

DUAS PALAVRAS SOBRE A GASTRO-ENTEROSTOMIA

95/1 ENC

Para o dia 1 de Janeiro de 1907,
feitas 12 horas da manhã

Presidente O Sr. Roberto
Bellarmino do Rosário
e
Sr. Silva

arg. { Silva Martins
Flamante Pinto
Alberto d'Alguem
Carlos Lima

N.º 1

DUAS PALAVRAS

SOBRE A GASTRO-ENTEROSTOMIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

JOSÉ ANTONIO DOMINGUES MAIA

Interno do Hospital de Santo Antonio



PORTO

TYP. A VAPOR DA REAL OFFICINA DE S. JOSÉ

Rua Alexandre Herculano

1899

95/1 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Director interino

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

Lente-Secretario

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Main.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	Jose d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Dr. José Carlos Lopes.
	Pedro Augusto Dias.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	João Lopes da Silva Martins Junior.
	Alberto Pereira P. d'Aguiar.
Secção cirurgica	Clemente Joaquim dos Santos Pinto.
	Carlos Alberto de Lima.

Demonstrador d'Anatomia Luiz de Freitas Viegas.

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.)



À MEMORIA

DE

MINHA MÃE

Se Ella ainda vivesse?!...



A MEU PAE

Jámais olvidarei os sacrificios que
por mim tem feito.

A MEU TIO

O EX.^{mo} E REV.^{mo} SNR.

Dr. Antonio Domingues Jacintho Maia

ABBADE DE PARANHOS

Tudo quanto vos pudesse dizer
aqui não seria mais que um pallido
reflexo do meu reconhecimento e da
minha indelevel gratidão.

A MEUS IRMÃOS

Um abraço do vosso

José.

AO EMINENTE GYNECOLOGISTA

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

PROFESSOR—A. Azevedo Maia

Ao dedicar-lhe esta pagina só tenho em vista manifestar-lhe quão grande é o meu respeito pelo elevado e nobilissimo character de V. Ex.^a e a minha admiração pelo seu profundo saber.

O discipulo reconhecido.

AO ILUSTRADO CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

O discipulo grato.

AO CORPO CLINICO

DO

HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTONIO

E EM ESPECIAL

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SNRS.

Dr. Guilherme Gonçalves Nogueira

e

Dr. Alberto d'Ortizão Miranda

O interno reconhecido.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL

AOS QUE ME DEDICARAM AS SUAS THESES

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Ao meu Dignissimo Presidente

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

PROFESSOR — *Roberto Frias*

Homenagem ao seu muito saber
e testemunho da minha gratidão.

Gastro-Enterostomia

A *gastro-enterostomia* tem sido praticada, especialmente, para remediar os accidentes d'estenose pylorica ou duodenal.

Consiste na formação d'um orificio artificial que permita a passagem do conteúdo do estomago para o intestino.

HISTORIA

Esta operação foi executada a primeira vez por Wölfler a 28 de setembro de 1881. Fazendo uma laparotomia afim d'extirpar um cancro do estomago e verificando que o tumor era inoperavel, estava já disposto a fechar a ferida operatoria, quando Nicoladoni, que assistia á operação, lhe aconselhou a respeitar o cancro e anastomosar o intestino ao estomago, de maneira a restabelecer o curso das materias alimentares. Wölfler seguiu o conselho do seu ajudante e o doente, portador ainda da neoplasia, melhorou consideravelmente.

Alguns dias mais tarde, Billroth, fez a mesma ope-

ração em outro doente portador d'um carcinoma d'estomago inoperavel, mas o doente succumbiu dez dias depois da intervenção cirurgica com vomitos biliosos repetidos. Pouco depois Lauenstein, Courvoisier, Kocher, Ransohof e Rydygier perdem quasi todos os seus operados. A mortalidade era pois consideravel e, apesar d'alguns casos de cura obtidos mais tarde por Billroth e Socin, Saltzmann, reunindo em 1886 todas as observações, até então publicadas obteve ainda uma mortalidade de 66,6 p. 100 ou sejam 12 mortes em 18 operações.

Em 1887, Rockwitz¹ refere-se a 10 casos de gastro-enterostomia feita por Lücke, todos seguidos de cura, excepto 1 morto d'inanição complicada de pneumonia. Só em 1889, Roux (de Lausanne) apresentou na Sociedade de cirurgia de Paris duas observações pessoaes seguidas d'exitos. Esta operação apenas havia sido uma vez praticada em França por Pozzi, mas o resultado obtido foi pouco animador; o doente morreu poucos dias depois da intervenção.

Desde essa época, a operação tem sido varias vezes praticada em todos os paizes, os processos operatorios têm sido consideravelmente modificados e os resultados obtidos são já demasiado animadores.

¹ Rockwitz. Die gastro-enterostomie an der Strassbürger chirurgischen Klinik, Leipzig, 1887.

OPERAÇÃO

Antes d'entrar propriamente no manual operatorio da gastro-enterostomia recordarei ainda alguns pontos d'anatomia indispensaveis para bem se comprehender os diferentes processos preconisados.

O ideal n'uma gastro-enterostomia é anastomosar o estomago com uma porção d'intestino sufficientemente elevada, para que a parte do canal alimentar tornada inutil, seja o mais curta possivel. Esta anastomose deve portanto ser feita n'uma porção do jejunio tão proxima quanto possivel do duodeno, porção do intestino fixa e portanto incapaz de poder ser levada ao contacto do estomago. Como procurar esta porção do intestino? Para isso é indispensavel conhecer bem o ponto onde termina o duodeno. As noções fornecidas pelas anatomias antigas (Cruveilhier e Sappey) ha pouco tempo ainda classicas são inexactas; ás tres porções, hepatica, renal e pancreatica é necessario accrescentar uma quarta porção ascendente, descripta por M. Jonnesco e H. Hartmann em 1895¹. Esta porção ascendente está situada além do cruzamento da arteria mesenterica e sóbe quasi verti-

¹ Bulletins de la Société anatomique. Paris, 1895.

calmente, algumas vezes um pouco obliquamente para cima e para a esquerda, a uma altura de duas vertebraes approximadamente.

Esta quarta porção do duodeno é constante; a sua immobilidade é assegurada por um musculo suspensor, *musculo suspensor de Treitz*, que nasce do tecido fibroso que cerca o tronco celiaco e do pilar esquerdo do diaphragma para vir fundir-se com a tunica longitudinal d'esta porção ascendente do duodeno. A curvatura duodeno-jejunal é mantida por uma préga peritoneal que se estende do mesocolon transverso á terminação do duodeno.

Ao lado d'esta porção ascendente do duodeno encontram-se fossetas que apresentam disposições variaveis segundo os individuos, muitas vezes obliteradas na idade adulta, mas que, excepcionalmente, podem attingir dimensões consideraveis e ser a séde d'hernias retro-peritoneaes.

É portanto, á esquerda da columna vertebral, á direita do colon descendente, por baixo do epiploon e do colon transverso levantados, que devemos procurar a primeira ansa do jejuno e é esta a ansa que deve ser anastomosada com o estomago, seja qual fôr o processo operatorio posto em execução.

TRATAMENTO PREOPERATORIO

Lavagens do estomago. — Tem-se escripto muito sobre a lavagem do estomago antes da operação. Billroth faz uma lavagem com agua tepida; outros aconselham uma solução salicylada a 1/1000 (Rydygier), 2/1000 (Ratimoff), 3/1000 (Kocher).

Lücke faz a lavagem do estomago varios dias antes da operação e recommenda uma ultima lavagem uma hora antes da intervenção.

Lauenstein dá aos seus doentes, logo após a sua entrada para o hospital, exclusivamente alimentos liquidos e o mais nutritivos possivel; faz a lavagem do estomago durante os dias que precedem a operação, alimenta o doente no proprio dia da intervenção e, immediatamente antes da operação, lava o estomago com uma solução d'acido salicylico á temperatura do corpo.

Estas lavagens teriam por fim assegurar a asepsia gastrica e provocariam a diurése, fazendo penetrar uma grande quantidade de liquido no systema vascular.

Nas observações que apresento não se recorreu ás lavagens do estomago antes da operação; e não me parece que as lavagens do estomago, embora repetidas e

feitas com líquidos antisepticos variados, sejam capazes de realizar a asepsia da cavidade gastrica. A lavagem mais conscienciosa deixa muitas vezes no estomago residuos alimentares e quasi sempre mais ou menos líquidos. Sob o ponto de vista operatorio quer haja ou não lavagem prévia, a face interna do estomago e o conteúdo gastrico, devem ser considerados septicos e as mesmas precauções devem ser tomadas nos dois casos.

Quando, porém, o estomago está consideravelmente dilatado e é a séde de grandes fermentações, é possível que as lavagens retirem a maior parte do liquido e diminuam o poder septico do seu conteúdo. De resto, no decurso d'uma gastro-enterostomia, a cavidade gastrica nunca é largamente aberta; a operação póde executar-se perfeitamente sem que haja derrame de liquido gastrico na cavidade abdominal. Mas, se por uma causa accidental, houver escoamento de liquido gastrico, o campo operatorio deve ser protegido de tal fórma que a vida do operado não dependa da falta de cuidado do cirurgião ou da distracção dos seus ajudantes. Parece-me, pois, que a lavagem prévia do estomago não é uma condição indispensavel para o bom successo operatorio; haveria, comtudo, algumas vantagens em a praticar, se estas vantagens não fossem compensadas por grandes inconvenientes que levaram Doyen, Hochenegg, Manteuffel e muitos outros a condemnal-a energicamente. Entre os variados inconvenientes imputados á

lavagem, avulta a acção hyposthenisante notavel produzida pelo catheterismo do esophago em individuos não habituados. Nos doentes habituados a lavagens d'estomago, estas não são deprimentes e, quando é possível fazel-as sem inconvenientes, parece-me haver alguma vantagem em desembaraçar o estomago do seu conteúdo.

Purgantes.— Administrar um purgante a um individuo portador d'uma estenose pylorica é, a meu vêr, um luxo; a retracção intestinal observada n'estes casos mostra bem a habitual vacuidade do tubo digestivo d'estes doentes. Parece-me, pois, inutil procurar esvasial-o; de resto, a sorte habitual d'um purgante nos estenosados, é ser repôsto algumas horas depois pelos vomitos. A antiseptia gastro-intestinal deve fazer-se depois da operação; antes da intervenção considero-a perfeitamente illusoria ou talvez perigosa.

As restantes precauções a tomar antes da intervenção, são as usuaes para todas as grandes operações abdominaes: banhos geraes repetidos, alimentação tónica, injecções subcutaneas de sôro se o estado geral fôr miseravel, etc.

CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE A OPERAÇÃO

Anesthesia. — A gastro-enterostomia exige uma anesthesia profunda e regular, uma resolução completa. A rigidez da parede abdominal na região epigástrica difficulta consideravelmente as manobras operatorias a ponto de as tornar algumas vezes impossiveis. Alguns cirurgiões pretendem attribuir á anesthesia geral a causa do collápso post-operatorio ou perturbações pulmonares consecutivas. Hahn, em presença d'um doente extremamente fraco, operou sem anesthesia, o que não impediu uma morte rapida; outros, como P. Réclus recorrem á anesthesia local, mas estas tentativas não têm dado resultados satisfactorios. Gottstein ¹ communicou este facto, pelo menos curioso «que les pneumonies après les opérations abdominales sont fréquentes, surtout chez les malades soumis à l'anesthésie locale, à la clinique de Breslau où l'on tend de plus en plus à employer, sur les cachectiques l'anesthésie à la cocaïne selon la méthode d'infiltration de Schleich.»

Tem-se escripto muito sobre a escolha do anesthesico geral. Billroth preconisa uma mistura d'alcool, ether e

¹ Gottstein. xxvii congrés Soc. allem. chir. Semaine med., 1898, pag. 175.

chloroformio. Kocher principia pelo chloroformio e acaba pelo ether, receando a acção debilitante d'uma chloroformisação prolongada; Roux e Krönlein são partidarios do ether. Seria fastidioso citar aqui o anesthesico d'escolha de cada cirurgião: o ether e chloroformio, quer isolados, quer associados entre si ou ao alcool, morphina, etc., têm sido empregados. A escolha d'um d'estes productos não parece impôr-se pela differença dos resultados operatorios obtidos.

Lauenstein e quasi todos os cirurgiões inglezes dão exclusivamente chloroformio e esta prática é geralmente seguida por quanto é certo que, em doentes fracos, uma quantidade de chloroformio minima é sufficiente para manter a anesthesia.

A meu vêr, a escolha do medico encarregado da chloroformisação tem mais importancia do que a do agente anesthesico.

Asepsia.—Uma das condições de successo na gastro-enterostomia é praticar uma rigorosa asepsia. Nenhum vestigio de sublimado, acido phenico ou qualquer outro antiseptico deve ser posto em contacto com a serosa peritonial por intermedio das mãos, instrumentos, compressas ou tampões.

As compressas devem ser quentes e humidas, mas não molhadas, afim d'evitar o derrame de liquidos na cavidade abdominal; um só liquido deve servir, quer

para humedecer as compressas, quer para a lavagem das mãos durante a operação — *a agua esterilisada tépida*. Os successos operatorios são mais numerosos depois que os cirurgiões resolveram substituir a antiseptia por uma rigorosa asepsia.

A serosa peritoneal defende-se admiravelmente, talvez melhor que qualquer outro tecido, desde que se não altere o seu epithelio pelo contacto de productos chimicos ou por fricções demasiado energicas e que se não deixe na cavidade abdominal feridas sangrentas não cobertas de peritoneo.

Além de todos estes cuidados, direi que o operado deve estar em condições taes que não soffra resfriamento algum durante a operação, visto estes doentes terem uma resistencia vital minima.

Incisão da parede abdominal.—A unica incisão hoje empregada, é a incisão mediana entre o appendice xyphoideo e o umbigo; é preconizada por Rydygier, Kocher, Lücke, Lauenstein, Czerny, Doyen, etc. Uma incisão de 10 a 15 centimetros é sufficiente em quasi todos os casos. Quando a incisão mediana não dá um accesso sufficiente faz-se uma incisão transversal perpendicular á primeira. Ha grande vantagem em fazer passar a incisão á esquerda do umbigo quando aquella tenha de passar abaixo d'este ponto; evitar-se-ha assim ferir a veia umbilical que nem sempre está obliterada.

EXPLORAÇÃO DO ESTOMAGO E INTESTINO

Pesquisa da ansa d'anastomose. — Affastados os bordos da ferida peritoneal, o estomago é explorado e exteriorisado afim de vêr até onde se estendem as lesões e traçar o plano operatorio a seguir; decidir se deve fazer-se uma resecção ou contentar-se simplesmente com a formação d'uma fistula gastro-intestinal.

