

3  
a. 13.  
**JOÃO MONTEIRO GUEDES**

---

**A ULCERA  
DO  
ESTOMAGO**

—❦—  
**DISSERTAÇÃO INAUGURAL**

**APRESENTADA A**

**ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO**



**PORTO  
TYPOGRAPHIA GANDRA**

80 — Rua de Entre-Paredes — 80

1894

73/3 ENC

Paroquia do Senhor Jesus 1894,  
duas Horas da manhã

Presidente A. Le. P. Auto-  
rio d'Henrico Maia  
Le. Sr.

João Per. de as Lebre  
Pedro Augusto Dias  
M. El. Rodrigues das. Pinto  
Antonio Rocio da Silva

# Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

CONSELHEIRO WENCESLAU DE LIMA

Secretario o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Sar.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTEs CATHEDRATICOS

Os Ill.<sup>mos</sup> e Ex.<sup>mos</sup> Srs.

- |                                                                                         |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....                               | João Pereira Dias Lebre.            |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia .....                                               | Antonio Placido da Costa.           |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica .....        | Dr. José Carlos Lopes.              |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....                  | Antonio Joaquim de Moraes Caldas.   |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria..                                           | Pedro Augusto Dias.                 |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos..... | Dr. Agostinho Antonio do Souto.     |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....                  | Antonio d'Oliveira Monteiro.        |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica.....                                             | Antonio d'Azevedo Maia.             |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica.....                                          | Eduardo Pereira Pimenta.            |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica.                                          | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia .....  | Manoel Rodrigues da Silva Pinto.    |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica....             | Illidio Ayres Pereira do Valle.     |
| Pharmacia.....                                                                          | Nuno Freire Dias Salgueiro.         |

### LENTEs JUBILADOS

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| Socção medica.....    | José d'Andrade Gramaxo. |
| Socção cirurgica..... | Visconde d'Oliveira.    |

### LENTEs SUBSTITUTOS

- |                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Socção medica.....    | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.      |
| Socção cirurgica..... | { Ricardo d'Almeida Jorge.          |
|                       | { Candido Augusto Correia de Pinho. |

### LENTE DEMONSTRADOR

- |                        |                                      |
|------------------------|--------------------------------------|
| Socção cirurgica ..... | Roberto Bellarmino do Rosario Frias. |
|------------------------|--------------------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições. (*Regulamento da Escola* de 23 d'Abril de 1840, art.º 155.º)

# A Meus Pais

Este livrinho, que nada vale, tem para vós o merecimento que só paes extremosos lhe sabem conhecer.

E' a minha these, é a realisação dos vossos sonhos dourados.

Acceitae-o, não como retribuição do grande dote de que me tornastes herdeiro, mas como testemunho de mais acryzolado amor filial que vos dedica

O VOSSO

*João.*

# A MEUS IRMÃOS

Se vos consigno aqui a minha gratidão, não faço mais do que realizar o cumprimento de um dever.

# A MINHAS TIAS

**Expressão de profunda amizade.**

## **AOS MEUS INTIMOS**

*José Rodrigues Braga*

*Antonio Julio Ferreira de Barros*

*Fernando de Moura Monteiro*

*Abel Brandão Leite Pereira Cardoso de Menezes*

Aos meus condiscipulos



# AOS MEUS AMIGOS

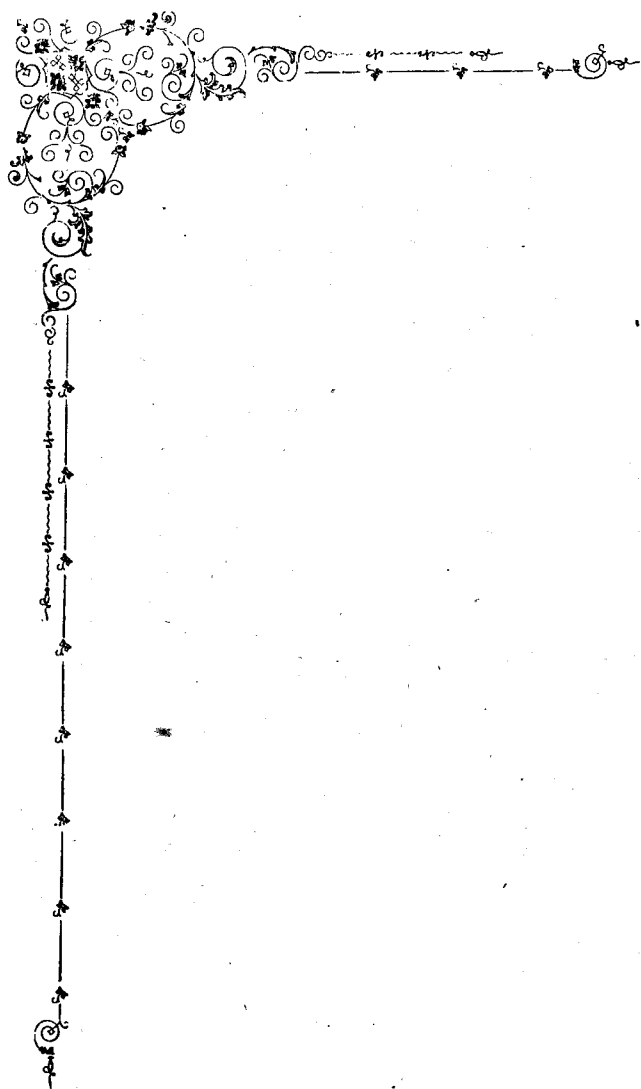
E EM ESPECIAL

Augusto Guedes da Silva  
Dr. José Guedes Junior  
Francisco da Silva Carvalho  
Clemente Joaquim dos Santos Pinto Junior  
Alberto Barbosa de Queiroz  
Affonso Henriques Gomes P. Sarmiento Osorio  
Joaquim Maximo de Mesquita Araujo  
Adelino Pereira da Silva  
José Mendes de Paiva  
João Baptista de Sá e Mello  
Eduardo Gonçalves de Mattos  
Ernesto de Magalhães

AO MEU ILLUSTRADISSIMO PRESIDENTE

o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Dr. Antonio d'Oliveira Monteiro



*Para chegar-mos ao termo do nosso curso, somos obrigados por lei, á apresentação de um trabalho escripto, versando sobre um assumpto medico ou cirurgico, á nossa escolha.*

*O desejo de satisfazer-mos aquella obrigação, o mais rapidamente possivel, collocou-nos desde logo na firme convicção de que não iria o nosso modesto trabalho realisar outro fim, que não fosse o de pagar mesquinhamente um tributo a uma exigencia das nossas leis escolares.*

*Foi n'este proposito que lançamos mão d'un assumpto, que escrevemos nos intervallos das aulas do 5.º anno.*

*E' a ulcera do estomago, o objecto da nossa these.*

*Não prima pela originalidade nem pela novidade.*

*Se preferimos esta doença a qualquer outra do grupo das doenças do estomago, foi porque (illusoriamente, talvez) a julgamos mais accessivel ao nosso estudo, e até mais util á nossa futura clinica.*

*E pensamos assim, porque na maior parte dos casos esta doença se reveste de uma physionomia tão caracteristica que não deixa a menor duvida sobre o seu diagnostico; e porque a sua marcha quasi sempre fatal se póde sustar por meio de um regimen apropriado.*

*Dadas estas explicações, appellamos para a benevolencia do illustrado jury que ha-de julgar o nosso despretencioso trabalho.*

---

## RESUMO HISTORICO

---

Parece que um grande numero de observações referidas pelos antigos auctores sob as denominações de cardialgia, melaena e hematemese, se relacionavam com a ulcera do estomago. N'aquelles tempos era restrictissima a pratica das autopsias, e portanto, difficil na maioria dos casos a investigação da lesão que explicasse aquelles phenomenos. Celso parecia ter conhecimento da doença quando escrevia: *adhibendi lenes et glutinosi cibi sed citra satietatun, omnia acria at que acida removenda; vino utendum, sed neque praefigido, neque nimis callido.*

Mais tarde descreveram-se ulcerações que occasionaram a morte por gastrorrhagias abundantes e perforações estomacaeas.

