. 5 — 1938.
 MIRIZZI — Físio-patologia del Epato-coledoco — Colangiografia operatoria.
 MIRIZZI — Surgery, Gynecology and Obstetric — Fevereiro de 1942.
 PAVEL-PAUNESCO-PODEANO — Affections non ulcereuses du Duodenum.
 VON BERGMAN — Patologia Funcional.

Gengivas doentes?

"PYORRHON"

Dá saúde ás gengivas, porque é remédio e...
é dentifricio

O departamento de

ADMINISTRAÇÃO PREDIAL

DA

Caixa Geral de Emprestimos

*REGULARIZARÁ E AUGMENTARÁ O RENDIMENTO
DOS PREDIOS DE V S.*

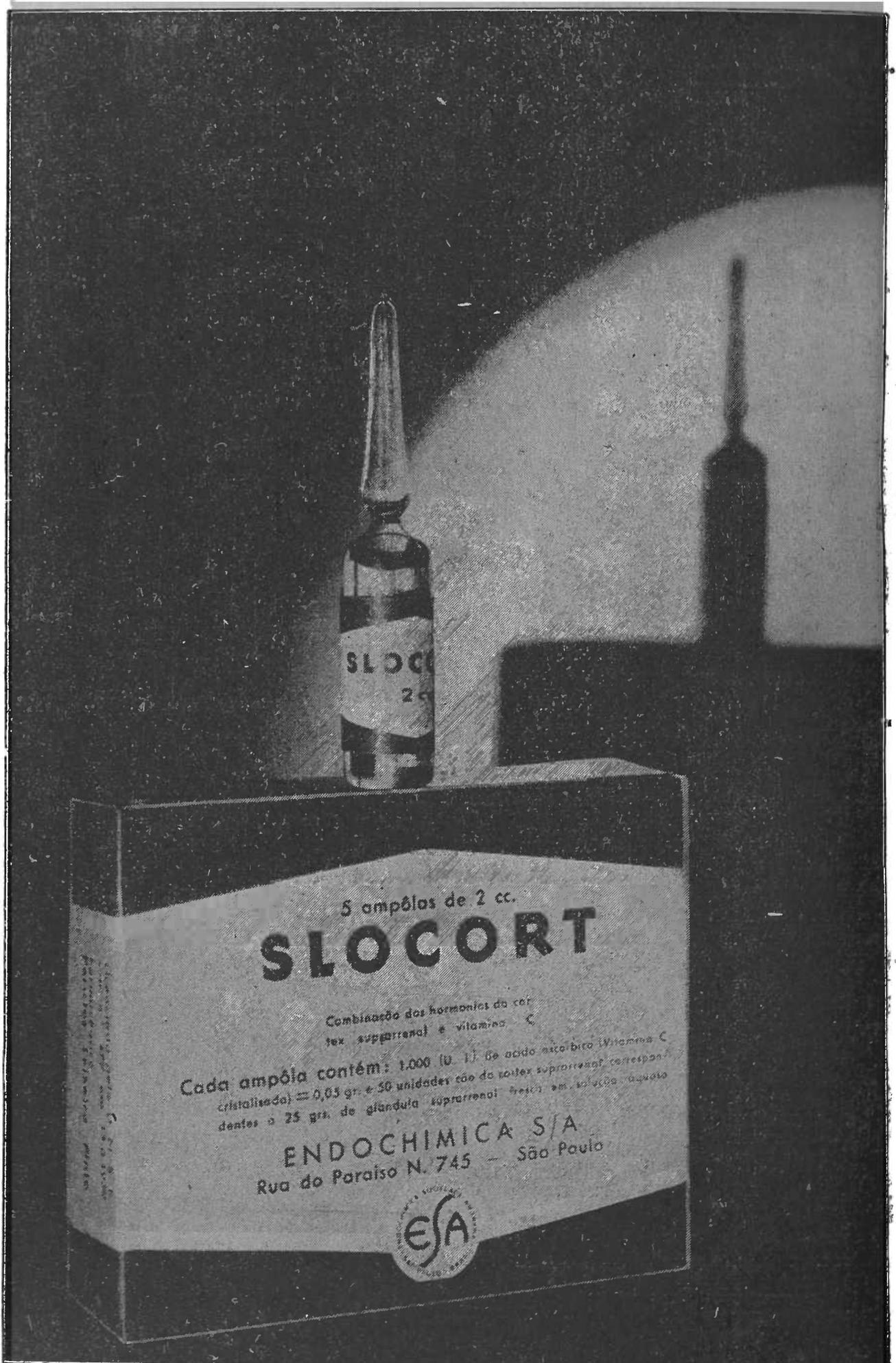
IDONEIDADE ABSOLUTA

PRESTAÇÃO RIGOROSA DE CONTAS

CAIXA GERAL DE EMPRESTIMOS

Caisse Générale de Prêts Fonciers et Industriels

Rua Tabatinguera, 164 — Fone 2-4722 — SÃO PAULO



5 ampôlas de 2 cc.

SLOCORT

Combinação dos hormônios da corteza suprarrenal e vitamina C

Cada ampôla contém: 1.000 (u. i.) de ácido ascórbico (Vitamina C cristalizada) = 0,05 gr. e 50 unidades i.u. da corteza suprarrenal correspondentes a 25 gra. de glândula suprarrenal fresca em solução aquosa

ENDOCHIMICA S/A
Rua do Paraíso N. 745 — São Paulo