Nos casos de cancro retractil generalizado, o estomago pôde estar profundamente escondido por debaixo do figado e tornar-se difficilmente accessivel. As mais das vezes o antro do pyloro é dilatado e facilmente exteriorisavel, assim como o pyloro e é extremamente facil explorar a face inferior do figado, o estado das vias biliares e o colon transversos.

Se as adherencias forem generalizadas e o peritoneo estiver semeado de innumeraveis nodulos cancerosos ou tuberculosos é forçoso fechar a ferida operatoria. É egualmente impossivel praticar a gastro-enterostomia quando todo o estomago fôr attacado de degenerescencia maligna, visto não existir porção alguma de tecido sã susceptivel de ser reunido por suturas.

A exploração das visceras abdominaes permite pois

ao cirurgião fixar-se sobre a intervenção cirurgica a realizar e, uma vez decidida a gastro-enterostomia, é necessario escolher a ansa que deve ser anastomosada.

Alguns auctores são d'opinião que se deve tomar a primeira ansa que appareça; era a prática seguida por Lücke e sustentada ainda por Börner em 1896. Parece-me demasiado erroneo este modo de vêr, porquanto a superficie intestinal subjacente á anastomose pôde ser insufficiente para a absorpção. Lauenstein perdeu um doente d'inanição ao fim do 30.º dia, realisando a anastomose n'um ponto, dois metros distante do duodeno; Obalinski suturou o cégo ao estomago (!); Augerer tomou uma ansa do iléon; Roux uma ansa 40 centímetros distante do cégo.

É pois necessario precisar bem a situação da ansa mais favoravel para a anastomose e tirar uma porção elevada do intestino, visinha da quarta porção do duodeno. O ponto de repáro é o angulo duodeno-jejunal. Wölfler procura directamente o angulo jejuno-duodenal, á esquerda da columna vertebral e, reconhecido este, segue o intestino n'uma extensão de 50 centímetros e estabelece n'este ponto a anastomose. Courvoisier perfura o epiploon e vae, atravez do mesocolon transverso, procurar o fim do duodeno. Czerny levanta o colon e tira a ansa delgada situada perto da columna vertebral e fazendo um angulo com esta. Jaboulay levanta o epiploon por diante do estomago, procura a terceira porção do duodeno e segue o intestino delgado até ao jejuno.

A prática hoje, geralmente accete é a seguinte: levantar o colon transverso, ir profundamente sobre a face inferior do mesocolon até se encontrar a columna vertebral e insinuando profundamente o dedo encostado ao lado esquerdo da columna colher a ansa intestinal que ali se encontra; esta ansa é a primeira do jejuno.

Este trabalho d'investigação é extremamente difficil devido ao colon transverso e epiploon que cobrem quasi por completo o campo operatorio, difficultando e demorando assim consideravelmente a apprehensão da primeira ansa do jejuno.

O professor Roberto Frias praticando varias vezes este tempo operatorio no cadaver e seguindo á risca o meio classico acima descripto notou que, se umas vezes a presa da ansa que se procura é segura, outras vezes esta prática levaria a fazer a apprehensão d'uma ansa intestinal affastada da primeira jejunal. Para evitar este contratempo, aconsella aquelle distinctissimo professor um meio que não vi ainda lembrado por cirurgião algum que se dedique á cirurgia gastro-intestinal e que me parece ser muito simples e seguro, tendo além d'isso a vantagem d'abreviar este tempo operatorio. «Colhido o intestino, corrêl-o entre os dedos da esquerda para a direita, até chegar ao ponto em que o intestino deixa de ceder á tracção; n'esta altura a ansa que se tem na mão é a porção do intestino que se procura ¹.»

DESCRIÇÃO DOS DIFFERENTES PROCESSOS D'ANASTOMOSE DO ESTOMAGO E INTESTINO

O intestino póde ser anastomosado á face anterior ou á face posterior do estomago. No primeiro caso, diz-se que a gastro-enterostomia é *anterior*, no segundo que é *posterior*. A gastro-enterostomia anterior diz-se *antécolica* se a ansa intestinal anastomosada passa por deante do colon, *rétrocolica*, se passa por traz d'elle.

Na gastro-enterostomia posterior, anastomosa-se o estomago com o jejuno, indo de deante para traz procurar o jejuno atravez d'um buraco feito no epiploon gastrocolico, e depois atravez d'um segundo buraco feito no mesocolon [*g.-e. transepiploica e transmesocolica, Courvoisier*] ou então, depois de ter levantado o colon transverso e o seu meso, faz-se n'este ultimo um buraco atravez do qual se consegue tirar o estomago [*g.-e. transmesocolica, von Hacker*].

Podemos pois, dividir os processos de gastro-enterostomia em

- | | | |
|--|---|---|
| A.—Gastro-enterostomia anterior. | { | antécolica.
rétrocolica. |
| B.—Gastro-enterostomia posterior | { | transepiploica
e
transmesocolica.
transmesocolica. |

A. — Gastro-enterostomia anterior

* a] *Gastro-enterostomia anterior antécólica.* — É o processo inicial empregado por Wölfler.

Este cirurgião anastomosa uma ansa do intestino delgado, 50 centímetros distante da préga duodeno-jejunal, á face anterior do estomago, de tal maneira que a corrente alimentar no intestino siga a mesma direcção que no estomago, isto é, conservando a ansa *afferente* á esquerda e a ansa *efferente* á direita. A incisão do intestino, de 5 centímetros d'extensão é feita no bordo opposto á inserção mesenterica e a incisão estomacal, d'egual extensão, é feita um centimetro por cima da inserção do ligamento gastro-colico á grande curvatura.

Para evitar o escoamento de liquidos septicos no peritoneo, Wölfler collocava o estomago e o intestino sobre compressas ou esponjas phenicadas, a oclusão da abertura estomacal era confiada aos dedos d'um ajudante e os ramos *afferente* e *efferente*, da ansa intestinal mantidos fechados por fios de sêda passados atravez do mesentereo. Como já tive occasião de dizer quando fiz a historia da gastro-enterostomia, o primeiro doente operado por este processo curou-se. Não foi porém tão feliz Billroth, na segunda gastro-enterostomia executada pelo mesmo processo; o doente morreu dez dias depois da intervenção com vomitos biliosos repetidos. A autopsia veio mostrar que se havia formado, ao nivel do ori-

ficio, um *esporão* fazendo uma saliencia tal que fechava quasi completamente o topo terminal da ansa. Apenas o topo afferente se abria largamente no estomago que não podia esvasiar-se, havendo portanto grande accumulção no estomago de succo pancreatico e bilis.

N'estes dois casos, a ansa do intestino delgado anastomosada á face anterior do estomago, passava por deante do colon transverso; d'ahi o nome de *gastro-enterostomia anterior antécolica*, dado á operação de Wölfler.

A formação possivel d'um *esporão* ao nivel do orificio anastomotico, observada por Billroth e a compressão accidental do colon egualmente observada em outros operados, levaram um grande numero de cirurgiões a abandonar este processo até então quasi exclusivamente empregado pela sua grande simplicidade.

Partindo d'esta ideia theorica, que as curvaturas bruscas, observadas ao nivel do orificio anastomotico, são devidas a que o colon e o epiploon, actuando pelo seu peso sobre a ansa jejunal tendem a repuxal-a, Doyen, procura remediar este prolapso do colon transverso, rebatendo para traz o epiploon atravez d'uma abertura praticada no mesocolon, seguindo-se a isto a gastro-colopectomia inferior.

Doyen adduz ainda em favor do seu methodo não só a protecção das adherencias por falta de tracções, mas tambem a maior garantia do melhor funcionamento do jejunum e do colon pela ausencia de estrangulamento reciproco.

N'uma das observações apresentadas (Obs. I) notou-se effectivamente no exame *post-mortem* que a ansa do jejuno estava um pouco repuxada do lado de cima.

Como na gastro-entero-anastomose com as placas de Senn (Obs. I), estas são destinadas a desaparecer rapidamente por absorpção antes da consolidação das adherencias, parece-me que a innovação de Doyen alguns beneficios poderá fornecer; de resto, a prática d'esse meio não prejudicará demasiado a brevidade do acto operatorio.

Mas deveremos tomar sempre a precaução recomendada por Doyen, seja qual fôr o meio de que lancemos mão para fazer a gastro-entero-anastomose? Parece-me que não. A anastomose pelo botão de Murphy (Obs. II e IV) é já sufficientemente sólida, de tal fôrma que, quando o botão cahe no intestino, as adherencias gastro-intestinaes estão já sólidamente estabelecidas para recearem rupturas por tracção, ficando assim plenamente justificada a repugnancia d'alguns operadores em complicar e prolongar inutilmente a operação, n'este caso, com a gastro-colopexia prévia. O mesmo direi nos casos em que a gastro-entero-anastomose fôr realisada por meio d'um duplo plano de suturas. (Obs. III).

Pela leitura dos relatorios dos exames cadavericos tardios e analisando os successos therapeuticos obtidos nos casos de anastomoses com o botão de Murphy ou com costuras multiplas, parece-me poder concluir que as vantagens realisadas á custa da gastro-colopexia

prévia é simplesmente imaginária. Tudo leva a crêr que, uma vez a anastomose consolidada, os intestinos jejuno e colon, em estatica e dinamica, se accommodam á nova ordem de coisas, não se embaraçando mutuamente no seu funcçãoamento.

Hartmann¹, diz evitar a maior parte dos accidentes imputados á *gastro-enterostomia anterior antécólica*, fazendo algumas modificações na technica operatoria geralmente seguida. Uma vez determinada a situação do angulo duodeno-jejunal, é necessario deixar perfeitamente livre 50 a 60 centímetros d'intestino, de maneira ao colon transverso poder mover-se livremente, sem grandes probabilidades de ser estrangulado pela ansa delgada, que se estende da junção duodeno-jejunal fixa, á anastomose gastro-intestinal igualmente fixa.

Uma outra modificação igualmente importante, consiste em fixar, antes da abertura de qualquer das cavidades, o intestino á face anterior do estomago, *n'uma grande extensão*. A formação *d'esporão* ao nivel do orificio estomacal será evitada, devido á grande extensão da parte intestinal fixada.

b] *Gastro-enterostomia anterior rétrocolica*. — A gastro-enterostomia anterior rétrocolica foi preconizada por Brenner em 1892. Brenner opera da maneira seguinte:

¹ H. Hartmann. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., Paris, 1897.

depois de ter encontrado a porção inicial do jejuno com a mão direita passada por traz do colon, recalca de traz para diante o mesocolon transverso e o epiploon gastrocolico para baixo da grande curvatura do estomago. Escolhendo uma zona onde o mesocolon e o grande epiploon, encostados e quasi transparentes, são desprovidos de vasos, fixa os dois folhetos peritoneaes um ao outro por 4 pontos de sutura, de maneira a fechar a cavidade posterior dos epiploons. Faz, em seguida, uma incisão longitudinal e parallela aos vasos d'estes folhetos entre os pontos de sutura e pela fenda assim formada tira a ansa inicial do jejuno e sutura-a á face anterior do estomago, immediatamente por cima da grande curvatura.

A vantagem d'este processo sobre o de Wölfler é a seguinte: a ansa do intestino delgado tem uma direcção regular e não descreve uma longa curva para chegar á face anterior do estomago; não ha pois compressão possível do colon.

B.—Gastro-enterostomia posterior

a) *Processo de Courvoisier*.—Este processo consiste, como já tive occasião de dizer, em anastomosar a ansa duodeno-jejunal á face posterior do estomago. Para tirar a ansa duodeno-jejunal, Courvoisier perfura o grande epiploon e o mesocolon transverso. O primeiro doente operado por este processo succumbiu a uma peritonite sup-

purada, devida á ulceração do neoplasma. Realizada a autopsia, verificou Courvoisier que a sutura era perfeitamente solida: mas confessa no emtanto que é extremamente difficil, por este processo, fazer uma sutura em boas condições.

Terrier executou uma vez este processo, fazendo a anastomose com o botão de Murphy, mas como não havia tomado a precaução de fechar o buraco feito no mesocolon, o doente morreu devido a um estrangulamento interno; o intestino havia passado atravez do buraco feito no mesocolon.

b) *Processo de von Hacker.* — A primeira operação de von Hacker data de 1885. Tratava-se d'um doente portador d'um tumor do pyloro inoperavel. Levantando o estomago, o epiploon e o colon transverso, von Hacker fez no mesocolon e parallelamente aos vasos uma incisão que ampliou em seguida com thesouras e lhe permittiu attingir a face posterior do estomago; este foi tirado atravez da abertura feita no mesocolon e fixado aos bordos d'esta abertura por uma corôa de suturas. Feito isto, von Hacker poz em contacto com o estomago fixado a primeira ansa do jejuno cuja origem se encontra perto da face posterior do estomago. A ansa jejunal era mantida fechada por dois fios de sêda passados atravez do mesentereo e o estomago era comprimido pelos dedos d'um ajudante; toda a sahida de liquido digestivo era assim evitada. Fez em seguida uma incisão de 5 a 6

centímetros no estomago e outra no intestino, e reuniu os bordos das incisões por um duplo plano de suturas, sero-musculosas e mucosas.

*

*

*

Entre os diversos processos operatorios descriptos, se bem que muito rezumidamente, não me parece indifferente a escolha. Dos dois mais uzados e valiosos, Wölfler e von Hacker, julgo este ultimo o preferivel sempre que possivel fôr.

O processo de Wölfler, gastro-enterostomia anterior e antecolica, o mais antigo, é tambem o que mais inconvenientes encerra, como sejam a compressão do colon transverso, a formação *d'espôrão* na ansa anastomosada, os vomitos biliosos, o refluxo do conteúdo estomacal para o topo central, difficuldade d'esvasiamento do estomago por uma abertura na face anterior, etc., inconvenientes estes a que se podem attribuir alguns casos fataes.

O processo de Hacker é, a meu vêr, muito mais perfeito, embóra não seja completamente isento de vicios.

É um processo de gastro-enterostomia posterior e retrocolica e por isso mesmo isento d'alguns dos inconvenientes que me levaram a condemnar o processo primitivo de Wölfler.

Não póde haver estrangulamento do colon pela ansa

anastomosada e pela propria direcção do intestino muito difficilmente se realisará a formação do *esporão*; a ansa anastomosada apresenta-se naturalmente ao contacto do estomago e as contracções dos dois órgãos fazem-se no mesmo sentido. A pequena extensão da ansa intermedia ao pyloro e á anastomose; o novo pyloro creado pela operação, ficando no maior declive do estomago e permitindo portanto uma sahida completa e facil, são ainda outras tantas razões que impéram no meu espirito para me declarar um fervôroso adépto do processo de Hacker.