Assim é que, em 1595, Gracius mencionou um caso de perforação do estomago, seguido de derrame do seu contheudo no peritoneo e morte immediata; Littre, em 1704, fallou de uma hemorragia gastro-intestinal, que tinha por causa uma ulcera do estomago e que fôra seguida de morte.

Em 1805, Baillie, no seu tratado d'anatomia pathologica, consagrou um capitulo especial ao estudo da ulcera do estomago e mostrou que se em alguns casos ella tem o aspecto d'uma ulcera d'outra região, na maior parte d'elles o seu aspecto é differente.

Mas reinava ainda grande confusão no espirito dos pathologistas, quando em 1830, Cruveilhier, no seu Atlas d'anatomia pathologica e depois na Revista medica, extremou nitidamente a ulcera simples do estomago do cancro ulcerado.

Este illustre pathologista descreveu a lesão anatomica, apresentou uma symptomatologia detalhada da doença, propoz uma pathogenia que ainda é admittida por auctores contemporaneos, e estabeleceu as bases de tratamento, insistindo sobretudo nos excellentes effeitos da dieta lactea.

Depois de Cruveilhier numerosos trabalhos tem apparecido a este respeito, chamando a attenção, especialmente para a pathogenia; Wirchow, Brinton, Galliard e outros tem disputado o direito

de primasia, apresentando theorias que possam accomodar-se a todos os casos d'ulcera, mas desde já devemos confessal-o, a sua origem ainda está encerrada em densas trevas.

Recentemente, tem-se procurado a composição do succo gastrico na ulcera do estomago, o poder absorvente da mucosa, a motilidade da parede muscular e de todas estas considerações tem sido tiradas conclusões importantes para o diagnostico e tratamento da doença.

---

## DEFINIÇÃO E SYNONIMIA

---

Chamamos ulcera do estomago á doença anatomicamente caracterisada por uma solução de continuidade, em geral arredondada, interessando uma ou mais tunicas do estomago, e, clinicamente, por uma gastralgia intensa, vomitos, hemorragias e hyperclorhydria. Ao lado dos casos typicos que correspondem a esta definição, apparecem outros frustres, em que um, dois ou tres symptomas podem faltar, e outros latentes que só a autopsia vem revellar, e aos quaes só poderemos applicar a parte anatomica da nossa definição.

Tem-se designado pelas denominações: ulcera redonda, ulcera perforante, ulcera chronica, gastrite ulcerosa e ulcera simples. Esta ultima

denominação dada por Cruveilhier para a distinguir das úlceras cancerosas, é ainda a preferível.

De facto, a úlcera não é sempre redonda, não é sempre perforante, e se é habitualmente chronica, segue muitas vezes uma marcha rapida para a cicatrização. A denominação de gastrite ulcerosa, não é melhor porque nem sempre está ligada a uma gastrite diffusa. Ultimamente, tem-se chamado úlcera peptica, attribuindo-se á autodigestão o papel principal na sua formação.

Esta denominação parece especificar a lesão a todo o tubo digestivo, quando é certo que a úlcera é apanagio exclusivo das regiões banhadas pelo succo gastrico acido: estomago, extremidade inferior do esophago e primeira porção do duodeno.

---

## ANATOMIA PATHOLOGICA

---

A ulcera do estomago tem como séde de predilecção a região pylorica, e depois a pequena curvatura e face posterior; é muito rara nas outras regiões do estomago. E' ordinariamente solitaria, mas observam-se ás vezes ulceras multiphas, como póde deduzir-se das estatisticas apresentadas pelos diversos auctores.

A sua forma é ordinariamente circular, d'onde a denominação de ulcera redonda, mas póde tambem ser elliptica, ovalar, oblonga ou affectar a forma annular, disposição esta que facilita os apertos do pyloro e arrasta padecimentos graves.

De dimensões muito variadas, a ulcera tem geralmente o tamanho de uma moeda de 2 tostões.

Debove, observou uma do tamanho de uma mão e já antes Cruveilhier encontrara outra que ia do cardia ao pyloro.

Quando recente, tem bordos nitidos, cortados a pique e a mucosa peripherica é ora apparentemente sã, ora tumefacta e com uma côr bôrra de vinho; quando antiga, os seus bordos são salientes, callosos, lembrando pelo seu aspecto as ulceras cancerosas.

No começo a lesão não interessa senão a mucosa, mas mais tarde o trabalho de desorganisação propagando-se em profundidade, attinge successivamente cada uma das tunicas do estomago, podendo chegar até aos órgãos abdominaes ou thoraxicos e contrahir adherencias.

N'este caso é a solução de continuidade representada pela forma de um funil, de eixo levemente obliquo, forma esta, que parece relacionar-se com a disposição dos arteriolos do estomago, que se expandem em cones de base voltada para a mucosa.

As paredes d'estas ulceras profundas são ás vezes talladas a pique, mas na maior parte dos casos estão dispostas em degraus, devido isto a que a perda de substancia da sub-mucosa e menor que a da mucosa, e a da tunica muscular menor que a da sub-mucosa.

O fundo da ulcera póde ser constituido por uma substancia pulposa, mas é d'ordinario bem

limpo, deixando vêr os feixes musculares postos a nú e ás vezes um arteriolo aberto que foi a origem de uma hemorrhagia mortal.

Taes são, em algumas palavras, os caracteres anatomia-pathologicos da ulcera, e que permitem estabelecer bem a differenciação entre esta lesão e as erosões hemorrhagicas que apparecem na gastrite.

A despeito da tendencia que a ulcera offerece a propagar-se em profundidade e extensão, ella cura muitas vezes, como o testemunham as cicatrizes frequentemente encontradas em autopsias, particularmente de mulheres.

Se o doente escapar ás terriveis complicações que podem produzir-se, quando a ulcera está em plena actividade (hemorrhagias, perforação do estomago, seguida de peritonite, fistulas intestinaes ou thoraxicos), a lesão cicatriza; no entanto o doente não fica isento de perigos, porque a cicatriz póde romper-se, ou quando localisada no pyloro, occasionar uma stenose que arrasta a dilatação mecanica do estomago com todas as suas consequencias

---

## ETIOLOGIA

---

Como causas da ulcera apontam os livros de pathologia: o sexo, a idade, as profissões, a má hygiene, as substancias causticas, os traumatismos, as impressões Moraes; e ainda certas doenças geraes como, a tuberculose, a clorose e a syphilis.

**Sexo**—E' um facto averiguado que a ulcera é mais frequente na mulher que no homem, na proporção de 2 para 1 ou na proporção de 4 para 1, segundo alguns auctores.

**Idade**—Muito rara na infancia, esta doença é a partir dos 15 annos directamente proporcional á idade, attingindo o maximo de frequencia

na velhice, como quer Brinton. Esta opinião é, porem, contestada por auctores contemporaneos que, baseando-se na observação clinica, asseveram a sua maior frequencia n'uma idade comprehendida entre os 25 e 30 annos.

**Profissões** — Parece que as profissões tem certa influencia no desenvolvimento d'esta doença; a ulcera é, effectivamente, frequente nos cozinheiros e torneadores de metaes, explicando-se esta frequencia, nos primeiros, pelo habito de provarem as comidas muito quentes, e nos segundos, pela deglutição de particulas duras durante o trabalho.

**Hygiene** — A miseria, uma alimentação viciosa ou defficiente, a ingestão d'alimentos muito quentes ou muito frios, têm sido invocados, á falta d'outra causa, para explicar a formação da ulcera. Mas é ao abuso dos alcoolicos que se attribue a influencia etiologica preponderante. Para uns, sob a influencia do alcool, a mucosa é ferida na sua vicalidade e não resistindo a acção do succo gastrico deixa-se ulcerar; para outros o alcool, determina uma gastrite alcoolica com erosões hemorrhagicas e secundariamente uma ulceração, e finalmente, a ulcera.

**Causticos** — As substancias causticas propi-

nadas como fins criminosos ou ingeridas como meio de suicidio, e ainda certas substancias medicamentosas administradas em alta dose, senão produzem uma gastrite rapidamente mortal, determinam uma ulcera que cicatriza lentamente.

**Traumatismos** — Todos os pathologistas mencionam casos de ulceras do estomago, consecutivas a traumatismos do epigastro. Entre nós, o professor Souza Martins, ainda ha pouco, apresentou duas observações n'este sentido á Sociedade de Sciencias Medicas.

Estes casos offerecem, todavia, uma circumstancia que não deve passar desapercibida: é que sendo mais expostas ao agente traumatico, a face anterior e grande curvatura do estomago, é precisamente n'estas partes onde menos vezes se observa a ulcera, sendo pelo contrario mais frequente no pyloro, protegido pelo figado.

**Impressões moraes** — Egualmente andam dispersos pelos livros de pathologia casos de ulceras consecutivas a impressões moraes violentas. Segundo uns, essas impressões determinam perturbações circulatorias, uma vaso-dilatação e congestão passiva da mucosa gastrica, de tal modo que esta não resistindo ao ataque do succo gastrico é facilmente ulcerada; para outros, aquellas impressões determinam uma hypersecreção

acida, d'onde o desequilíbrio entre a alcalinidade do sangue que circula nos capillares do estomago e a quantidade de acido clorhydrico, e a digestão immediata da mucosa.

**Clorose** — A clorose, como causa da ulcera, é invocada por uns e contestada por outros. Para Brinton e Galliard, a clorose é um effeito da ulcera como o é de qualquer doença que produza um esgotamento organico; para Lanceraux e outros, a clorose desempenha um papel etiologico importante n'aquella doença. Emquanto ao seu modo d'acção, a clorose determinaria a degenerescencia gordurosa dos pequenos vasos e consecutivamente a thrombose e a necrose da mucosa, ou actuaria pela hyperacidez gastrica que é muito vulgar n'esta doença.

**Tuberculose** — As considerações que fizemos ácerca da clorose podemos applical-as á tuberculose. Sabe-se que existem relações estreitas entre esta doença e a ulcera, mas no estado actual dos nossos conhecimentos, não está assente qual seja a primeira em data. A opinião mais provavel é que a tuberculose succeda á ulcera, em consequencia de encontrarem os bacillos de Kock um meio debilitado e admiravelmente apropriado para a sua pullulação.

**Syphilis**—Esta doença pôde ferir o estomago de diversos modos: no periodo dos accidentes secundarios, pôde occasionar um catarrho gastrico pelo mesmo processo que determina o catarrho intestinal; no periodo dos accidentes terciarios, determina gastropathias cuja natureza syphilitica se demonstra pela sua resistencia a todo o tratamento antidyspeptico e o seu desaparecimento rapido sob a influencia do tratamento mercurial. A syphilis ainda poderá produzir uma arterite das arterias do estomago e gomas.

Estas lesões poderão transformar-se em ulceras? Engel, affirma que em 100 casos de ulceras do estomago, 10 são de natureza syphilitica e Lang vae mais longe dando uma percentagem de 20 por 100; mas Galliard considera a syphilis como um factor etiologico excepcional da doença de Cruveilhier.

---

## PATHOGENIA

---

A pathogenia da ulcera simples é um dos pontos mais obscuros da pathologia das doenças do estomago.

Desde Cruveilhier até Bottcher, vastissimas theorias foram imaginadas para explicar a sua formação, mas percorrendo-as detalhadamente, é difficil encontrar uma que se adapte a todos os casos da doença.

Vamos apresentar essas theorias, indicando os factos clinicos e experimentaes em que ellas se baseam e mostrar que no estado actual da sciencia nenhuma d'ellas se deve julgar exclusiva.

São essas theorias bastante numerosas e jul-

gamos ser methodico distribuindo-as em 4 grupos. Estudaremos no 1.º grupo—aquellas que se baseam nas perturbações da circulação das paredes do estomago; no 2.º grupo—as que se baseam no desequilibrio entre a alcalinidade do sangue e acidez do succo gastrico; no 3.º grupo—a theoria da gastrite; e no 4.º—a theoria microbiana.

Ao 1.º grupo pertencem: a embolia, a thrombose, a anemia espasmodica e a estase venosa e hemorrhagia intersticial.

**Embolia**—Esta theoria defendida por Virchow, foi suggerida ao seu auctor na occasião em que elle estudava o processo embolico. Este pathologista explicava a formação de uma ulcera simples, por uma embolia que fosse obliterar uma arteria do estomago; n'estas condicções era suspensa a circulação no districto organico irrigado por esse vaso, d'ahi resultava a necrose, a sua digestão pelo succo gastrico e a formação da ulcera.

Virchow baseava a sua theoria em observações clinicas e em factos experimentaes: em um certo numero de casos tinha-se encontrado a ulcera em individuos predispostos ás embolias por lesões cardiacas e atheromas dos grossos vasos e por outro lado tinham-se provocado ulceras quando se injectavam corpos estranhos na circu-

lação geral, ou directamente na coronaria estomachica.

Estes factos constituiram argumentos seguros em favor da theoria em questão?

Em primeiro logar a anatomia normal do estomago mostra que as suas arterias não são terminaes e que bem ao contrario d'isso apresentam grandes anasthomoses, começando logo no peritoneo para não mais cessarem até á mucosa.

Em taes condicções, a necrose difficilmente poderá dar-se, a não ser que haja obliteração de uma arteria principal do orgão ou de numerosas arterias visinhas.

Em segundo logar, o que representará esse pequeno numero de casos d'ulceras, em individuos predispostos ás embolias por lesões cardiacas ou atheromas dos grossos vasos, se o compararmos com a grande frequencia da ulcera do estomago? E ainda n'este caso, qual seria a primeira lesão formada?

Demais, a clinica indica que não é nos individuos portadores de lesões cardio-vasculares que a ulcera é frequente.

Ainda á producção provocada da ulcera poderemos contrapôr este facto observado por Cottard e Prevost: não foi a ulcera do estomago que se produziu, quando injectaram grãos de tabaco na aorte d'um cão, mas ulceras multiplas no intestino. Effectivamente, sendo o tronco celiaco

perpendicular á aorte, difficilmente seria elle o trajecto seguido pelos embolos.

Estas objecções são sufficientes para affirmarmos que a theoria de Wirchow não corresponde senão a factos excepçionaes.

**Thrombose**—N'esta theoria a necrose da mucosa reconheceria como causa uma thrombose que se formaria em certas affecções das arterias do estomago (endarterite obliterante, arterite, etc).

Os factos clinicos e experimentaes em que esta theoria se funda não são numerosos. Hayem, encontrou em alguns velhos ulcerosos, a obliteração de arteriolos gastricos; e Corneil e Ranvier, assignalaram a frequencia de thromboses em individuos portadores de ulceras. Pavy, quando ligou alguns arteriolos gastricos, provocou a formação d'ulceras. Esta theoria para ser admittida, teria de destruir as objecções propostas acerca da embolia.