Disse que este processo não era isento de vicios porque, effectivamente, não evita os vomitos biliosos causadôs pela passagem da bilis e succo pancreatico para o estomago, inconveniente este que Doyen declara constante embóra as mais das vezes minimo.

Tem-se objectado a este processo que elle não permite manter uma protecção efficaz da grande cavidade peritoneal contra a effusão possivel de liquidos digestivos. Nas gastro-enterostomias a que assisti e nas quaes este processo foi empregado (Obs. III e IV) tive occasião de verificar que a cavidade peritoneal podia ser perfeitamente protegida e é certo que distinctissimos cirurgiões francezes o empregam correntemente e dizem ser extremamente facil limitar com compressas o campo operatorio.

Infelizmente, a gastro-enterostomia posterior nem sempre é realisavel. Uma infiltração cancerosa ou adhe-

rencias da parede posterior do estomago e bem assim a presença de grande quantidade de gordura no mesocolon, são uma contra-indicação formal da gastro-enterostomia posterior; é necessario então fazer a anastomose á face anterior do estomago, o que, de resto, é perfeitamente acceite por Hacker.

MODOS DE REUNIÃO DOS ORIFÍCIOS DO ESTOMAGO E INTESTINO

Tem-se empregado para reunir os orifícios feitos no estomago e intestino, quer suturas, querapparelhos especiaes (placas, botões, etc.)

A. — Reunião por suturas

Toda a sutura feita no estomago deve ser tal que seja possivel alimentar precocemente o operado e praticar lavagens d'estomago em casos de necessidade.

As condições absolutas para que uma sutura seja sufficiente, são as seguintes: deve ser feita em tecido são e não deve supportar tensão alguma; são as condições d'uma bôa autoplastia e são perfeitamente realisaveis na gastro-enterostomia.

Na primeira gastro-enterostomia, Wölfler fez uma *sutura de pontos separados* com sêda phenicada. Os bordos posteriores dos orifícios, intestinal e estomacal, eram affrontados por um duplo plano de suturas sero-musculares, depois mucosas, e os bordos anteriores por um primeiro plano de suturas mucosas seguido d'uma nova sutura sero-muscular.

A sutura de pontos separados tem sido empregada por um grande numero de cirurgiões que aconselham dois ou tres planos de suturas, fazendo uns uma sutura de Lembert, uma sero-musculosa e finalmente uma sutura mucosa e outros, como S. Pozzi, uma sutura sero-muscular e uma outra de Lembert.

Roux emprega uma costura continua com pontos de reforço ou sobre pontos de tres a tres pontos, feita com agulhas de costureira; faz tres planos continuos, mucoso, sero-muscular e finalmente um plano seroso (1897).

Kocher preconiza unicamente dois planos de sutura, comprehendendo um toda a espessura das paredes gastricas e intestinaes e o outro sero-muscular, que isola a costura interna da serosa peritoneal. O primeiro plano tem a vantagem de ser hemostatico e de não permittir infiltração alguma sanguinea entre as tunicas do estomago e intestino.

É notavel que das estatisticas estrangeiras são precisamente as de Kocher, Krönlein, Carle e Manteuffel, as que melhores resultados apresentam; os processos d'anastomose empregados por estes cirurgiões são variaveis e apenas ha um detalhe operatorio constantemente commum — a sutura de Kocher.

Este facto parece-me já sufficiente para dar uma justificada preferencia a esta variedade de sutura.

A sutura de Kocher é a unica empregada por M. M. Terrier e Hartmann nas resecções d'estomago e gastro-enterostomias, não tendo havido até hoje um unico insuc-

cesso devido á insufficiencia da reunião. Eis como aquella distinctissimo cirurgião a descreve : « Nous opérons de la manière suivante ¹. Après avoir bien amené au dehors les parties à anastomoser et avoir soigneusement limité le champ opératoire avec des compresses et des lanières de gaze stérilisée, constituant non seulement autour mais encore au-dessous des parties amenées au contact pour l'anastomose une barrière protectrice, nous commençons notre suture continue, en surjet arrêté tous les 3 à 4 points. Avec deux aiguilles enfilées chacune d'un fil de soie nous faisons, en arrière de l'endroit où nous voulons établir l'anastomose, un surjet séro-musculaire que nous arrêtons après avoir fait une suture en croissant. Les extrémités des deux fils ont été nouées en arrière pour assurer la continuité de la suture.

On ouvre alors l'estomac et l'intestin sur une longueur de 3 centimètres, plaçant sur les points qui saignent quelques pinces de Kocher de très petit modèle ; ces pinces saisissent toutes les tuniques et servent à maintenir leurs rapports en même temps qu'elles repèrent la muqueuse qui, si elle tend quelque fois à se rétracter du côté de l'estomac, fait au contraire hernie du côté de l'intestin. Ces incisions faites, nous commençons notre deuxième surjet qui comprend toute l'épaisseur des tuniques gastro-intestinales, nous encerclons les deux orifices, stomacal et in-

¹ H. Hartmann. La suture dans la gastro-enterostomie. Congrès français de chirurgie. Paris, 1898.

testinal, sans nous occuper de faire la moindre ligature vasculaire, nous contentant d'absterger les parties avec un tampon trempé dans une solution de sublimé. Les pinces de Kocher, placées sur les vaisseaux au moment de l'incision, sont enlevées à mesure qu'avance la suture. Après avoir soigneusement essuyé cette ligne de sutures, nous reprenons une des aiguilles du surjet séro-musculaire dont la partie postérieure a seule été placée au début de la suture et nous terminons celui-ci en nouant en avant les deux fils du surjet l'un à l'autre.»

O successo da sutura depende tanto do ajudante como do cirurgião: um ajudante experimentado é indispensavel para estender convenientemente o fio, mantê-lo constantemente tenso, sem rasgar os tecidos e sem deixar afrouxar alguns pontos já dados, não perturbando consideravelmente a rapidez da operação.

A sutura de Kocher parece-me preferivel aos outros processos descriptos.

O que é indispensavel é que a sutura seja bem feita; que na sutura das tres tunicas haja o cuidado de não deixar herniada a mucosa; que os pontos fiquem firmemente apertados, sem cortar os tecidos; que a incisão d'estes seja nítida e em tecido são, para da sua reunião resultar uma cicatrisação por primeira intenção, com todas as suas qualidades de solidez. Satisfeitas todas estas exigencias, que não excedem o que uma technica correcta pôde dar, creio bem na solidez e boa oclusão, sem retracção consecutiva dos orificios de communicação.

B.—Reunião por placas ou botões

Para estabelecer a anastomose gastro-jejunal têm alguns cirurgiões substituído a sutura por outros meios d'anastomose mais ou menos classicos (placas, botões, aneis, etc.) Senn (de Milwaukee), baseado em algumas experiencias feitas em animaes, teve a ideia de reunir os orificios feitos no estomago e intestino por meio de placas reabsorviveis.

Este processo, realizado com successo em algumas gastro-enterostomias praticadas no homem, foi rapidamente accete em Inglaterra e ali consideravelmente vulgarizado por Jessett.

Para preparar estas placas, talha-se no tecido compacto do femur ou da tibia d'um novillo, lamellas de fórma ovalar, de cinco millimetros d'espessura e dois centimetros e meio de largura, tendo de comprimento cinco a sete centimetros.

Descalcificam-se n'uma solução d'acido chlorhydrico a 10 p. 100, que se renova todos os dias até que os ossos se tornem flexiveis.

Passam-se depois por uma solução de potassa caustica ou lavam-se na agua corrente durante 3 a 6 horas, para se lhes tirar o excesso d'acido. Depois, com o auxilio do bisturi e quando as placas já estão sêccas, abre-se-lhes orificios centraes ellipticos tendo de maior diametro dois centimetros e de menor diametro tres quartos de centimetro.

Junto d'este orificio central praticam-se quatro pequenos buracos, dois nos extremos do grande diametro e dois

nos extremos do pequeno. A cada buraco prende-se um fio de sêda duplo, sendo os fios que correspondem às extremidades do pequeno diametro armados d'uma agulha. Estas placas são conservadas n'uma mistura em partes eguaes d'alcool, glycerina e agua ou ainda só em alcool absoluto, onde conservam a fôrma e a flexibilidade.

Antes de as applicar é conveniente laval-as n'uma solução a 2 p. 100 d'acido phenico, mas tendo o cuidado de as não deixar amollecere com a lavagem.

Postas em relação as superficies destinadas á anastomose, faz-se no intestino, ao longo do bordo oppôsto á inserção mesenterica (Obs. I) uma incisão sufficientemente longa para permittir a introduccão da placa reabsorvivel. Feita a incisão estomacal, introduz-se atravez de cada uma d'estas aberturas a respectiva placa, de modo que os fios dos respectivos diametros se correspondam; os que são armados d'agulha passam-se atravez de toda a espessura visceral, de dentro para fôra e perto do bordo da incisão, e os que não têm agulha sahem' pela commissura da ferida. Em seguida nódam-se os fios pela seguinte fôrma: primeiro os lateraes inferiores respectivos, depois os fios extremos e enfim os lateraes superiores. É prudente sustentar o affrontamento das placas por alguns pontos de sutura superficiaes.

Depois da publicação do methodo de Senn, diversos processos operatorios, tendo por base o mesmo principio, foram preconisados.

E assim que vemos Abbe servir-se de lamellas de catgut, Brokaw, de rodela d'aorta de boi, Robinson de lamellas de cautchuc, etc.

D'um modo geral, póde dizer-se que as lamellas são preferiveis ás rodela porque põem em contacto superficies serosas mais extensas e exercem uma pressão mais regular em todos os sentidos.

O processo inicial apresentado por Senn parece ser ainda o melhor e tem a vantagem da simplicidade e brevidade operatoria por vezes reclamada em casos de cirurgia gastrica.

Mais rapido ainda que o methodo de Senn, é a anastomose com o emprego do botão de Murphy (de Chicago).

Duas ideias guiaram Murphy na concepção d'este processo :

1.º Obtêr, sem suturas, uma adhesão rapida, solida e permanente das superficies serosas por meio d'um instrumento capaz de provocar, por uma pressão doce e continua, o esphacélo das tunicas postas em contacto.

2.º Creár uma abertura sufficientemente larga, de modo a permittir a passagem dos diversos liquidos physiologicos ou nutritivos e impedir tanto quanto possivel a formação ulterior d'apertos cicatriciaes.

O modo como é construido este botão é, realmente, muito engenhoso, porque, tendo aos lados do tubo central do ramo macho duas pequenas saliencias que assentam sobre molas muito sensiveis, apenas este ramo entra no ramo fêmea e as saliencias se abaixam pela pressão exercida nas

duas metades para vencerem a saliencia da primeira espira do ramo oppôsto, ahí fica sólidamente fixado e só por um movimento inverso ao da espiral, isto é, desaparafusando, se consegue separar de novo as duas metades. O movimento d'introduccão progressiva no ramo fêmea é, pelo contrario, muito facil e uma ligeira pressão é sufficiente para approximar as duas metades, ouvindo-se então uma série d'estalidos tanto mais rapidos quanto mais energica é a pressão exercida. Quando tentamos fechar o botão, sem que nada se interpõha entre as duas metades, a juxtaposição é perfeita e o tubo central vae ainda alguns millimetros além da superficie superior do ramo fêmea. As superficies postas assim em contacto não se tocam, porém, em todos os pontos; o contacto é só perfeito na sua parte central, emquanto que na parte peripherica deixa muito a fletsejar, de modo que a parte comprimida e destinada á necrose é inferior ao diametro total do botão.

Este inconveniente avolumar-se-ha ainda muito mais quando entre os dois ramos existirem tecidos mais ou menos espessos destinados á necrose, porque n'esses casos é impossivel approximar completamente as duas metades. Este é precisamente o caso na prática operatoria, de modo que a placa de necrose, por onde deve ser eliminado na sua quêda o botão de Murphy, é inferior ao diametro d'este botão. Isto deve ser um grande inconveniente porque exigirá um esforço d'expulsão maior e uma adhesão visceral demasiado resistente.

É certo que a autopsia da doente (Obs. II) na qual a

anastomose foi realisada á custa do botão de Murphy, não veio corroborar o inconveniente acima apontado, porque ás menores tracções a adhesão cedia para dar sahida aos liquidos. Este facto só poderá encontrar explicação plausivel desde que admittamos que a superficie em contacto compressivo era toda eliminada e que a adhesão da parte peripherica não comprimida, pela sua pequena extensão, não podia offerecer a resistencia necessaria.

Este inconveniente que acabei d'apontar e bem assim a eliminação d'um corpo metallico volumoso atravez d'um intestino atrophiado por falta d'exercicio, em individuos gastos pela insufficiencia d'alimentação e a possibilidade d'uma compressão incompleta, devida a uma falsa sensação de resistencia sufficiente para a necrose, no momento em que se fecha o botão para estabelecer a anastomose gastro-jejunal levam-me, senão a abandonar, pelo menos a restringir consideravelmente a anastomose pelo botão de Murphy.

Chaput, um dos mais decididos adversários d'este processo attribue ao botão de Murphy os seguintes inconvenientes :

- 1.º Crear orificios retrácteis.
 - 2.º Determinar phenomenos d'occlusão intestinal.
 - 3.º Retenção no tubo digestivo.
 - 4.º Causar phenomenos d'esphacélo e de perfuração.
- Fundando-se em experiencias cadavericas ¹, concluiu

¹ Chaput, Bull. de la Soc. anatom. de Paris, 1894.

que era perigoso empregar o botão de Murphy, visto o calibre do intestino delgado, especialmente na sua parte terminal, ser inferior ás dimensões do botão. A experiencia mostrou que era impossivel fazer progredir o botão de Murphy atravez de todo o intestino delgado. Seria isto devido ás modificações que a rigidez cadaverica imprime á mucosa intestinal? Não sei; mas o que é certo é que as condições de progressão do botão são differentes das que existem durante a vida. O valor d'estas experiencias cadavericas é, a meu vêr, quasi nullo, visto os factos clinicos mostrarem que, no vivo, o botão é a maior parte das vezes expellido.

Os inconvenientes que a prática tem patenteado com o emprego do botão de Murphy tem dado origem a diversas modificações, já nas suas dimensões, já na fôrma e ainda mesmo na materia de que são fabricados. Uma d'estas modificações consiste na confécção de pequenos aparelhos d'osso em parte descalcificado, simulando approximadamente a fôrma do botão de Murphy, mas destinada a parte descalcificada a reabsorver-se, e a outra parte, com pequenos sulcos longitudinaes de descalcificação, a reduzir-se a fragmentos isolados que serão facilmente eliminaveis.

Hagopoff, afim d'evitar a possibilidade da demôra do botão no estomago ou no intestino, imaginou um novo modelo e uma espécie de *tire-bouton* destinado a extrahil-o pela via bocal.