A riqueza em anastomoses impede a necrose do estomago, a não ser que seja obliterado um vaso principal e ainda n'estas condições formar-se-hiam grandes ulceras e não as pequenas que são as observadas. A idade em que apparece o atheroma não é a idade em que se observa a ulcera, e finalmente, a ulcera é mais frequente na mulher, o atheroma no homem.

**Anemia espasmodica**—Klebs, pensava que a anemia espasmodica, devida á contracção da fibra muscular dos arteriolos ou á contracção da tunica muscular do estomago sobre os vasos que a atravessam, arrastava a estase venosa e echymoses consecutivas, que eram o ponto de partida da ulcera. Esta theoria que foi logo combatida por Leube, está longe de definir o seu papel na producção da ulcera.

**Estase venosa e hemorragias intersticiaes**—Aqui faz-se intervir no mechanismo da ulcera, a estase venosa e as hemorragias intersticiaes consecutivas, que se produzem em determinadas condicções. Como na embolia e thrombose a ulcera seria devida á insufficiencia vital de certos pontos da mucosa, abandonada sem defeza á acção do succo gastrico. De facto, conhecem-se ulceracões do estomago entre os asyptolicos e cirrhoticos, mas estas são multiplas, falliculares e não correspondem ao typo da ulcera simples. Quanto ás causas das echymoses, são muito numerosas; observam-se após os traumatismos, a distensão exagerada do estomago e em certas lesões do encephalo e da medulla.

Experimentalmente, Panum, obteve echymoses e ulceracões quando injectou pequenas bólas de cera na veia crural d'um cão e essas le-

sões explicava-as pelo embaraço á circulação no dominio da veia posta.

Este facto vem ainda corroborar a influencia das echymoses na producção de ulcerações do estomago, mas estas, repetimos, não offerecem os caracteres da ulcera simples.

**Traumatismos**—Na parte etiologica da nossa dissertação deixamos expostos casos clinicos d'ulceras do estomago consecutivas a traumatismos. Experimentalmente, Vanni, provocou-as quando contundiou a região epigastica em tres series de coelhos, em plena actividade digestiva.

Em quasi todas as observações clinicas de ulceras do estomago consecutivas a traumatismos do epigastro, se tem observado que os doentes curam ao fim de trez a quatro semanas; por outro lado sabemos que as feridas do estomago tambem curam depressa, nas operações feitas n'este orgão.

Agora seja-nos licito perguntar?

Não seriam ulceras banaes aquellas lesões encontradas por Vanni, e não esta ulcera que tende para a extensão, para a chronicidade e para a recidiva?

---

**Theorias baseadas no desequilíbrio  
entre a alcalinidade do sangue e a acidez do succo  
gastrico**

Segundo Pavi, o estomago é normalmente protegido contra a acção digestiva do succo gastrico pela alcalinidade do sangue, que é constantemente renovada na espessura das suas paredes. Haja um desequilíbrio entre estes dois factores e teremos realisadas as condicções da formação da ulcera.

Ora, este desequilíbrio póde estabelecer-se em tres condicções: quando houver uma diminuição da alcalinidade do sangue; quando houver enfraquecimento da circulação nas paredes do estomago; quando houver hyperacidez do succo gastrico.

**Diminuição da alcalinidade do sangue—**  
N'estas condicções, o sangue sendo insufficiente

para neutralisar a acidez normal, não pôde defender a mucosa gastrica que se deixa digerir e ulcerar. O aniquilamento d'esta theoria senão é completo, é-o pelo menos em parte, pelos factos observados nas doenças por retardamento de nutrição de Bouchard. De facto, está averiguado que, sendo frequente n'estas doenças a diminuição da alcalinidade dos meios interiores, não é n'ellas vulgar, a ulcera do estomago.

**Enfraquecimento da circulação nas paredes do estomago**— Este facto observa-se nas embolias, thromboses, hemorragias e gastrite. Nós já mostramos em outra parte a insufficiencia d'estas theorias na formação de todos os casos d'ulcera, podendo desde já dizer o mesmo da gastrite em que fallaremos adiante.

**Hyperacidez do succo gastrico**— A exageração da acidez do succo gastrico é habitual na ulcera do estomago, e por consequencia, é um poderoso argumento em favor da auto-digestão. A analyse chimica tem revellado que a percentagem em acido clorhydrico se elevava de 2: por mil, cifra normal, a 3,4 e 5: por mil. Mas esta theoria tem o inconveniente de não ser absoluta. Effectivamente, se em muitos casos ha cohesistencia de ulcera e hyperclorhydria, outros ha de

hyperclorhydria sem ulcera, e outros de ulcera sem hyperclorhydria.

E mesmo nos casos de ulcera com hyperclorhydria, não será esta a consequencia da primeira? A ulcera em virtude das dôres que occasiona, não será o ponto de partida de reflexos que modifiquem as secreções, dando-se no estomago um phenomeno analogo aos das nevralgias da face em que as secreções nasaes e boccaes são alteradas em qualidade e quantidade?

**Theoria da gastrite**—Quando Cruveilhier estabeleceu as bases differenciaes entre a ulcera simples e o cancro ulcerado, escrevia ácerca da sua pathogenia: «A ulcera é o resultado d'este trabalho morbido a que Hunter chama inflamação ulcerosa.» A theoria de Cruveilhier, encontrou em França partidarios convictos até ao momento em que appareceram os trabalhos de Virchow, Rokitansky, etc. A insufficiencia d'estes trabalhos fez com que as doutrinas de Cruveilhier surgissem do abandono a que tinham sido votadas, mas ainda reinava grande confusão no espirito dos pathologistas a respeito da anatomia pathologica da affecção, chamada gastrite ulcerosa.

Recentemente, Golliard, estudando a questão, marcou-lhe um substractum anatomico. Tendo examinado ao microscopio, pequenos frag-

mentos da mucosa estomacal, encontrou os elementos histologicos da lesão. Estes elementos, diz Galliard, são cellulas embryonarias de proliferação cellular, collocadas entre a camada glandular e a camada sub-mucosa, em agglomerações arredondadas ou ovalares, emittindo prolongamentos que atravessam a barreira epithelial. Estes elementos cellulares assim collectados dissociam-se, transformam-se em globulos de pús e depois sendo eliminados, deixam em seu lugar pequenas erosões que, graças á extensão centrifuga, se transformam em verdadeiras ulceras.

A esta theoria poderemos fazer algumas considerações.

Encontrando-se, na gastrite ulcerosa, as lesões disseminadas por quasi toda a mucosa, era natural observarem-se ulceras multiplas e não a ulcera solitaria mais vezes encontrada.

Por outro lado se partisse-mos da edeia da inflamação da mucosa para explicar a formação da ulcera, tambem teriamos de admittir a existencia constante de ulceras consecutivas á irritação da mucosa por agentes de qualquer natureza; e não vimos já que esses agentes não tinham como consequencia a producção de ulceras?

D'aqui concluiremos que a theoria da gastrite, de per si, não explica os casos de ulceras simples.

**Theorias microbianas** — Em 1874, Bother, tendo descoberto a presença de microbios no fundo e bordos de ulceras simples, attribuiu-lhes um papel pathogenico. Esta descoberta, a principio recebida com indiferença, foi depois defendida por alguns auctores, sobretudo por Letulle.

Esta opinião baseava-se em factos clinicos e em factos experimentaes.

Letulle, apresentou cinco observações pessoas d'ulceras simples produzidas no decurso de doenças infecciosas.

No 1.º, tratava-se d'um caso de suppuração do seio maxillar, seguido d'ulcera simples; no 2.º observara crises de gastrorrhagias dez annos depois de uma cura de farfalho chronico; no 3.º, hematemese abundantes, quatro annos depois da variola; no 4.º, tratava-se de um individuo portador d'uma dysenteria chronica e que no decurso da doença apresentou os symptomas caracteristicos da ulcera; no 5.º, era uma lymphangite suppurada do membro inferior seguida d'ulcera, quatro annos depois da cura.