O botão consiste em um simples anel oblongo, cuja

superfície externa apresenta varias estrias na parte média ou cóllo.

O *tire-bouton* assemelha-se a uma sonda esophagica d'oliva, munida d'um conductor terminado, ao nível da oliva, por uma ansa, que se póde fazer saltar ou reentrar por meio d'um parafuso adaptado á extremidade superior do conductor. Aberto o estomago, faz-se passar atravez da incisão o bico da oliva e a ansa do conductor á qual se ata a extremidade superior d'um fio de sêda, sufficientemente resistente e preso pela outra extremidade ao botão; retira-se em seguida o *tire-bouton* e fixa-se o fio fóra da cavidade bocal. Procede-se em seguida ao estabelecimento da anastomose, que, consiste essencialmente n'uma ligadura, em massa, dos orificios visceraes sobre o cóllo do annel, seguida d'uma costura sero-serosa á volta do botão.

Ordinariamente do 5.º ao 9.º dia, isto é, quando o botão é já sufficientemente movel, reintroduz-se pela bôcca, sob a acção do chloroformio, o *tire-bouton* guiado pelo fio tráctor até ao contacto do botão e retira-se o aparelho. Esta operação, com quanto muito engenhosa, não foi ainda praticada no homem; citei-a apenas, a título de curiosidade, e não me parece demasiado innocente, visto ser necessario recorrêr a uma segunda anesthesia.

Estou bem convencido que em pouco tempo a cirurgia gastro-intestinal se fixará n'um meio que reuna todas as condições d'exitto, fazendo desaparecer todos os incon-

venientes e conseguindo ainda diminuir mais a mortalidade n'esta especie d'intervenções cirurgicas.

Qual dos meios de reunião deveremos, pois, preferir? N'uma das observações que apresentamos (Obs. I) na qual a anastomose foi realisada á custa das placas de Senn, verificou-se no exame *post-mortem* que a ansa do jejuno estava um pouco repuxada do lado de cima, fazendo dóbra ao nivel da anastomose e que as placas de Senn haviam sido completamente dissolvidas. Verificou-se, é certo, que as suturas tinham resistido, pois que não havia vestigios d'hemorrhagia, nem de peritonite; mas como as placas de Senn são destinadas a desaparecer por absorpção antes da consolidação das adherencias, e sendo necessario praticar em alguns casos a gastro-enterostomia anterior pré-colica, é natural que o peso exercido na concavidade da ansa pelo epiploon, colon e mesocolon, contribua poderosamente para diminuir o grão de adherencia entre o intestino e o estomago, visto a anastomose não ser desde o começo sufficientemente sólida.

De resto, não devemos esquecer o que a este respeito diz Murphy: «Sur 28 gastro-entérostomies faites avec les plaques de Senn et dans lesquelles survécurent les malades, il se trouva plus tard à l'autopsie 5 fois une oblitération complète de l'orifice anastomotique; dans un sixième cas la jejunostomie fut nécessaire».

Na autopsia da doente (Obs. II) em que a anastomose gastro-jejunal foi estabelecida pelo botão de Murphy, pou-

de fazer-se bem o confronto, no mesmo individuo, entre a solidez da adherencia estabelecida pelo botão de Murphy na anastomose gastro-intestinal e a solidez da sutura na adhesão da colon-gastropexia. Verificou-se claramente que, com todas as condições eguaes, a segunda era muito mais sólida que a primeira.

Isto, juntamente com outras razões já apontadas quando me referi ás suturas, leva-me a concluir que na gastro-entero-anastomose a operação d'escolha deve ser a sutura, e especialisarei ainda a sutura de Kocher. É mais longa, mais trabalhosa que qualquer dos meios d'união acima apontados, mas depois d'alguma prática todo o operador pôde conseguir lançar rapidamente uma sutura n'estas condições a ponto de que essa differença de tempo na technica a favor dos outros processos fique reduzida a qualquer coisa insignificante. Alguma differença que possa haver é largamente compensada pela solidez e rapidez da adhesão e pela auzencia completa da possibilidade de complicações inherentes aos outros processos.

Poderei dizer ainda, para pôr em relevo este excellento meio d'união que uma boa collecção d'agulhas cylindricas, de fundo sufficientemente largo para se poder enfiar com rapidez, constitue o arsenal cirurgico necessario que se encontra por toda a parte e sem os sacrificios pecuniaros d'aquelles pequenos aparelhos de diversos diametros para servirem aos variados casos que se podem apresentar.

Operações em dois tempos

A gastro-enterostomia em dois tempos é uma operação que tem por fim não produzir a abertura das cavidades estomacal e intestinal, senão depois d'estabelecidas as adherencias gastro-jejunaes. O primeiro tempo é o unico operatorio; consiste na anastomose do estomago ao intestino.

O segundo tempo—abertura das cavidades—tem lugar sem nova intervenção cirurgica, visto a operação ter sido realisada em condições taes que, executado o primeiro tempo, deve fatalmente dar-se o segundo.

Os partidarios da gastro-enterostomia em dois tempos pretendem obtér a adhesão do estomago ao intestino, antes da formação do orificio de comunicação, evitando assim a hemorragia, a extravasação fecal e diminuindo a duração da operação. Por experiencias realisadas em cães, Knie chegou a concluir que a vitalidade da mucosa intestinal e da mucosa gástrica está sob a dependencia da circulação das outras tunicas; portanto um esphacélo da mucosa e uma perfuração secundaria produzir-se-iam, supprimidas as connexões da mucosa com as outras tunicas.

Partindo d'este principio, Knie destaca a sero-musculosa do estomago e intestino n'uma pequena extensão ; sutura em seguida as camadas extramucosas do estomago ás do intestino, interpôndo entre as mucosas uma pequêna porção de sêda não desinfectada para impedir a sua adherencia. A perfuração das mucosas faz-se secundariamente e a anastomose forma-se progressivamente, depois que as adherencias periphericas forem estabelecidas.

Postnikow, em experiencias realizadas em animaes, procedeu d'uma maneira um pouco differente, evitando a exemplo de Knie, a abertura immediata das cavidades.

Fez a excisão d'um segmento das paredes estomacal e intestinal deixando intacta a mucosa. Depois da reunião do bordo posterior das tunicas estomacaeas seccionadas ao bordo posterior da secção intestinal, applicou uma ligadura sobre a mucosa estomacal, uma outra sobre a mucosa intestinal e terminou a operação reunindo o bordo da secção estomacal anterior ao da secção intestinal correspondente. As porções das mucosas laqueadas gangrenáram e desapareceram ao fim do 3.º ou 4.º dia, formando-se assim o orificio de comunicação desejado. O primeiro cirurgião que applicou o processo de Postnikow ao homem, foi Troiapoff. Este processo foi ainda seguido por Lezine, Cardianoff e outros, mas hoje tende a ser abandonado, porque os resultados obtidos não são animadores.

Bastianelli fez uma operação, recordando ainda a de Knie. Depois de reunir por uma sutura sero-muscular o

estomago ao intestino n'um comprimento de 6 centímetros approximadamente, fez, com o thermocauterio 2 a 3 milímetros por deante d'esta linha de sutura, uma incisão da serosa e da muscular, cauterisando em seguida a mucosa, lentamente, de maneira a não a destruir. A retracção das tunicas musculares augmentou a incisão e deu-lhe uma fôrma ovalar. Feito isto, Bastianelli retomou o fio da costura posterior e terminou a sutura na parte anterior. Passadas 24 horas a mucosa gangrenou e a fistula foi estabelecida.

Bastianelli empregou este processo em 5 gastro-entérostomias, obtendo 3 curas e 2 insucessos; n'um d'estes casos a morte foi devida á laceração da parede do estomago por alguns pontos de sutura.

Um pouco differente dos processos precedentes é o de Souligoux ¹, que tem ainda por fim anastomosar o estomago ao intestino, sem abrir immediatamente as suas cavidades.

Encontrada a ansa intestinal destinada á anastomose passa-se atravez do mesenterio um fio de sêda destinado a mantê-la fôra da cavidade abdominal.

Um ajudante achata esta ansa, e o intestino assim achatado é introduzido entre os dois ramos d'uma pinça de pressão muito forte. O operador aperta fortemente a ansa, de maneira a tornar as duas paredes intestinaes assim encostadas quasi transparentes: o intestino grita mas não se rompe.

¹ Sem. Med., Juillet 1896, pag. 283.

Repetidas as mesmas manóbras n'uma préga formada no estomago, tem-se assim determinado, em dois órgãos, duas zonas mortificadas, onde os tecidos esmagados não tardam a tomar uma coloração fusca.

Reune-se em seguida os dois bordos internos em toda a sua extensão por uma sutura, feita 2 a 3 millímetros distante das superficies mortificadas e com um crayon de potassa caustica, cauterisa-se largamente as superficies trituradas em toda a sua extensão. Terminada a cauterisação, retoma-se o fio da sutura interna, costura-se os dois bordos externos e chegando ao ponto de partida dá-se um nó com as duas extremidades do fio. Este processo foi, a principio, consideravelmente elogiado como um methodo absolutamente novo, evitando a hemorrhagia e a extravasão fecal no peritoneo no decurso da operação.

Este novo processo que parecia modificar bruscamente a cirurgia gastro-intestinal, foi desde logo accete por um grande numero de cirurgiões e é hoje correntemente executado por M. M. Picqué, Réclus e Schwartz, em Paris, Goss e Weiss, em Nancy.

M. Réclus, n'um caso, verificou pelo exame *post mortem*, que um retalho da mucosa havia ficado appenso por um pediculo ao bordo da fistula.

Além d'este inconveniente notado por Réclus, ha casos em que, pela autopsia, se poude constatar que, não havia sido estabelecida a communicação entre o estomago e o intestino, apesar da operação ter sido realisada com todas as precauções aconselhadas por Souligoux.

Boari ¹, obteve alguns successos, empregando um novo processo mais rapido do que os até então conhecidos. Collocou entre as superficies destinadas á anastomose uma pastilha contendo um caustico solido e doseado com a maxima precisão. Uma costura sero-serosa reuniu o intestino ao estomago á volta da pastilha caustica que destruiu progressivamente as paredes estomacal e intestinal, estabelecendo assim a fistula desejada.

Para evitar o derrame do conteúdo septico das cavidades digestivas no peritoneo. M. Doyen, em 1898, abandonou os seus antigos processos d'anastomose e imaginou uma nova operação que recorda ainda a gastro-enterostomia em dois tempos.

Com uma pinça cuja pressão é de 1:200 kilos, M. Doyen esmaga as tunicas media e interna das partes destinadas á anastomose, applica duas ligaduras de seda sobre as partes esmagadas e faz em seguida um duplo plano de sutura posterior. Continúa a sutura profunda na parte anterior deixando apenas um orificio por onde sahem as sedas que serviram para a laqueação; cortadas as sedas e aberta a comunicação gastro-jejunal, completa M. Doyen a sutura profunda e finalmente o plano superficial. Por este novo processo as cavidades digestivas são abertas quasi no fim da operação e os perigos d'infeção peritoneal são consideravelmente diminuidos.

¹ Nuovo processo di gastro-enterostomie. Clinica chirurgica. Milanos, 1897, p. 290.

Meios destinados a evitar o refluxo do conteúdo intestinal para o estômago

Em alguns casos, depois da gastro-enterostomia, tem-se observado nos doentes vomitos e especialmente vomitos biliosos repetidos; outras vezes o doente tem vomitos persistentes, d'alimentos incompletamente digeridos e a morte sobrevem por inanição. Pela autopsia encontram-se alimentos accumulados no duodeno e ha casos em que é impossivel admittir que elles penetrassem pelo pyloro, visto a estenose ser quasi completa.

Somos pois levados a admittir a passagem do conteúdo estomacal para o topo afferente da ansa e a sua accumulção secundaria no duodeno. Parece pois que o conteúdo intestinal reflue n'estes casos para o estomago.

Tem-se procurado remediar este accidente por processos diversos que podemos classificar em duas cathegorias:

1.º Processos valvulares.

2.º Entero-anastomoses complementares.

A.—Processos valvulares

Afim de prevenir o refluxo bilioso, Wölfler, fixava a ansa destinada á anastomose n'uma grande extensão e de tal maneira que o peristaltismo do intestino correspon-

desse ao do estomago; abria em seguida a communicacão entre as duas cavidades na parte inferior direita das superficies postas em contacto, de tal modo que o topo afferente da ansa ficava unido n'uma grande extensão ao estomago sem communicar com elle. Formava assim uma especie de valvula.

Processo de Kocher.—Kocher é partidario da gastro-enterostomia anterior précolica.

Colloca a ansa jejunal perpendicularmente ao estomago, tendo o maior cuidado em conservar o topo afferente da ansa á esquerda e o efferente á direita. Abre em seguida o intestino transversalmente na metade opposta á inserção mesenterica e fixa a ansa de tal modo que o topo afferente fica em contacto immediato com o estomago, enquanto que o topo *efferente* repousa sobre o *afferente*. Obtem-se assim uma disposicão tal que a ansa efferente quando está distendida pôde comprimir a afferente, mas o inverso é impossivel.

Todas as vezes que a extremidade terminal do intestino se encha de conteúdo gastrico ha pois grandes probabilidades de evitar a sua passagem para o topo superior.

Processo de Sonnenburg.—Afim de formar uma valvula e evitar a possibilidade d'estenose do orificio anastomotico, Sonnenburg aconselha o seguinte processo:

Feita a incisão do intestino delgado, cerca esta incisão por pontos separados de *catgut*, orlando o orificio com a

mucosa suturada á serosa e cortando os fios rente. Faz o mesmo ao nível da incisão estomacal, mas corta apenas um dos fios e reúne por um nó a extremidade de todos os outros fios não cortados.

Sonnenburg pratica então, dois centímetros abaixo da primeira abertura intestinal, uma segunda incisão atravez da qual tira o feixe dos fios estomacales e, exercendo sobre elles uma tracção moderada, consegue invaginar o estomago no intestino e formar assim uma valvula. Fixa em seguida o estomago ao intestino, n'esta posição, por uma sutura de Lembert, corta os fios que sahem pela pequena incisão secundaria do intestino e termina a operação suturando esta ultima abertura.

Perfeitamente identico nos resultados, mas um pouco differente no *modus faciendi*, é o processo de gastro-enterostomia preconizado por J. L. Faure ¹.

Este processo, como o precedente, consiste essencialmente em invaginar no intestino uma porção conica do estomago, praticando no cône estomacal invaginado um orificio disposto de tal fórma que os alimentos sejam directa e necessariamente lançados no topo inferior do intestino.

¹ Faure. Sur un nouveau procédé de gastro-entérostomie. 11.^e Congrès français de chirurgie. 1897.

B.—Entero-anastomoses complementares

a] *Entero-anastomose simples*.—Lauenstein, para assegurar a evacuação do topo duodenal, anastomosou á *ansa afferente* uma outra *ansa jejunal*.

II. Braun, afim d'evitar o refluxo do conteúdo intestinal para o estomago, uniu os dois ramos, *afferente* e *efferente*, da *ansa* anastomosada ao estomago.

Este *modus faciendi* foi rapidamente accete por Jaboulay, mas hoje tende a ser abandonado por quasi todos os cirurgiões, visto a prática ter mostrado que, *as mais das vezes*, a jejuno-jejunostomia em vez de *completar* não faz mais que *complicar* a operação, prolongando a duração do acto operatorio, e demorando portanto o contacto do ar com as visceras abdominaes.

H. Hartmann completou a anastomose gastro-jejunal com a anastomose de Jaboulay, n'um caso em que a anastomose gastro-intestinal havia sido estabelecida muito á esquerda; o ramo *afferente* seguia, para attingir o estomago, um trajecto obliquo para cima e para a esquerda e fazia com a porção anastomosada um angulo agudo, uma dobra brusca.

Afóra estes casos excepcionaes, parece-me que a entero-anastomose secundaria pôde ser perfeitamente evitada, visto as necropses tardias sobre individuos que sobreviveram mezes á sua operação, mostrarem que a ideia funda-

mental que presidiu á modificação de Jaboulay não tem a consagração da realidade.

b] *Entero-anastomose com dupla implantação do intestino no intestino e do intestino no estomago.*—Roux (de Lausanne), em 1897, com o fim d'evitar os accidentes d'accumulação de liquido na ansa duodenal, assim como o refluxo da bilis e succo pancreatico, praticou um processo especial descripto sob o nome de *gastro-enterostomia posterior por implantação* ¹.

Este processo consiste em seccionar transversalmente o jejuno para o implantar a pleno canal sobre a face posterior do estomago e em praticar abaixo do novo pyloro a anastomose lateral do topo superior.

Com esta modificação na technica operatoria, a bilis e o succo pancreático serão lançados no intestino, emquanto que o topo efferente servirá apenas para esvasiar o estomago.

Maydl, em 1894, tendo praticado uma jejunostomia, fixou o topo peripherico do intestino seccionado á pelle e implantou o topo central no topo peripherico afim de permitir um escôamento facil das secreções pancreática e hepatica, para o intestino delgado.

Só mais tarde, depois que Roux tornou conhecido o seu novo processo de gastro-enterostomia posterior por implan-

¹ Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. Paris, 1897, pag. 67.

tação, notou Maydl que o seu processo era perfeitamente applicavel á gastro-enterostomia; bastaria para isso implantar o topo jejunal no estomago em lugar de o fixar á pelle.

N'esta entero-anastomose, Maydl implanta o jejuno na face *anterior* do estomago; Roux faz a implantação na face *posterior*; afóra esta differença, a concepção geral dos dois processos é precisamente a mesma.

ACCIDENTES E CUIDADOS CONSECUTIVOS

Póde dizer-se que não ha uma cathegoria d'operados nos quaes os cuidados consecutivos tenham uma importancia tal, como nos individuos que soffreram uma intervenção no estomago. Terminada a operação, ha apenas meio caminho andado; um doente, já ao abrigo dos accidentes operatorios, não é um individuo curado; a mortalidade dos operados é ainda consideravel nas duas primeiras semanas.

Procurarei, pois, estudar a natureza e as causas d'estes accidentes mortaes ou não, que muitas vezes o cirurgião póde prevenir.

Choque post-operatorio. Duração da intervenção.—

O choque post-operatorio que, no principio da gastro-enterostomia, era a causa mais frequente da morte, é hoje muito mais raro. Esta diminuição da morte *por choque* é, sem duvida, devida á apreciação mais exacta das indicações da gastro-enterostomia e á substituição da antiseptia por uma asepsia rigorosa. Podemos considerar hoje o choque consecutivo ás operações abdominaes como

constituído d'elementos de desigual importancia: infecção, hemorragia, intoxicação por productos chimicos, anesthesia e emfim o acto operatorio como agente mechanico.

Este ultimo elemento bem estudado por Tixier ¹ é o unico que não póde ser completamente evitado; mas as perturbações circulatorias e respiratorias notadas por Tixier são passageiras; não parecem ser sufficientes para provocar a morte, independentemente dos outros factores do choque post-operatorio, senão quando manipulações demasiado prolongadas são praticadas em individuos *in extremis*.

A maior parte dos cirurgiões tendem, no emtanto, a dar uma importancia preponderante á duração da operação sobre a producção do choque post-operatorio, nas operações praticadas no estomago e principalmente nos cancerosos. Não tenho conhecimento de observações em que fosse registada a duração da intervenção, que me permittam apreciar conscienciosamente o facto; direi apenas, de passagem, que Ratimoff em 1891, praticou uma resecção d'estomago, devida a cancro, que durou seis horas! O doente sahiu do hospital completamente curado e vivia ainda *oito annos depois da intervenção*.

Não me parece pois que deva dar-se á duração da intervenção, nos casos ordinarios, uma importancia exag-

¹ Du choc abdominal. Lyon, 1898.

gerada. Não devemos seguir o exemplo d'alguns operadores, para quem o principal merito d'uma operação no estomago é a rapidez; parece-me que bem pêor que uma operação longa é uma intervenção em que se sacrifique á velocidade a execução pontual e cuidadosa de cada tempo. As perturbações pleuro-pulmonares mortaes em individuos extremamente fracos, são as consequencias mais para recêar da longa duração da intervenção.

Esta ultima consideração é todavia sufficiente para que o cirurgião evite passar «une matinée entière à brasser les organes abdominaux» (Guinard).

Em caso de collápso, a melhor medicação que se pôde aconselhar é o emprego d'injecções sob-cutaneas ou intra-venosas de sôro artificial em doze elevada; tem-se recorrido egualmente com grande vantagem aos clysteres de café e ao alcool sob todas as suas fórmãs. As injecções de sôro physiologico empregadas, em caso de necessidade, no decurso da operação podem ser continuadas com vantagem durante alguns dias depois da intervenção.

Accidentes abdominaes.—Os accidentes abdominaes, peritonite e hemorrhagia, na gastro-enterostomia, nada têm de particular; são apenas interessantes as suas causa e frequencia. A peritonite é devida algumas vezes a uma infecção externa e em muitos casos a uma falta operatoria grave. Ordinariamente a peritonite é devida

à deficiência dos meios d'anastomose. Muitas vezes, o ponto de partida da suppuração intra-abdominal é uma ferida do pancreas; fórma-se ao nível do órgão ferido e infectado um abcesso circumscripto que pouco depois se propaga ás outras regiões do abdomen. A peritonite era devida n'um caso de Schönborn á gangrena do duodeno e da face profunda da parede abdominal. Muitas vezes a peritonite reconhece por causa a gangrena do colon.

N'estes casos a peritonite não apparece senão secundariamente; o doente morre do 8.º ao 14.º dia depois da operação.

A hemorrhagia intra-abdominal abundante é muitissimo mais rara que a peritonite e as mais das vezes é impossivel descobrir a sua origem.

Inanição e depauperamento. — Um canceroso que acaba de soffrer a gastro-enterostomia é em geral um individuo prestes a morrer de fome; a principal razão de sêr da intervenção é salvar o doente da inanição.

Tambem a principal indicação a preencher, removido o obstaculo pylorico, é alimentar o operado. A Roux cabe a honra de ter chamado a attenção para a influencia nociva da dieta nos operados por estenose pylorica, conservados já durante muito tempo no uzo quotidiano d'uma dieta forçada. Compreendem-se effectivamente as consequencias d'este regimen dietetico, applicado durante varios dias, esperando adherencias na anastomose

realizada; o resultado ordinario d'este regimen é o seguinte: o operado conserva-se mais ou menos regularmente no proprio dia da operação; tudo corre bem ainda no dia seguinte e depois, pouco a pouco, sempre sem accidente, o doente em vez de melhorar enfraquece cada vez mais e ao fim d'oito a dez dias morre *completamente curado*.

Se Czerny podia dizer em 1892 que «les operations sur l'estomac guérissent le mieux chez les gens que pendant les 8 premiers jours on nourrit seulement avec des lavemens nutritifs», era isso devido, sem duvida, a que elle apenas intervinha em doentes que estivessem em estado de sustentar-se durante oito dias, sem nutrição, com clysteres; esta condição restringiria muito o campo da gastro-enterostomia. Desde 1893 ¹, Roux protestava contra esta tendencia: «Il faut que les malades, très affaiblis en général, puissent rapidement prendre et utiliser quelque nourriture. L'élément capital de la réussite finale pour n'avoir pas à enregistrer des autopsies de morts guéris, décédés pour inanition, c'est la possibilité d'une alimentation rapide.»

Hoje, póde dizer-se que a alimentação precoce recommendada por Roux é geralmente accete; Mickulicz, Eiselsberg, Manteuffel, Hochenegh, Terrier, Hartmann e muitos outros recorrem o mais cedo possivel á alimenta-

¹ Roux. Congrès français de chirurgie, 1893.

ção pelas vias naturaes. E claro que a possibilidade da alimentação rapida está intimamente ligada á solidez da sutura d'anastomose, mas hoje, que temos ao nosso alcance meios de realizar suturas perfeitamente capazes de permittir o funcionamento precoce do estomago, commetterá uma falta grave o operador que fizer uma sutura deficiente.

Relativamente aos clysteres, meios preciosos para introduzir no organismo substancias excitantes, pôde dizer-se que o seu valor nutritivo é quasi nullo, comparado com o da alimentação pela via bôccal e que não ha razão para a elles recorrer quando é possível alimentar o operado pela bocca.

Accidentes gastro-intestinaes. — Em geral, nada mais simples do que alimentar precocemente os operados.

Algumas vezes, todavia, o principio da alimentação precoce encontra grandes difficuldades na sua applicação. A principal difficuldade não está em introduzir alimentos no estomago dos operados mas sim em restabelecer « la circulation de haut en bas du tube digestif » (Roux).

Roux preconisa a alimentação precoce não só para evitar que os operados morram d'inanição mas tambem como meio mais apto para restabelecer a circulação no tubo digestivo, sem a qual a alimentação seria inutil. A demóra no restabelecimento da circulação do tubo digestivo manifesta-se pela *accumulação de liquidos no estomago*.

Esta accumulação traduz-se de diferentes maneiras. Umas vezes, os vomitos post-anesthetics em lugar de cessarem algumas horas depois da intervenção, prolongam-se ainda durante muito tempo; os liquidos introduzidos no estomago são repostos pelo vomito. Algumas vezes os accidentes apenas se manifestam ao fim do 3.º ou 4.º dia; os vomitos post-anesthetics foram pouco abundantes ou nullos; a alimentação era a principio bem supportada até que trez a quatro dias depois o doente tem eructações, regurgitações liquidas ou mesmo vomitos abundantes; ao mesmo tempo o operado diz sentir peso no estomago e o estado geral torna-se máu. Outras vezes, porém, a atonia do tubo digestivo e a accumulação de liquidos fermentados no estomago traduz-se por um signal unico; o *depauperamento do doente*; o operado enfraquece consideravelmente, toma uma coloração terrea, o pulso torna-se frequente e o collapso aproxima-se. O cirurgião pouco experimentado julga o operado perdido e effectivamente este morrerá d'intoxicação se não se recorrer ás lavagens do estomago ou produzir uma *debacle* intestinal.

A lavagem do estomago é, pois, o remedio heroico dos diferentes estados que acabo de passar em revista. É necessario recorrer á lavagem sem hesitar, desde o primeiro ou segundo dia, em caso de necessidade. Não ha contra-indicação alguma em fazer absorver aos doentes liquidos, immediatamente depois da lavagem; ou es-

tes liquidos passam e vão estimular as contracções intestinaes, preenchendo assim o fim desejado, ou se demoram no estomago, sendo retirados por uma lavagem ulterior, depois de produzirem o seu effeito pelo calor ou principios activos que contêm. Quando a estagnação de liquidos provoca phenomenos geraes, estes symptomas melhoram depois da lavagem, mas reapparecem ao fim d'um certo tempo. É necessario então repetir as lavagens até á desaparição completa e absoluta de todos estes symptomas geraes.

A paresia intestinal constitue uma contra-indicação formal para o emprego dos opiaceos depois da gastro-enterostomia, pois que é precisamente para provocar o restabelecimento das funcções mechanicas do intestino que tendem todos os esforços do cirurgião. « La plus modeste évacuation, ne fût-elle que gazeuse, contribue autant à la guérison que toutes nos peines » (Roux). Graças ás lavagens d'estomago, praticadas a tempo e repetidas, as complicações que acabo d'estudar rarissimas vezes acarretam a morte dos operados; perturbam durante algum tempo uma alimentação efficaz e retardam o successo definitivo.

N'um grande numero d'observações apresentadas por Hartmann, não ha exemplo de desunião d'uma sutura, depois da gastro-enterostomia, provocada por lavagens do estomago; ha, pelo contrario, exemplos de morte devida á falta de lavagens (Kappeler).

Uma complicação muito mais grave é a apparição *d'enterite ou gastro-enterite* nos operados. Os vomitos não constituem symptoma isolado; são acompanhados de diarrhêa continua, incoércivel. Estes symptomas manifestam-se umas vezes desde os primeiros dias, outras vezes só apparecem mais tardiamente, ao fim d'oito ou quinze dias.

Sob a influencia d'estas evacuações repetidas e falta d'alimentação, os doentes caminham lentamente para uma profunda cachexia.

Esta complicação é tanto mais grave quanto é certo que todos os esforços são frequentes vezes impotentes para a combater, quando ella se declara.

É impossivel determinar a parte exacta que cabe, na genése d'estes accidentes, ás modificações que se produzem no tubo intestinal depois d'uma dieta prolongada e ás alterações do figado ou outros órgãos sob a influencia da cachexia; é todavia certo que estas perturbações se não manifestam unicamente depois das operações nos cancerosos; observam-se egualmente depois das intervenções por estenose benigna. Hoje, ha grande tendencia a attribuir estes accidentes, a perturbações de origem infecciosa.

Admittindo a natureza infecciosa d'estes accidentes gastro-intestinaes, deveremos aconsellar sempre, depois da operação, uma desinfeccção rigorosa do tubo digestivo ao mesmo tempo que iniciamos a alimentação. Uma ali-

mentação sólida e abundante precoce diminuirá ou favorecerá estes accidentes infecciosos? Carle e Fantino admittem que esta alimentação sólida precoce os augmentará consideravelmente; a maior parte dos cirurgiões, no entanto, affirmam que o regimen lacteo exclusivo é incapaz de os prevenir ou fazel-os cessar.