Galliard, observou a mesma doença em um syphilitico, doença, que obdeceu ao tratamento mercurial. Experimentalmente, Lebert e Panum, provocaram ulceras gastricas quando injectaram pús no systema arterial e venoso; e Chantemesse e Vidal chegaram ao mesmo resultado com culturas do bacillo dysenterico, inoculadas em caviás.

Emquanto á porta d'entrada para estes bacillos, diz Latulle, ora elles são ingeridos e vão desenvolver-se á superficie da mucosa gastrica, (caso mais raro) ora ahi são levados pela circulação.

Estes factos experimentaes e clinicos provam que em um certo numero de casos, a doença em questão, tem uma origem infecciosa.

Provam por outro lado que agentes microbianos diversos podem produzir a lesão.

Estes factos são dignos de contestação. Em primeiro logar, para que as observações pessoaes de Letulle, nos levassem a uma conclusão evidente, seria indispensavel que elles fossem seguidos da respectiva autopsia. Assim encontradas as lesões com os seus caracteres typicos, ficaria o nosso espirito tranquillo. Em segundo logar é Letulle, quem vem confessar que aquellas lesões provocadas experimentalmente, eram muito benignas, que curavam rapidamente e não eram acompanhadas de dôres intensas.

Agora perguntaremos : nos casos observados por Letulle, não se trataria de lesões benignas, semelhantes ás provocadas experimentalmente?

Depois de termos exposto e criticado as diversas theorias propostas para resolver o problema da pathogenese da ulcera, devemos confessar que, a hypothese occupa um grande logar em qualquer conclusão a que se tem chegado.

# SYMPTOMATOLOGIA

---

Sob o ponto de vista clinico, a ulcera do estomago apresenta ordinariamente dois periodos: um periodo dyspeptico, e um periodo de estado, em que apparecem os quatro grandes symptomas caracteristicos da doença. Estudaremos em primeiro logar os symptomas d'estes dois periodos e em ultimo logar os symptomas de segunda ordem, de importancia menor para o diagnostico da doença.

---

## PERIODO DYSPEPTICO

Durante este periodo, cuja duração é de semanas, mezes ou mesmo annos, os doentes quei-

am-se de um mal estar mal definido, de peso e plenitude no epigastro, abaulamento do ventre, flatulencias e pyrosis. Estes symptomas accentuam-se bem, algum tempo após as refeições.

O appetite mantem-se regular, e se o doente muitas vezes se colloca n'uma dieta rigorosa, é com receio de digestões laboriosas que lhe trazem aquelles soffrimentos. Mais tarde todos os symptomas mencionados se aggravam; apparece a dôr fixa no epigastro, que se exacerba com a ingestão dos alimentos; dôr, que é seguida de nauseas e vomitos alimentares e aquosos. Os doentes tornam-se irritaveis, teem somnos agitados e de manhã levantam-se mal dispostos para o trabalho. N'este periodo é difficil distinguir-se um dyspeptico d'um ulceroso.

---

### PERIODO DE ESTADO

Este periodo abrange: a dôr, o vomito, a hemorragia e a hyperclorhydria, quatro symptomas que definem perfeitamente a doença.

A dôr apresenta por vezes um caracter paroxystico que coincide com a ingestão dos alimentos e a secreção do succo gastrico. A qualidade dos alimentos tem influencia sobre a intensidade da dôr, de tal modo, que um regimen

Brando, como o leite, não provoca sensações dolorosas, ao contrario do que succede com os alimentos solidos que provocam dôres intensas. Um outro character importante da dôr está na influencia que sobre ella exercem os movimentos e a attitude do doente. Assim, acontece que a dôr desaparece com o repouso no leito e reaparece com a locomoção; na posição assentada, a dôr é muitas vezes menor que no decubito dorsal, quando o doente é portador de uma ulcera da parede posterior. As variações dolorosas provenientes das diversas attitudes, dependem, segundo G. Séé, da tracção mechanica da ulcera e da irritação directa da sua superficie pelo contheudo estomacal deslocado.

Um outro character da dôr, consiste na sua exacerbação sob a influencia da pressão.

E' por isso que os doentes não supportam os vestidos apertados, principalmente a mulher, que não póde fazer uso do espartilho. Esta dôr á pressão localisa-se ordinariamente um pouco abaixo do appendice xyphoide, mas não é raro encontrar-se á direita ou esquerda d'aquelle ponto. O paroxysmo doloroso póde demorar-se duas horas ou mais. Consiste em uma sensação dolorosa que os doentes comparam, a uma queimadura, a uma roedura, a uma ferida viva, etc. A dôr ainda se installa no dorso, ordinariamente ao nivel das ultimas vertebrae dorsaes e dos pri-

meiros lombares, e n'este caso, os doentes comparam a dôr, aquella que lhe produziria um instrumento perforante que penetrasse no epigastro e sahisse no dorso em um ponto diametralmente opposto. A dôr appresenta muitas vezes irradiações para o umbigo, hypochondros, espaldas e costellas.

O vomito, apparece ordinariamente com a dôr, mas pôde vir semanas depois.

Produz-se em quasi todas as refeições, no momento em que a dôr attinge o seu maximo de intensidade. Se é completo, deixa o estomago vasio e o doente fica tranquillo até á refeição seguinte; porem, se é parcial, a dôr só desapparece por instantes para depois voltar. O vomito nem sempre é alimentar; se é matutino, é uma especie de vomito pituitoso; se é produzido horas depois das refeições, quando os alimentos já chegaram ao intestino, é constituido por parcellas alimentares digeridas, misturadas com acidos, muco e bile.

A hemorrhagia tem-se observado no terço dos casos da doença. Os seus caracteres variam segundo a quantidade de sangue derramado; se a gastrorrhagia é fraca e o estomago tolerante, o sangue é transformado pelos liquidos estomacaeos, passa ao intestino e sae com as materias fecaes, ás quais dá um aspecto que lembra o alcatrão ou o chocolate. E' a melaena. Quando a gastrorrha-

gia é abundante, o sangue pôde ser immediatamente expulso com um aspecto rutilante; mas se é conservado no estomago, por algum tempo, sae transformado e lembra a bórra do café ou a fulligem dissolvida. Esta hemorragia abundante acompanha-se dos signaes das grandes hemorragias: pallidez da face, resfriamento geral, pequenez de pulso e tendencias syncopaes.

A hyperchlorhydria é um symptoma habitual, n'esta doença.

Alguns auctores attribuem a sua ausencia, n'um pequeno numero de casos, ou á anemia que succede ás hematemeses repetidas, ou á existencia d'um cancro que vem implantar-se na ulcera.

---

## SYMPTOMAS DE SEGUNDA ORDEM

E' frequente, observarem-se n'esta doença: a anemia, a amenorrhœia e certas perturbações nervosas.

A anemia caracteriza-se pelos signaes habituaes de fraqueza geral, dyspnea ao menor esforço, pallidez dos tegumentos e das mucosas e pelos sopros cardiacos.

A amenorrhœia é tão frequente no começo da ulcera que alguns auctores, discutem se ella será effeito ou causa da doença.

As perturbações nervosas offerecem grandes variantes. Doentes ha que são extremamente irritaveis; outros que se preocupam muito com a sua doença e se tornam hypocondriacos; outros são verdadeiros nevrasthenicos, apresentando cephaleas, dôres sagradas, insomnias, repugnancia para o trabalho, etc.; outros offerecem os estygmata do hysterico.

---

## COMPLICAÇÕES

---

Entre os accidentes que podem complicar a ulcera simples, mencionaremos:

**A peritonite generalisada**—Este accidente tem logar quando a ulcera abre no peritoneo. O resultado immediato d'este phenomeno é a passagem do contheudo estomacal para a cavidade peritoneal e consequentemente uma peritonite promptamente mortal. Esta peritonite por perforação é acompanhada do seu cortejo symptomatico habitual: uma dôr violenta no epigastro, que depois se generalisa a todo o abdomen, phenomenos de collapso, alteração dos traços physiomaticos, abaulamento do ventre e grande sensibilidade á pressão.

Distingue-se, porem, das outras peritonites agudas, pela ausencia ordinaria de vomitos, pela rapidez da sua evolução, pela diminuição da zona de som baço hepatico, (o que se explica pela abundancia de gazes na cavidade peritonial) e ainda por este signal mencionado por alguns auctores: quando o doente ingere liquidos, sente nitidamente a sua passagem do estomago para o peritoneo.

**A peritonite enkystada**—Se a perforação fôr precedida de adherencias entre o estomago e os órgãos visinhos, estas constituem uma barreira á extensão dos contentos estomacae e forma-se então um fóco purulento, limitado por pseudo-membranas espessas, fóco que póde abrir na cavidade peritoneal, no intestino, na parede abdominal anterior ou emfim do lado do thorax, na pleura ou n'um bronchio.

No começo esta doença reveste-se dos symptomas da peritonite intensa que acabamos de descrever, mas em vez de terminar rapidamente pelo colapso e morte, aquelles signaes persistem durante algum tempo e vão-se attenuando pouco e pouco, até que o doente cae no marasmo e succumbe.

**As fistulas gastro-intestinaes**—E' raro que a ulcera vá abrir no duodeno ou em outro

ponto do intestino delgado. Na maior parte dos casos abre-se no colon.

Quando a comunicação gastro-colica se faz directamente sem intermedio de um abcesso peritoneal, não apparecem os signaes de peritonite e então só nos fornecem elementos de diagnostico as fezes, que são sanguinolentas e ricas em pús. Se a comunicação fôr estabelecida por intermedio de um abcesso, as fezes conservam os mesmos caracteres, mas apparecem concumittantemente os symptomas da peritonite localisada.

**A pleuresia purulenta**—Em vez de se abrir na cavidade peritoneal ou em um orgão d'esta cavidade, a ulcera póde perforar o diaphragma e estabelecer uma comunicação entre o estomago de um lado, a pleura, o pulmão e o pericardio, de outro. Esta perforação do diaphragma póde estabelecer-se em duas condicções differentes: ou por intermedio de uma peritonite encystada, ou mais raras vezes, ella é o resultado da extensão do processo ulceroso da lesão estomacal. Em qualquer dos dois casos se estabelece comunicação entre o estomago e a pleura, e d'ahi a pleuresia purulenta.

Mas esta póde ser occasionada sem que haja comunicação entre a pleura e o peritoneo. Esta condicção realisa-se quando existem abces-

sos sub-phrenicos, e explica-se facilmente pela communicação dos lymphaticos da pleura e do peritoneo atravez do diaphragma.

**A gangrena pulmonar**—Póde existir cumittantemente com a pleuresia purulenta. Basta que os dois folhetos visceral e parietal da pleura estejam adherentes para que a ulceração ganhe o tecido pulmonar. Quando esta eventualidade se dá, o tecido pulmonar é necrosado, eliminado atravez dos bronchios com o cheiro fetido caracteristico da gangrena.

**A pericardite purulenta**—A perforação póde fazer-se no pericardio adherente ao diaphragma. N'estas condicções forma-se uma pericardite purulenta cujo exsudato se reune ao contheudo es-tomacal; o coração mergulha pela sua superficie n'este liquido fetido. Esta complicação é acompanhada dos signaes da pericardite com derrame: ausencia do choque da ponta do coração, exaggeração de som baço na região precordial, dyspnea, cyanose, etc.

**A dilatação do estomago**—A distensão das paredes do estomago com estase alimentar é uma complicação frequente que se póde observar no decurso da ulcera simples ou depois da terminação do trabalho de cicatrização. N'este

ultimo caso, a dilatação resulta da constrição que a cicatriz exerce sobre o estomago.

**O cancro**—O cancro vem algumas vezes no decurso da ulcera simples implantar-se sobre o seu fundo ou bordos. Em alguns casos tem apparecido sobre a cicatriz. Debove, affirma que em 100 casos de cancro, 8 são consecutivos á ulcera.

Quando isto succede, a doença evoluciona como se o cancro existisse só, com as seguintes differenças: o appetite é quasi sempre conservado e o exame do succo gastrico mostra que a quantidade de acido chlorhydrico é normal ou pouco exaggerada.

---

## MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

---

Na maior parte dos casos a ulcera do estomago é acompanhada do cortejo symptomatico que deixamos exposto e então o diagnostico impõe-se; mas ao lado d'essa forma typica ha modalidades diversas. Em certos casos a ulcera evoluciona silenciosamente e só a autopsia vem revellar a sua existencia. Acontece em outros, que um individuo, aparentemente saudavel, é de subito accomettido de uma peritonite por perforação, e succumbe em poucas horas.

Em outras formas clinicas ha ausencia ou predominio de um dos symptomas.

A ulcera simples é uma doença de evolução essencialmente chronica; se algumas vezes se-

gue uma evolução aguda, é porque se trata quasi sempre, de ulceras banaes e não da ulcera typica.

Termina ordinariamente pela cura, mas pôde ter um desenlace fatal. Quando o doente é submettido a uma therapeutica apropriada, desaparecem as hemorragias, os vomitos tornam-se menos copiosos e mais distanciados, a dôr subsiste ainda depois das refeições, mas atenuada, até que desaparece.

No caso de morte, o doente esgotado pela dôr e pelas hemorragias abundantes e repetidas, cae n'um estado de abatimento extremo e succumbe. Mas na maior parte das vezes, a morte é cauzada por uma doença intercorrente, ou por uma complicação, como a peritonite por perforação, um aperto do pyloro, etc.

---

## DIAGNOSTICO

---

O diagnostico da ulcera do estomago impõe-se, sempre que encontrar-mos associados: a dôr, o vomito, a hematemese e a hyperclorhydria. Porem, se houver ausencia de qualquer d'estes symptomas ou existir um só, o quadro clinico é embaraçoso, por se prestar á confusão com outros estados morbidos.

E' o cancro do estomago e a gastrite chronica, que mais vezes simulam aquella doença, mas ainda outras como, a gastralgia, a hysteria, as crises gastricas do tabés e a doença de Reichnnan se podem prestar á confusão.

Vejamos os elementos differenciaes de diagnostico entre estas doenças.

Entre a ulcera e o cancro existem grandes

diferenças, umas clinicas, outras tiradas do chimismo estomacal. Na ulcera a dôr apparece geralmente em seguida ás refeições e é acalmada quando o estomago é vasio, quer pelo esforço do vomito, quer pela passagem dos conteúdos estomacaes ao intestino; no cancro a dôr é continua, mais branda e se algumas vezes offerece paroxysmos, estes não coincidem com as refeições.

Na ulcera o vomito é consecutivo ás refeições; no cancro produz-se em qualquer hora. Na ulcera a gastrorrhagia é ordinariamente abundante; no cancro é insignificante. Por outro lado a ulcera é frequente nas mulheres até aos 35 annos; o cancro apparece indistinctamente em qualquer sexo e n'uma idade mais adiantada. Os ulcerosos, só excepcionalmente offerecem um tumor estomacal á palpação, (quando é complicada de cancro) os cancerosos apresentam quasi sempre este signal.