M. Hartmann cita, com effeito, varios casos de doentes seus, cancerosos, que soffreram a operação da gastro-enterostomia, nos quaes só poudes fazer cessar uma diarrhêa persistente que ameaçava a vida dos operados, substituindo a dieta lactea por uma alimentação sólida e administrando grandes doses de sub-nitrato de bismutho.

Accidentes pleuro-pulmonares.— Uma grande parte dos doentes que soffrem uma operação no estomago succumbem pelo apparelho respiratorio, congestão, broncho-pneumonia, pleuresia serosa ou purulenta.

Tem-se attribuido á anesthesia um papel muito importante na genése d'estes accidentes; diz-se que o agente anesthesico realisa localmente pelas suas propriedades irritantes, uma predisposição. Parece-me inadmissivel attribuir a esta irritação local a causa prima d'estes accidentes, visto que elles se observam egualmente, direi mesmo, com mais frequencia, nos doentes submettidos á anesthesia local.

Este facto é, a meu vêr, perfeitamente explicavel, des-

de que nos lembrêmos que os doentes operados sem anesthesia são individuos em quasi completa miseria physiologica e que porisso mesmo se encontram predispostos para contrahir bronchites e pneumonias

Estes accidentes pleuro-pulmonares são talvez, melhor explicados por um conjuncto de causas, taes como: a cachexia, o decubito dorsal prolongado durante a operação, a penetração de materias septicas na trachêa durante os vomitos d'anesthesia, a inoculação das vias respiratorias por propagação da infecção das cavidades bôccal e pharyngea, ordinariamente muito septicas nos cancerosos; esta inoculação será ainda favorecida pela paralysisia do véo do paladar, base da lingua e epiglottle directamente provocada pelos vapores anesthesicos. Poderei ainda accrescentar a acção do frio durante o transporte do operado para enfermarias relativamente frias, as affecções pulmonares preexistentes, a grippe, etc. Todas estas causas devem desempenhar um papel mais ou menos importante na génese d'estes accidentes.

Sob o ponto de vista pratico, a frequencia dos accidentes pleuro-pulmonares deve chamar especialmente a attenção do operador para a desinfecção préoperatoria das cavidades bôccal e pharyngea; os operados não devem sêr transportados atravez de corredôres frios, nem conservados em quartos onde haja uma baixa temperatura.

RESULTADOS DA GASTRO-ENTEROSTOMIA

Estudaremos successivamente os resultados immediatos e os resultados affastados.

a) Resultados immediatos.—A mortalidade da gastro-enterostomia parece ter diminuido consideravelmente n'estes ultimos annos com os aperfeicoamentos da technica.

Em 1893, Wilhem, reuniu 219 observações com uma mortalidade geral de 53,3 p. 100. Em 1896, Haberkant, fazendo uma estatistica de 298 operações praticadas de 1881 a 1897 chegou a uma mortalidade de 42,6 p. 100; dividindo em seguida as suas observações em dois periodos de 7 annos, obteve uma mortalidade de 55,9 p. 100 no primeiro periodo e 39,3 p. 100 no segundo. Czerny, em 1897, conseguiu reunir 90 gastro-enterostomias com uma mortalidade media de 32 p. 100; Mikulicz, em 1896, teve 7 insuccessos em 26 gastro-enterostomias, ou seja uma mortalidade de 27 p. 100; Carle e Fantino

(1898), em 45 gastro-enterostomias, 11 mortes, ou sejam 24,5 p. 100; Doyen em 21 gastro-enterostomias teve 5 mortes ou sejam 23,8 p. 100.

Em outras estatisticas encontram-se varios insuccesos por peritonite devida quer a uma infecção no momento da operação, quer a uma insufficiencia da sutura, a uma adhesão imperfeita por um botão de Murphy e ainda a uma hemorragia, consequencia da secção demasiado rapida d'um vaso por um botão de bordos cortantes.

A experiencia do operador tem pois uma grande importancia, como é facil provar-se pela estatistica apresentada em 1898 por Czerny:

De 1881 a 1889.....	14	gastro-enterostomias,	9	mortes.
» 1890 » 1893.....	17	»	»	2 »
» 1894 » 1895.....	23	»	»	8 »
» 1896 »	28	»	»	10 »
» 1897 »	28	»	»	4 »
Total...	110	»	»	33 »

A mortalidade média apresentada por Czerny é pois de 30 p. 100; vê-se que a mortalidade baixou consideravelmente n'estes ultimos annos. As primeiras 31 gastro-enterostomias tinham dado 11 mortes; as 28 ultimas deram apenas 4 insuccessos ou seja uma mortalidade de 14,2 p. 100.

Chegaremos ainda a resultados não menos animadores quando, em lugar d'analysarmos a estatistica d'um só operador, tomamos estatisticas em globo, taes como as apresentadas por Chlumskij em 1898, referentes a 550 casos e fornecendo 338 curas e 212 mortes ou seja uma mortalidade de 38,54 p. 100.

De 1881 a 1885, 35 casos.....	{ 12 curas 23 mortes — 65,71 p. 100
De 1886 a 1890, 114 casos.....	{ 61 curas 53 mortes — 47 p. 100
De 1891 a 1896, 401 casos.....	{ 265 curas 136 mortes — 33,91 p. 100

Tem-se procurado determinar quaes os factores que podem modificar esta mortalidade. A *natureza da affecção* pela qual se pratica a gastro-enterostomia tem uma grande importancia. Haberkant obteve uma mortalidade media de 43,5 p. 100 no cancro e 25,5 p. 100 na ulcera. Chlumskij reuniu 376 gastro-enterostomias motivadas por cancro com 160 mortes e 70 gastro-enterostomias motivadas por estenoses benignas com 15 mortes.

Estas mesmas differenças se encontram em muitas outras estatisticas, entre as quaes a de Czerny, na qual vemos a mortalidade nas estenoses fibrosas descer a 10 p. 100.

A idade não parece modificar sensivelmente os resultados obtidos e a este respeito encontram-se grandes dif-

ferenças nas estatísticas. Se todos os insucessos de Lücke correspondem a doentes d'idade superior a 50 annos, na estatística de Czerny são precisamente os velhos que fornecem maior numero de curas.

Tem-se discutido muito o valor do *procésso* operativo empregado; não parece porém, que elle tenha uma grande importancia. Haberkant reuniu 104 casos de gastro-enterostomia *anterior antécolica* com 46 mortes ou seja uma mortalidade de 44 p. 100 e 49 casos de gastro-enterostomia *posterior* com 21 mortes ou seja uma mortalidade de 42,8 p. 100.

Se von Hacker chega para a gastro-enterostomia *anterior*, a uma mortalidade de 50 p. 100 e para a *posterior* a 36,8 p. 100, Mehler obteve um resultado inverso: 47,9 p. 100 de mortalidade na gastro-enterostomia *anterior* e 65,2 p. 100 na *posterior*.

Na realidade, o que me parece ter maior importancia para o prognostico da gastro-enterostomia, é a *resistencia vital do doente*. Se a mortalidade é ainda hoje consideravel, é quasi certo ser isso devido em grande parte aos medicos que deixam os seus doentes caminhar lentamente para uma profunda cachexia, cercando-os de cuidados illusórios e não os entregando aos cirurgiões senão quando no seu espirito já não existem duvidas sobre a proximidade d'um desenlace fatal.

Os cirurgiões que têm alguma prática d'estas operações chegam hoje a supprimir os casos de morte por falta

de technica; mas para que a operação se torne verdadeiramente benigna, é indispensavel que os medicos se decidam a aconsellar a indicação operatoria a tempo da cirurgia poder ainda triumphar.

b) Resultados afastados. — Os resultados afastados da gastro-enterostomia têm sido objecto de numerosos trabalhos. Foram estudados com grande desenvolvimento por Soupault e Hartmann ¹ em 20 observações pessoas. Uma das coisas que mais impressiona o espirito do observador é o retorno immediato das funcções digestivas bem como a desaparição das dôres e dos vomitos.

Este facto observa-se nos doentes portadores d'estenose pylorica com estáse gastrica, seja qual fôr a sua natureza, cancerosa ou cicatricial.

Nas dyspepsias rebeldes ao tratamento medico e que não apresentam symptoma algum d'espasmo pylorico, o resultado obtido pela gastro-enterostomia não é demasiado animador; é certo que algumas melhoras immediatas post-operatorias se manifestam mas são d'ordinario pouco duradouras.

Na ulcera em via d'evolução ou mesmo nas dyspepsias simples acompanhadas de symptomas d'espasmo py-

¹ Hartmann e Soupault. Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie, *Revue de Chirurgie*, Paris, février et mars, 1899.

lorico, dôres e vomitos tardios, a gastro-enterostomia presta grandes serviços como bem prováram Terrier e Hartmann em duas observações pessoais¹ de gastrite ulcerosa hyperchlorhydrica com gastro-succorrhêa e de dyspepsia hypopeptica com syndroma pylorico.

Notou-se em ambos estes doentes depois da intervenção, a desapareição absoluta das dôres e o restabelecimento completo das funcções gastricas. O peso do doente portador da gastrite ulcerosa hyperchlorhydrica com gastro-succorrhêa augmentou, em 3 mezes, 18 kilos.

Estas melhoras persistiam ainda um anno depois da intervenção; as digestões faziam-se admiravelmente, sem dôres.

Em face d'estas duas observações poderemos talvez concluir que, nas dyspepsias rebeldes ao tratamento medico, a gastro-enterostomia dá resultados excellentes, não só immediatos mas tambem affastados, se existirem symptomas d'espasmo pylorico.

Os resultados affastados da gastro-enterostomia devem, sobretudo, ser estudados nas *estenoses pyloricas* cancerosas ou não cancerosas.

c) Resultados geraes da gastro-enterostomia nas estenoses pyloricas. — O resultado mais importante da gastro-enterostomia é a attenuação consideravel das perturba-

¹ Chirurgie de l'estomac. Paris, 1899.

ções subjectivas e muitas vezes a sua desapareição completa. Nos casos, felizmente raros, em que o estado geral não melhora consideravelmente, é frequente vêr-se desaparecer por completo as dôres, as eructações e os vomitos.

D'ordinario, concomitantemente com a desapareição d'estes symptomas subjectivos, os doentes recuperam o appetite e podem ingerir alimentos que, antes da intervenção operatoria, teriam fatalmente provocado crises d'intolerancia gastrica.

Antes da operação, o doente soffre todos os martyrios da fome para fugir ás dôres, vomitos e angustias insupportáveis que lhe produzirá a ingestão dos alimentos e quando a fome vence o receio, é ainda o vomito espontaneo ou provocado que vem pôr termo ao sacrificio.

Esta desapareição das perturbações funcçionaes depois da operação observa-se não só nos doentes portadores de estenose pylorica com estáse gastrica, mas tambem em doentes dyspepticos. Estará pois, como querem alguns, a gastro-enterostomia indicada em todos os casos de dyspepsias ou gastrites rebeldes ao tratamento medico? Parece-nos que esta opinião é demasiado radical.

Os unicos dyspepticos que podem colher beneficios da gastro-enterostomia, são os que apresentam *dôres* acompanhadas ou não d'outras perturbações dyspepticas, muito tempo depois da ingestão alimentar. O conjuncto d'estas perturbações tardias são um signal d'obstaculo material ou funcional ao nivel do pyloro. Este complexo symptomatico,

tambem conhecido sob a designação de *syndroma pylorico*, encontra-se principalmente nas lesões anatomicas do pyloro e nas dyspepsias hyperchlorhydricas.

Hartmann ¹ refere-se a dois doentes curados pela gastro-enterostomia, não portadores de estenose pylorica mas que apresentavam este syndroma dyspeptico tardio. As outras variedades de dyspepsia ou gastrite que não apresentam este syndroma especial, seja qual fôr o seu typo chimico, pouco podem beneficiar com a intervenção operatoria.

Concomitantemente com a desappareição das perturbações subjectivas, o *estado geral* do doente melhora consideravelmente. Um ligeiro movimento febril que existe frequentes vezes n'estes doentes antes da operação, desapparece depois de praticada a gastro-enterostomia. Os symptomas d'infeção gastrica desapparecem exactamente como as *poussées* febris de certos dyspepticos cedem a um purgante ou a uma lavagem do estomago.

Os doentes augmentam de peso e recuperam as forças perdidas. É importante, todavia, estabelecer uma distincção entre as *estenoses benignas* e as *estenoses malignas*.

Os doentes portadores d'estenoses benignas, isto é, não devidas ao cancro, cicatrizada a ferida operatoria, restabelecem-se com grande rapidez. Depois d'uma primeira phase em que os doentes diminuem de peso, devido ao

¹ Revue de chirurgie. Paris, mars 1899.

regimen dietetico o augmento faz-se com uma rapidez surpreendente; não é raro notar-se um augmento de 10 a 15 kilos em dois ou tres mezes. Ao mesmo tempo os doentes recuperam as forças que haviam perdido, a coloração terrea e a anemia desaparecem e observa-se, em alguns mezes, o retôrno a uma saude perfeita que pôde persistir ainda durante muitos annos. O resultado é pois quasi sempre admiravel nas estenoses benignas e bem assim nas dyspepsias acompanhadas do *syndroma pylorico*. Todos os auctores estão d'accordo n'este ponto.

Nas estenoses d'origem cancerosa, porém, nem sempre se observam estes resultados brilhantes. É certo que, algumas observações existem em que o resultado é extremamente satisfactorio. Os doentes engordam consideravelmente; a coloração amarello-palha desaparece e readquirem forças sufficientes para se entregarem de novo ás suas occupações habituaes.

Isto, porém, é quasi excepcional. Na maior parte dos casos, os resultados não são tão brilhantes: os doentes raras vezes chegam a recuperar as forças perdidas, fatigam-se muito e são incapazes d'um esforço violento ou trabalho demorado; a anemia não desaparece e a coloração terrea ou amarello-palha persiste.

Isto é talvez devido a que nas estenoses cancerosas, a anemia, a perda de forças, o depauperamento organico não reconhecem por causa unica a obstrucção do pyloro e a inanição consecutiva. O cancro é uma poderosa causa de

consumpção e é provavel que os tumores segreguem e lancem no sangue toxinas cachetisantes. É preciso entrar ainda em consideração com as metastáses cancerosas e as infecções secundarias devidas aos microbios que pullulam á sua superficie contribuindo assim poderosamente para o envenenamento do organismo.

Seja qual fôr a theoria apresentada para explicar o facto, é todavia certo que, depois d'um tempo variavel, os doentes perdem de novo o peso que haviam adquirido, cachetizam-se lentamente e morrem.

D'ordinario a morte é devida á propagação do cancro, ao figado e ao peritoneo; as hemorragias e as perfurações são mais raras.