Na ulcera a caracteristica chimica do succo gastrico está na hyperclorhydria, o que pôde verificar-se por diferentes processos, sobretudo pelo reagente de Gunzburg; ao contrario no cancro domina a anaclorhydria e a presença de grande quantidade de acidos provenientes de fermentações anormaes; os ulcerosos nutrindo-se defficientemente eliminam menor quantidade de urea e de chloretos pelas urinas; os cancerosos

não apresentam aquellas alterações; na ulcera não ha diminuição de globulos rubros do sangue e de hemoglobina; no cancro parece estar averiguado o contrario.

Entre a ulcera e a gastrite chronica existem egualmente differenças notaveis. Na gastrite ha sempre uma anorexia accentuada com lingua espessa e saburosa, as dôres são vagas e não irradiam para o rachis e espaldas, não são influenciadas pelas refeições e o vomito é raras vezes sanguinolento.

Na gastralgia a dôr localisa-se no epigastro e pôde apresentar as irradiações da ulcera; mas esta dôr é menos fixa que na ulcera, apparece sem causa, não é influenciada pelos ingesta e no intervallo das accessos o funcionamento do estomago é integral. Alem d'isso a hematemese e a melaena faltam sempre e o exame chimico do succo gastrico não revella hyperclorhydria.

Na hysteria, são frequentes os vomitos e as crises dolorosas, e uma ou outra vez vem a hematemese; mas os hystericos que vomitam, não emagrecem, o estomago funciona bem fóra das crises dolorosas e corrobora-se, finalmente, o diagnostico differencial, pelos estygmas da hysteria: hemi-anesthesia, perturbações visuaes e motoras, etc.

No começo do tabes tem-se observado dôres fulgurantes que começando em outros districtos

organicos, se localisam depois no epigastro e irradiam para o umbigo, rachis e espaduas; algum tempo depois sobreveem vomitos ás vezes levemente corados de sangue.

Ainda aqui é facil o diagnostico differencial, se attender-mos a que estas crises dolorosas apparecem independentemente das refeições, que ellas não accalmam com o vomito, e que este vomito nunca toma o character sanguinolento da ulcera. Alem d'isso o estomago, funciona regularmente, fóra das crises dolorosas.

A doença de Reicheinam é acompanhada de uma hypersecreção continua, ordinariamente hyperclorhydrica, vomitos e dôres que se fixam no epigastro e offerecem irradiações para o umbigo, rachis e espaduas. Alguns auctores identificam esta doença com a ulcera do estomago, dizendo que aquella hypersecreção continua, precede a formação da ulcera, que é uma causa indispensavel, senão a unica, da sua formação.

Porém, os trabalhos recentes de Hayem, e outros de medicos polonezes, vieram mostrar que na doença de Reichnman existe uma alteração especial das glandulas gastricas—uma degenerescencia das cellulas principaes, e hypertrophia e hyperplasia do elemento secretor, a cellula de revestimento.—E' portanto, esta doença uma especie morbida distincta da ulcera, pela sua lesão anatomica, e sob o ponto de vista clinico, pela

ausencia de melaena e hematemese, e pela presença de uma gastrorrhea continua.

Emquanto ao diagnostico da séde da ulcera, poderá presumir-se pelo tempo que medeia entre a ingestão dos alimentos e a apparição da dôr, e ainda pela localisação da dôr e suas irradiações.

Quando a ulcera está no cardia, a dôr é consecutiva á ingestão dos alimentos, fixa-se no hypochondro esquerdo e irradia para a espadua do mesmo lado; se apparece uma ou duas horas depois, se tem a sua séde no hypochondro direito e irradia para a espadua do mesmo lado, poderá presumir-se uma ulcera do pyloro; uma dôr que apparece um quarto d'hora ou meia hora depois das refeições, que tem a sua séde no epigastro e irradia para o rachis, são signaes que fallam em favor de uma ulcera da pequena curvatura; quando a ulcera está situada perto da grande curvatura, a dôr apparece um quarto d'hora ou meia hora depois das refeições junto do umbigo e irradia de preferencia para o abdomen.

Estes signaes de diagnostico da séde não são rigorosos, acontecendo não raras vezes descobrir-se na autopsia uma ulcera do pyloro que durante a vida se manifestou por signaes que não eram os correspondentes aos das ulceras d'aquella região.

---

## PROGNOSTICO

---

A ulcera do estomago é sempre uma lesão grave por expôr os doentes aos perigos da hemorragia e da perforação. E' certo que as úlceras cicatrizam em certos casos, mas esta cicatrização não é uma garantia segura contra a cessação dos soffrimentos. Fechada a solução de continuidade, o doente póde continuar a soffrer, em consequencia de cardialgias rebeldes ou de uma gastro-ectasia consecutiva.

Devemos sempre receiar as recidivas, tão frequentes na ulcera simples e contar com uma eventualidade tambem frequente, a formação d'um carcinoma no fundo de uma ulcera cicatrizada.

# THERAPEUTICA

---

Na escolha de uma alimentação que, ao mesmo tempo que satisfaça á condição de nutrir sufficientemente o doente, seja innoffensiva ao processo ulcerativo e reduza ao minimo o funcionamento do estomago, está a primeira indicação de tratamento da ulcera simples.

A segunda indicação será auxiliar o trabalho de cicatrisação da lesão e combater os principaes symptomas.

A primeira indicação é admiravelmente preenchida pelo regimen lacteo; a segunda por agentes pharmacologicos.

Emquanto ao tratamento causal, estão todos os pathologistas de accordo sobre a impossibilidade de o effectuar, em virtude de não estar

assente a causa da doença; mas admittida a sua natureza infecciosa podemos lançar mão dos antisepticos: solal, naptal, salycilato de bismutho, etc.

O regimen lacteo exclusivo impõe-se desde que o diagnostico se evidencia.

E' ainda este regimen que nos casos duvidosos vem confirmar o diagnostico, pelos excellentes resultados que produz nos doentes a elle submettidos por algum tempo.

Os beneficos effeitos do leite estão dependentes de muitas causas: o leite realisando o typo do alimento completo é capaz de reparar as perdas incessantes que soffre a economia; o leite não contem elementos irritantes para a ulcera; é de uma extrema digestibilidade, demorando-se pouco tempo no estomago e reduzindo, portanto, ao minimo a secreção do succo gastrico, e finalmente, o leite pela sua reacção alcalina, é em parte um neutralisante da hyperacidez gastrica.

O leite é preferivel no estado de integridade dos seus componentes e sem ter soffrido uma cocção previa, porque a acção do calor faz-lhe perder principios albuminosos e gases que lhe prejudicam o valor nutritivo e a sua digestibilidade. Todavia, se o doente o preferir fervido, poderá fazer-se-lhe esta concessão sem que d'ahi lhe advenham grandes inconvenientes.

Emquanto á doze diaria de leite a prescrever ao doente poderá ella deduzir-se das seguintes considerações: confrontando as cifras dos elementos que entram na composição da ração alimentar do adulto, com as cifras que representam os seus elementos no leite, verificamos que são necessarios 4 litros de leite diarios para obter a equivalencia dos albuminoides das gorduras e dos hydrocarbonados.

No entanto, aquella dóse poderá reduzir-se a 2 litros e meio ou a 3 litros, nos casos em que o individuo não exerce grandes esforços musculares.

Todos os auctores aconselham o uso do leite em doses fraccionadas no intuito de obstar aos inconvenientes das grandes doses. Effectivamente, as altas doses podem produzir a dilatação do estomago com todos os phenomenos da estase alimentar (de composições organicas, irritação permanente da lesão pelo contacto dos alimentos, excitação prolongada da mucosa que reage por uma secreção continua de succo gastrico, etc.)

O regimen lacteo exclusivo não é bem supportado por alguns doentes que estão sob a sua influencia por muito tempo, porque depressa sobrelevem uma repugnancia invencivel para aquelle alimento. N'estas condições poderá submeter-se o doente ao uso do sôro que apezar de ser menos nutritivo póde até certo ponto substituir o leite.