Muitas vezes os doentes são victimados pela tuberculose ou cahem lentamente n'uma profunda consumpção, n'um invencivel marasmo, continuando, no entanto, a alimentar-se completamente ao abrigo das perturbações subjectivas que antes da intervenção tanto lhes torturava a existencia.

É provavel que a duração da vida depois da operação dependa principalmente do estado do tumor e do estado geral do individuo no momento da intervenção cirurgica.

A sobrevivencia observada depois da gastro-enterostomia é muito variavel, segundo os operadores que se dedicam á cirurgia estomacal. Hartmann obteve uma sobrevivencia média de 6 mezes e meio; Kappeler, 5 mezes e alguns dias; Dreydorff, 7 mezes; Mikrlicz, 9 mezes e meio; Czerny, 8 mezes.

Alguns auctores, porém, dizem ter observado sobrevivências consideráveis: Lücke 3 annos, Ewald 3 annos, Ahlsfeld 3 annos e meio, König 4 annos. Haberkant em 58 gastro-enterostomias motivadas por cancro observou 12 casos de sobrevivencia superior a um anno e Stendel, ¹ em 1898, publicando os resultados da clinica de Heidelberg, relata quatro observações de doentes portadores de carcinomas gastricos vivendo ainda 3 annos e meio, 4 annos, 5 annos, 5 annos e meio, depois da gastro-enterostomia.

¹ Stendel. Archiv. f. klin. Chir., Berlin, 1898, pag. 459.

INDICAÇÕES DA GASTRO-ENTEROSTOMIA

A indicação principal da gastro-enterostomia é a existencia d'um *obstaculo á evacuação regular do estomago*.

A existencia d'este obstaculo traduz-se clinicamente pela constatação d'uma *estase gastrica*, isto é, pela presença no estomago de residuos alimentares de manhã, 12 horas depois d'um jejum absoluto.

A dilatação do estomago, confundida, de resto, muitas vezes com a deslocação vertical do orgão, não tem a importancia da *estase* sob o ponto de vista da indicação operatoria, excepto se a dilatação é acompanhada d'outros symptomas locais, taes como, a existencia d'ondulações peristalticas que mostram claramente que o estomago lucha com difficuldade para esvasiar o seu conteúdo; n'estes casos a dilatação é quasi sempre associada á estase. A dilatação d'estomago, mesmo muito pronunciada, póde existir independentemente de qualquer obstaculo á evacuação do conteúdo estomacal. Esta dilatação idiopathica tambem chamada *atonía gastrica* tem sido ullimamente bem estudada por Bouchard.

Por mais extensa que seja, nunca se acompanha d'estase gastrica e não indica portanto a necessidade immediata d'uma intervenção cirurgica como as dilatações liga-

das á existencia d'um obstaculo á evacuação do conteúdo estomacal.

Em alguns casos a *dilatação d'estomago* coexiste com a *lithiase biliar*. N'estes casos será necessario praticar a gastro-enterostomia na hypothese d'uma dilatação ligada á existencia d'um aperto pylorico ou sob-pylorico d'origem biliar? Parece que não. É certo que os apertos d'origem biliar existem, mas antes d'operar é necessario, é mesmo indispensavel proceder a um exame completo do estomago; evitar-se-hão assim algumas gastro-enterostomias inuteis.

Varias vezes se tem encontrado ptóses visceraes, deslocação e dilatação do estomago, lithiase biliar, sem que por isso se esteja auctorisado a concluir que a dilatação estomacal é o resultado d'uma estenose d'origem biliar. A verificação, depois d'aberto o abdomem, d'adherencias reunindo a vesicula biliar ao duodeno parece ser ainda um signal de pouco valor para admittir a existencia d'uma estenose sob pylorica. Admittindo como perfeitamente demonstrada, a existencia d'estenoses pyloricas e sob-pyloricas d'origem biliar, parece-nos indispensavel que antes d'intervir cirurgicamente se proceda a um exame completo do estomago e se verifique se sim ou não ha signaes d'estase.

Nos casos em que a estase exista, a gastro-enterostomia estará formalmente indicada.

A dilatação e a estase gastricas podem depender ainda de lesões sob-pyloricas differentes das affecções biliares; um cancro ou uma estenose do duodeno, uma peritonite

localisada, emfim todas as lesões que podem provocar uma estenose sob-pylorica, quer por estenose verdadeira do canal alimentar, quer ainda por simples curvatura ou dobra d'este canal. No primeiro caso a gastro-enterostomia impõe-se; no segundo parece-nos mais racional substituir a gastro-enterostomia por uma nova operação que ataque directamente a causa da curvatura.

H. Hartmann ¹ cita, com effeito, o caso d'um doente em adiantado periodo de cachexia d'apparencia cancerosa, tendo dilatação estomacal e estase, completamente curado depois d'uma *hepatopexia*. É certo que a gastro-enterostomia, actuando indirectamente, teria provavelmente melhorado o estado do doente, mas ninguem poderá negar que uma intervenção que ataque directamente a causa da curvatura duodenal, quando esta intervenção é realisavel, será a melhor linha de conducta que todo o cirurgião deve ter em casos d'esta ordem.

A indicação habitual da gastro-enterostomia é a *estenose pylorica verdadeira*. Esta pôde ser fibrosa ou cancerosa; no primeiro caso a gastro-enterostomia deve ser a operação preferida; no segundo, a ablação do tumor, quando fôr possível, constitue a operação d'escolha.

A existencia d'uma *ulcera em via d'evolução* é uma indicação para a gastro-enterostomia quando aquella resiste a um tratamento medico bem dirigido.

¹ Hartmann. Chirurgie de l'estomac, 1899.

A ulcera do estomago é uma das affecções mais tenazes, mais horribes e mais perigosas da pathologia gastrica e a gastro-enterostomia é, a meu vêr, o melhor meio curativo de que actualmente poderemos lançar mão.

O doente portador d'uma ulcera do estomago está constantemente exposto a um sem numero de perigos durante o tratamento medico; os vomitos podem tornar-se incoercíveis, uma hemorrhagia pôde matal-o em momentos, um cancro pôde enxertar-se na superficie ulcerada, uma ruptura leval-o aos extremos d'uma peritonite, a consumpção á tuberculose pulmonar, etc. E quando os doentes se curam da ulcera, ainda muitas vezes lhes restam os apertos cicatriciaes do pyloro ou adherencias periestomacaeas resultantes da propagação da inflamação até á serosa peritoneal, a exigirem nova therapeutica e a continuarem os seus soffrimentos.

Seja qual fôr a pathogenia da ulcera do estomago, é ponto incontroverso a nociva influencia do succo gastrico sobre a ulcera, e na maioria dos casos a sua maior quantidade e accidez. É tambem admittido por todos que a excitação dolorosa da ulcera se acompanha as mais das vezes d'espasmo do pyloro difficultando a passagem dos alimentos, que por sua vez a irritam pelas contracções fortes e repetidas do orgão, estabelecendo assim um cyclo vicioso que o doente procura quebrar provocando o vomito.

Estes factos representam outras tantas indicações a que a medicina responde procurando a diminuição e saturação

do succo pelos pós inertes, lavagens e alcalinos, desaparecimento da contractura pylorica pelos antispasmodicos, a mais facil evacuação e repouso do orgão com a dieta lactea.

Mas nem a saturação é constante, nem a contractura cede as mais das vezes, nem a dieta lactea preenche durante longo tempo as necessidades do organismo.

D'outro modo a gastro-enterostomia. Aberta uma nova comunicação do estomago para o intestino, a evacuação d'aquella viscera faz-se regular e facilmente; diminuem as dôres produzidas pelas contracções estomacaeas e por esse facto diminue a hypersecreção da mucosa, diminue o trabalho do orgão e pôde variar-se a dieta conforme as necessidades do organismo.

N'estes ultimos annos tem-se falado muito no tratamento das *hematemêses* pela gastro-enterostomia.

Hartmann¹ communicou á Sociedade de cirurgia de Paris 12 casos d'intervenção com 4 curas e 8 mortes e terminou por concluir o seguinte: «Quand on se rapelle que la mort immédiate par hématemèse foudroyante est un fait exceptionnel, et que le plus souvent on voit l'hémorrhagie s'arrêter par l'immobilité, la diète absolue, l'application de ligatures à la racine des quatre membres, il est permis de dire que, actuellement, l'indication de l'opération, dans l'hématemèse avec anémie aiguë, reste en suspens.»

É todavia conveniente fazer uma distincção entre as grandes hemorrhagias e as hemorrhagias menos abundan-

¹ Semaine Médicale, 1898, p. 7-8.

tes mas muitas vezes repetidas. Na grande hematemese todos os cirurgiões affirmam actualmente, sem contestação, que os resultados são deploraveis.

Não acontece porém o mesmo nas hemorragias menos abundantes mas que se repetem incessantemente durante semanas e mezes e que terminam por produzir no doente uma anemia inquietadora e algumas vezes a morte.

N'estes casos a intervenção cirurgica pôde sêr efficaz desde que se não intervenha muito tardiamente.

Os effeitos incontestavelmente favoraveis da gastro-enterostomia são attribuidos ao repouso do estomago e por consequinte da ulcera depois da intervenção, facilitando a passagem dos alimentos para o intestino.

Ultimamente, depois d'algumas observações publicadas por Doyen, tem a gastro-enterostomia sido applicada á cura da *hyperchlorhydria*, rebelde ao tratamento medico, e os resultados têm sido excellentes.

Alguns cirurgiões consideram a gastro-enterostomia indicada não só nas dispepsias hyperchlorhydricas rebeldes, mas sim em todas as dyspepsias.

Esta opinião parece demasiado exaggerada. Quasi todos os cirurgiões que se dedicam á cirurgia gastrica dizem ter obtido resultados excellentes nas *dyspepsias accompanhadas do syndroma pylorico*; n'estas a gastro-enterostomia está indicada seja qual fôr o typo chimico encontrado.

Tem-se emfim propôsto praticar a gastro-enterostomia para obter a cura d'uma ulcera duodenal, mas a operação não tem ainda sido praticada em taes casos.

GASTRO-ENTEROSTOMIA E PYLORECTOMIA

Á resecção do estomago tem-se algumas vezes oppôsto as operações palliativas e particularmente a gastro-enterostomia á pylorectomy.

A ideia d'estabelecer um parallelo entre a resecção do pyloro e a gastro-enterostomia nasceu n'uma época em que a pylorectomy dava ainda resultados immediatos tão deplo-raveis que se podia, não sem razão, pensar em abandonar para sempre esta operação. Com effeito, vemos Guinard em 1892 exigir para a pylorectomy condições tão favora-veis que, só por excepção, poderiam sêr encontradas na prática.

Lauenstein, em 1897, pronuncia-se abertamente em favor da gastro-enterostomia contra a pylorectomy que elle reserva apenas para os casos *precoces*, isto é, para os casos que rariissimas vezes se observam.

Ainda hoje, as disposições d'espírito d'uma grande parte dos cirurgiões d'actualidade são perfeitamente analogas.

O que me parece hoje mais racional, é precisar bem as indicações d'uma e outra operação; oppôl-as uma á outra

seria um contrasenso. Desde 1892, Defontaine ¹ se revoltou contra esta tendencia. «La pylorectomie et la gastro-enterostomie ne sont pas à metre en parallèle; elles correspondent à des indications différentes.»

Em 1896, Wölfler, não admitte igualmente esta comparação: «Quel ne serait pas notre étonnement si l'on opposait pour le carcinome du pylore mobile sans infection étendue des glandes, la gastro-enterostomie à la pylorectomie.» Esta opposição torna-se verdadeiramente ridicula, quando se estabelece a comparação em face das estatísticas publicadas. Quer-me parecer que nunca poderêmos comparar uma gastro-enterostomia com outra, independentemente do processo operatorio empregado, mesmo em casos de cancro.

Que aproximação poderemos nós estabelecer sob o ponto de vista da mortalidade, entre duas gastro-enterostomias, praticadas *uma* n'um canceroso ainda em bom estado, com estenose incipiente, *outra* n'um canceroso prestes a morrer d'inanição e que se opera precisamente porque se *não deve deixar d'operar*, da mesma forma que se não poderá deixar d'intervir n'uma hernia estrangulada?

Uma é operação de necessidade; a outra é uma operação d'urgencia. A mortalidade da primeira pôde descer a zéro; a mortalidade da segunda ficará sempre elevada, como a mortalidade de toda a operação d'urgencia em que

¹ Defontaine. Archives provinciales de chirurgie, 1892.

a *única contra-indicação é a morte*. Da fusão d'estas condições diversas nas quaes se pratica a gastro-enterostomia, resulta que a mortalidade d'esta operação será sempre elevada.

Para a pylorectomy sêr realisada com probabilidades de bom exito, é preciso que o doente reúna um certo numero de condições favoraveis, tenha uma certa resistencia vital. Não se deve pylorectomisar senão individuos escolhidos, os outros soffrerão a gastro-enterostomia.

Sendo assim, deve fatalmente chegar um momento em que, em virtude d'esta selecção os resultados da gastro-enterostomia se tornem inferiores aos da pylorectomy.

Não deve, pois, causar admiração a estatistica apresentada por Wölfler, de 1888 a 1896, em 249 operados uma mortalidade de 36 p. 100 na gastro-enterostomia contra uma mortalidade de 31,2 p. 100 na pylorectomy. Carle e Gussenbauer chegaram ainda ao seguinte resultado: gastro-enterostomia 40 p. 100, pylorectomy 20 p. 100; é conveniente notar-se que Carle abandonou apenas os doentes radicalmente inoperaveis, cacheticos e sem estenose pylorica.

É assim que, quando nós, d'estatistica em punho, queremos oppôr a gastro-enterostomia á pylorectomy, chegamos a este resultado verdadeiramente irrisório que a gastro-enterostomia, operação benigna, é mais grave que a pylorectomy, operação perigosa.

A pylorectomy não é uma operação d'urgencia; antes de a praticar, o cirurgião tem tempo sufficiente para refle-

clir sobre as indicações, observar o estado geral do doente e esperar mesmo alguns dias; póde ainda, aberto o abdomen se as condições locais não correspondem á sua expectativa, renunciar á ressecção; pelo contrario, quando o tempo urge, quando o estado geral é mau, quando o neoplasma ultrapassa já os limites do estomago, quando a vida do doente se torna quasi impossivel e insupportavel, o cirurgião deve praticar a gastro-enterostomia.

Se é quasi impossivel comparar a pylorectomy com a gastro-enterostomia em face das estatisticas, vejamos o que acontece quando comparamos os resultados respectivos sob o ponto de vista funcional do estomago.

Comparando a pylorectomy com a gastro-enterostomia sob o ponto de vista das funcções do estomago depois da intervenção cirurgica no cancro, mostrou Mintz que depois da pylorectomy, os resultados são mais favoraveis que os obtidos pela formação d'uma fistula gastro-intestinal. Após a ressecção do pyloro canceroso a funcção mechanica do estomago torna-se normal, enquanto que depois da gastro-enterostomia a motilidade, ainda que consideravelmente melhorada, rarissimas vezes attinge o estado normal.