Dujardin-Beaumetz aponta-nos casos de cura de doentes tratados por este processo em estabelecimentos da Suissa, Hungria e Tyrol, fundados para este fim.

Quando o sôro não fôr tolerado pôde recorrer-se ao creme ou a outros preparados de leite, preconizados nas doenças do estomago.

Na transicção da dieta lactea para o regimen alimentar, o doente deverá usar o leite addicionado de uma pequena quantidade de fecula, tapioca, alimentos de facil digestão e mais ricos que o leite em principios hydrocarbonados. E só quando as gastrorrhagias, as dôres e os vomitos tiverem cessado, é que o doente poderá sahir d'esta dieta e voltar pouco e pouco á alimentação ordinaria.

Leube aconselha a graduação indicada nos quatro regimens seguintes :

1.º Caldos, solução de pó de carne, leite, ovos molles, ovos crus.

2.º Miolos de vitella, frango e pombo.

3.º O regimen antecedente com fiambre e bifes mal assados.

4.º Cabrito, perdiz, rosbiff, caldos de macarrão e de arroz.

Mais tarde os doentes poderam usar de quaesquer alimentos, com tanto que se abstenham das bebidas alcoolicas e das substancias que são prejudiciaes mesmo aos estomagos robustos.

\* \* \*

**Medicação cicatrizante** — Trousseau e Gros, partindo dos bons resultados obtidos pelas cauterisações leves feitas com o nitrato de prata sobre as úlceras cutâneas, preconisaram o seu emprego no tratamento da úlcera do estômago como meio vantajoso de cicatrização. Estes auctores administravam os saes de prata sob a forma pilular na dóse de 0,01, augmentando-a em seguida até 10 centigrammas. Fleming ia mais longe, chegando a injectar com uma sonda esophagica uma solução de nitrato de prata directamente no estômago.

A respeito d'esta medicação quasi todos os pathologistas seguem a opinião de Brinton, que a julga inefficaz, por ser muito difficil limitar a acção do nitrato de prata á superficie da úlcera, e até perigosa, porque podem resultar do seu emprego os inconvenientes da absorpção dos saes de prata.

E affirma Brinton que as curas obtidas por este sal, não lhe devem ser attribuidas, mas sim ao leite que foi uzado concumittantemente.

Com o mesmo fim de modificar a superficie da úlcera, Luca, de Napoles, aconsella o emprego da agual de cal; Luton, o percloroeto de ferro; Bonnemaïson, o sub-nitrato de bismutho em al-

ta dóse; outros ainda o chloral esperando que elle actue como nas ulceras cutaneas.

A todas estas substancias se póde fazer o reparo que Brinton fez ao nitrato de prata, e de mais algumas são irritantes prejudicando a cicatrização longe de a favorecerem.

\* \* \*

**Medicação symptomatica** — Para combater a dôr estão indicados: o opio, a cocaina e o cloroformio.

O opio póde ser administrado sob varias formas pharmaceuticas; em pilulas, em xarope, poções laudanizadas, gottas negras inglezas, etc.

A cocaina emprega-se sob a forma de chlorhydrato.

O cloroformio póde empregar-se em poção constituindo a chamada agua cloroformada.

Ainda se empregam com vantagem externamente sobre o epigastro, as bexigas de gelo, as compressas banhadas em agua, a temperatura elevada e os revulsivos.

Emquanto ás injeções hypodermicas de morphina é necessario ser muito reservado sobre o seu emprego, porque se ellas estão indicadas em dôres vivas e passageiras, seriam prejudiciaes n'este caso em que a dôr está dependente de uma doença de evolução lenta.

A necessidade de as repetir muitas vezes expõe os doentes á morphinomania, doença de mais difficil tratamento do que aquella que se tem em vista curar.

Contra o vomito aconselha a therapeutica: o gelo, a creosota, a tintura d'iodo e a agua clo-roformada.

O gelo é administrado em pequenos fragmentos. Tem um alto valor quando a dôr não é de grande intensidade.

A creosota, pôde dar-se em pilulas ou em vinho.

A tintura de iodo, aconselhada a primeira vez por Lasègue, que a prescrevia na dôse de 5 a 10 gottas, em agua assucarada, dá quasi sempre bons resultados.

Na hematemese devem prescrever-se os hemostaticos: acido sulfurico, acetato de chumbo, a ratania, o percloreto de ferro e as injeccões hypodermicas de ergotina.

Para combater a hyperacidez do succo gastrico, recorre-se aos alcalinos, que podem ser administrados em cachets, em soluções, dissolvidos no leite, ou sob a forma d'aguas alcalinas. Podem empregar-se em grandes dôses sem grandes inconvenientes.

Debove, emprega-os até 15 ou 20 grammas por dia e isto no sentido de neutralisar completamente o succo gastrico e fazer com que

os alimentos soffram apenas a digestão intestinal.

Emquanto á lavagem do estomago, meio frequentemente empregado nas doenças d'este orgão é preconizada por uns e reprovada por outros.

Dujardin-Beaumetz, aconselha-a no começo da doença enquanto não começaram as hemorragias, e no periodo terminal depois de cessar a cicatrização.

No principio, accrescenta o author, as lavagens são vantajosas, porque limpam a mucosa e a superficie ulcerada, impedindo assim o contacto das particulas alimentares, cuja permanencia irritaria a superficie da ulcera e retardaria o trabalho de cicatrização.

Mas esta pratica torna-se perigosa enquanto existirem gastrorrhagias, porque a lavagem despertando as contracções do estomago, destaca os coagulos obliteradores e facilita as gastrorrhagias.

\* \* \*

Pelo que diz respeito á therapeutica das complicações que eventualmente podem manifestar-se no decurso da ulcera simples, devemos confessar que os meios de que actualmente dispõe a cirurgia poucos serviços podem prestar.

A laparotomia, tentada algumas vezes para obstar a uma peritonite por perforação, não foi

coroada de successo. Todavia, o valor d'esta operação é indiscutivel, n'um caso tão desesperado, pois que é ella o unico recurso que resta ao doente.

Em casos de aperto do pyloro, quando os alimentos encontram grande resistencia á sua passagem para o intestino, a morte é inevitavel, senão lançar-mos mão de uma operação.

A pylorectomy, póde n'este caso prestar grande auxilio, segundo algumas estatiscas referem.

Só quando o aperto se localisa no cardia, é que a cura offerece mais probalidades.

---

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**—A disposição dos ossos do crânio explica a sua resistência á acção dos traumatismos.

**Physiologia**—O estomago não é indispensavel á digestão.

**Materia medica**—Nos casos de dyspepsia acida prefiro o bicarbonato de soda a qualquer outro alcalino.

**Anatomia pathologica**—Os fibromas uterinos não são tumores benignos.

**Pathologia geral**—Toda a doença infectiosa é uma intoxicação especifica.

**Pathologia externa**—O methodo sclerogenico no tratamento local das osteo-artlrites tuberculosas tem um futuro auspicioso.

**Pathologia interna**—Em casos de ulcera rebelde do estomago, em que haja grande intolerancia da parte do orgão, prefiro a alimentação pela via rectal.

**Operações**—Nos apertos da urethra em que está indicada a resecção, prefiro a resecção annular e total á parcial e limitada á parede inferior.

**Partos**—Em qualquer forma de gravidez extra-uterina as modificações histologicas não se limitam á região onde se acha implantado o ovo.

**Medicina legal**—Na investigação dos crimes d'infanticidio não devemos affirmar que a creança respirou ou não, pela simples prova da docimacia hydrostatica.

.....  
Visto.

Póde imprimir-se.

*O. Monteiro.*

*Wenceslau de Lima.*

Director.