Devido ao melhor funcionamento do estomago, facto admittido sem contestação por todos os auctores, concebe-se bem que o estado geral do doente se restabeleça mais rapidamente e melhor depois da pylorectomy do que após a gastro-enterostomia.

Mas outras condições independentes das funcções do estomago influem sobre este estado. Nos doentes portado-

res de cancro do estomago que soffreram a gastro-enterostomia, a nutrição jámais attinge o seu estado normal; embóra estimulado o appetite é todavia certo que elles diminuem de peso depois da intervenção cirurgica.

Uma outra causa que obsta ao restabelecimento rapido e completo do doente depois da gastro-enterostomia, é a persistencia do tumor canceroso. As toxinas segregadas pelo néoplasma têm uma influencia incontestavel sobre a nutrição em geral e a digestão intestinal em particular.

N'uma grande maioria das resecções gastricas, uma vez feita a ablação do néoplasma, vê-se desaparecer a coloração amarello-palha caracteristica, pouco tempo depois da intervenção cirurgica.

Na gastro-enterostomia, pelo contrario, este facto é quasi excepcional.

Nos casos de cancro ulcerado, a resecção tem ainda a vantagem de supprimir um fóco de reabsorpção septica chronica, que determina localmente adherencias dolorosas e infecções a distancia.

Por estas differentes razões que acabo d'expôr, não admira que os doentes recuperem a saude mais rapida e completamente depois da pylorectomy do que soffrendo a gastro-enterostomia.

Parece-me pois que a resecção tem um valôr palliativo superior á gastro-enterostomia e que devemos recorrer á resecção todas as vezes que as condições locaes e geraes do individuo o permittam.

*
* *

Apresento em seguida quatro casos de gastro-enterostomia que demonstram claramente haver toda a conveniencia em fazer-se o diagnostico o mais cêdo possivel e aconselhar uma intervenção cirurgica quando as condições do organismo não tenham ainda cahido n'um estado proximo da cachexia.

Nos quatro casos que aqui apresento, tres dos quaes perderam a vida, não podemos por modo algum attribuir á intervenção operatoria a sua terminação; como pôde vêr-se pela leitura das observações, não houve a menor intercorrencia e nos primeiros dias parecia até que os doentes iam sêr salvos d'uma terminação fatal irremediavel, mas o seu estado de miseria organica ia além do indispensavel para uma restauração.

Não quero de fórma alguma fazer uma estatistica das quatro observações que apresento, aliás a operação da gastro-enterostomia teria de sêr fatalmente condemnada.

Estes quatro casos representam apenas tentativas demasiado louvaveis de distinctissimos cirurgiões portuenses, tendo em vista implantar no nosso meio a gastro-enterostomia e simplificar a technica d'esta operação cujos successos operatorios e therapeuticos obtidos por distinctissimos cirurgiões estrangeiros são de molde a preconisar a conveniencia da intervenção.

A gastro-enterostomia é uma das operações consideravelmente beneficiada pelos progressos da technica e a diminuição da cifra mortuaria mostra bem claramente o resultado incontestavel d'esse aperfeiçoamento e bem assim do conhecimento mais exacto das indicações e contra-indicações da intervenção.

Estou bem convencido que o successo operatorio depende tanto do medico como do cirurgião; este não pôde fazer *milagres* e pouco poderá obtêr emquanto o publico não fôr sufficiente esclarecido de maneira a depositar no cirurgião plêna confiança e reclamar os soccorros da arte a tempo da cirurgia poder ainda triumphar.

OBSERVAÇÃO I

Dr. Roberto Frias¹. Carcinoma do pyloro. Gastro-enterostomia anterior pelo methodo de Senn. Anesthesia feita com a cocaína pelo methodo de Réclus. Morte ao fim do 7.º dia. Autópsia.

M. A. dos Santos, natural da freguezia de Sousa, concelho de Gondomar, de 55 annos d'idade, casado, jornaleiro; entrou para a enfermaria n.º 1 de Clinica Cirurgica a 19 de Janeiro de 1895 e ficou no uso exclusivo de leite em pequêna quantidade por ingestão e com o supprimento de quatro clysteis alimentares (leite com ovos, leite com ⁶peptonas).

HISTORIA.— Diz que ha seis ou sete mezes tendo sentido sêde, bebêra de manhã em jejum uma pouca d'agua fria, notando immediatamente que a agua lhe fizera mal: estomago em constante reboliço, dôres leves e sensação de ser cortado com thesouras.

Desde esse dia observou que cêrca d'uma hora antes das refeições sentia grande debilidade, que passava logo que comêsse alguma coisa.

Durou-lhe esse estado perto de quinze a vinte dias, passados

¹ R. Frias.— Operação da gastro-enterostomia — 1895.

os quaes notou mais que, logo depois das refeições, tinha azia e arrótos choccos, e que, uns dias por outros, vomitava o que comia, produzindo-se os vomitos longe das refeições. Então consultou medicos, que lhe aconselharam dieta lactea absoluta, de que tem usado de ha seis mezes para cá.

Com a dieta lactea, bem accete pelo estomago, desapareceram os vomitos e os arrótos; porém, ha cerca d'um mez que o estomago não supporta o leite.

Com isto voltaram os arrótos e os vomitos, sendo para notar que estes se produzem longe das refeições, geralmente das 6 ás 10 horas da noite, vomitando d'uma só vez, e mais ou menos coalhado, todo o leite que havia tomado durante o dia.

Diz mais que, em junho do anno passado estivera uns dezoito dias no hospital, onde, além da dieta lactea de que já usava, lhe fizeram diariamente lavagens ao estomago.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Os paes morreram de velhos e nunca se queixaram de doença. Não tem irmãos. Os tios são sadios e os filhos tambem.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Nullos. Gosou sempre de saude, mesmo quando esteve no Brazil. Antes da doença actual era nutrido e vigoroso. Comia regularmente. Fumava moderadamente e durante alguns annos bebeu aguardente em jejum.

ESTADO ACTUAL. — O aspecto é de cachetico. A inspecção não mostra nenhuma saliencia no abdomen. A' palpação nota-se certo estado de tensão das paredes abdominaes. Não ha sensibilidade apreciavel, mas nota-se certo vascolear da região.

O resultado da palpação e pressão profundas em busca d'algu ma tumefacção é muito variavel. Umas vezes nota-se uma sa-

liencia na região do pyloro, outras nada absolutamente. O doente refere que, quando ingere leite frio, a tumefacção é manifesta, mórmente depois da ingestão. Solicitado uma vez a ingerir um pouco de leite frio, o phenomeno não se produziu. Os ganglios inguinaes sensivelmente hypertrophiados; os supra e infra-claviculares não teem nada de notavel.

A percussão revela som cavitario da 5.^a costella esquerda até o umbigo. Não ha febre. Pulso regular, mas fraco. Micção normal. Defecação só com o auxilio de clysteis.

Para se vêr se a analyse do conteúdo estomacal lança alguma luz sobre o diagnostico, procede-se á analyse chimica e microscopica do producto do vomito, sendo esta confiada aos Ex.^{mos} Snrs. Drs. Alberto d'Aguiar e Arantes Pereira. Eis o resultado:

Caracteres geraes	Volume approximado	540 ^{cc.}
	Aspecto	leitoso
	Reacção	acida
	Cheiro	butyrio

Acidez total expressa em HCl 0,2865 %.

EXPRESSO EM	Em % chloro	Em % HCl
Chloro livre	0,0497	0,0511
Chloro organico	0,2049	0,2153
Chloro fixo mineral	0,1562	0,1606
Chloro total	0,4153	0,4270

DETERMINAÇÃO DOS ACIDOS LIVRES. — As reacções pelo methodo d'Ewald (tropeolina, violête de methyla e a mistura

de phenol e chloreto ferrico) de Gunzburg (phloroglucina vanillada), e os dados revelados pela analyse quantitativa provam a existencia d'acido chlorhydrico livre, acompanhado d'acido lactico ou lactatos e outros acidos de fermentação.

EXAME MICROSCOPICO. — Algumas cellulas cylindricas, pela maior parte em degeneração mucosa, corpusculos, gottas e agulhas de gordura, corpos amylaceos, raros leucoeytos e abundantes micro-organismos, entre os quaes se reconhecem a *torula cerevisiae*, o *bacillus lacticus*, o *amylo-bacter* e o *micoderma aceti*. Não existia *sarcina ventriculi*.

DIAGNOSTICO. — (Sómente provavel em vista do character pouco concludente da analyse chimica e microscopica, bem como dos elementos fornecidos pela exploração clinica) — estenose do pyloro, provavelmente de natureza cancerosa.

Propõe-se ao doente a intervenção armada, que é aceite. O plano operatorio concebido é: laparotomia, primeiro exploradora; no caso de haver indicação para intervir, operação de gastro-enterostomia ou pyloro-plastia, se se trata de estenose cancerosa ou não; no caso de carcinoma circumscripto anullar, a gastro-enterostomia completada por pylorectomy e costura por invaginação dos topos do estomago e do intestino, na mesma sessão ou em outra ulterior, conforme o estado de forças do doente e a intensidade do choque operatorio.

OPERAÇÃO

A operação foi feita no dia 29 de Janeiro, pelas 2 horas da tarde, com o auxilio de meus distinctos collegas Souza Oliveira, Nogueira e Santos Junior.

Como tempo preparatorio tentou-se fazer a lavagem do estomago; mas os reflexos pharyngo-palatinos, não permittindo a tolerancia do tubo de Faucher, forçoso foi desistir.

Feita a anesthesia com a cocaina pelo methodo de Réclus, pratiquei a secção do abdomen na linha mediana entre o appendice xyphoideo e o umbigo, em uma extensão de cêrca de 12 centimetros.

Explorando com o dedo a cavidade, notei desde logo a existencia, na região pylorica, de um tumor duro, do tamanho de uma tangerina grande e apparentemente circumscripto: estomago muito dilatado, attingindo pela grande curvatura a linha umbilical transversa. Seguiram-se as manobras para, com o dedo em gancho, pescar o estomago e attrahil-o em parte para fóra da cavidade abdominal.

Sob a influencia d'essas manobras houve vomitos violentos, mas uteis, porque foram um meio mecanico de exoneração do estomago.

Quasi ao mesmo tempo, ou fôsse esforço do vomito ou contacto do ar com as visceras, ou uma e outra causa conjunctamente, notou-se tendencia para o collápso, claramente indicada pelo estado do pulso.

Como estava no principio da operação e havia ainda muito que fazer, desisti da lavagem directa do estomago atravez da abertura que se ia praticar, limitando-me a isolar entre pinças de pressão elastica a porção de eleição para a anastomose — não muito longe do pyloro e proximo da grande curvatura.

Em seguida colhi a primeira ansa do jejunio, percorrendo com o dedo a face inferior do mesocolon até o lado esquerdo da columna vertebral, e depois de me certificar de que era bem a ansa que procurava, passei um tubo elastico pelas aberturas praticadas no mesentereo, proximo da sua inserção em cada uma

das extremidades da ansa isolada, e, repellindo para os dois lados o conteúdo da ansa, apertei os dois tubos com pinças de pressão continua.

Immediatamente depois incisei com o thermocauterio o estomago, a pequena distancia do pyloro e da grande curvatura, seguindo uma linha paralela a esta e na extensão de cêrca de 5 centimetros.

Pela abertura fiz a *toilette* da porção isolada pelas pinças de pressão elastica, protegendo com esponjas o campo operatorio, e introduzi a placa de Senn, passando os dois fios lateraes atravez dos bordos superior e inferior da incisão, e os dois fios extremos pelos angulos da mesma incisão.

A isto seguiu-se a abertura do intestino, tambem no sentido longitudinal, e a subsequente collocação da placa intestinal.

Veio depois a fixação das placas, que foram apertadas uma contra a outra, atando os oito fios, dois a dois e na seguinte ordem: os fios inferiores, os fios angulares e, por ultimo, os fios superiores.

Appliquei em volta das placas e como costura de reforço uma corôa de pontos de Lembert, applicação que foi particularmente difficil na parte inferior. Retirada dos tubos de suspensão intestinal, redução das visceras no abdomen e costura final.

No fim da operação, que durou cêrca de 30 minutos, o doente, conservando-se sempre no estado de depressão, ainda apresentava notavel melhoramento em relação ao collapso do principio da operação.

DIARIO

29, 6 horas da tarde: Pulso muito fraco, 90 pulsações por minuto. Temperatura, 36,1. Tem dôres. Gêlo, injeção d'ether e morphina, botijas quentes.

30, manhã: Temperatura, 36,2. Pulso, 110. — Tarde: Temperatura, 36,6. Pulso, 110. Diminuição das dôres. Pulso mais forte do que na vespera. Injeção d'ether, e gêlo internamente.

31, manhã: Temperatura, 36,8. Pulso, 100. — Tarde: Temperatura, 37. Pulso, 106. Grande prostração e difficuldade em falar. O mais como no dia 30. Clysteis alimentares.

Fevereiro 1, manhã: Temperatura 37,2. Pulso, 104. — Tarde: Temperatura, 37,2. Pulso, 100. O doente reanima-se falando com alguma facilidade. Não sente dôres. Clysteis ut supra.

2, manhã: Temperatura, 35,8. Pulso, 108. — Tarde: Temperatura, 37,5. Pulso, 112. Conserva o estado da vespera. Injeção d'ether e cafeina. Alimentação rectal.

3, manhã: Temperatura, 36,6. Pulso, 112. — Tarde: Temperatura, 37,4. Pulso, 118. Caldos em pó de carne e pepsina.

4, manhã: Temperatura, 36,2. Pulso, 106. — Tarde: Temperatura, 37,6. Pulso, 112. Caldos e leite com agua de Vidago. De novo abatido.

5, manhã: Temperatura, 36,8. Pulso imperceptivel. Difficuldade em falar. Grande prostração e arrefecimento das extremidades. As 11 horas e meia da noite morre sem agonia.

Nos dois ultimos dias a defecação expontanea indicava a circulação alimentar gastro-intestinal.

AUTÓPSIA. — Foi feita no dia 6. A ferida externa não apresenta vestigios de suppuração: está bem cicatrizada. Nada de anormal no habito externo.

Pela abertura do abdomen verificou-se que a ferida do peritoneo estava bem cicatrizada; os intestinos bastante dilatados por gazes; a ansa jejunal perfeitamente adherente ao estomago, porém esta ansa apresentava-se verticalmente repuxada, fazendo dobra ao nivel da anastomose. Não se notou hemorragia alguma nem indícios de peritonite.

A palpação do contôrno anastomotico não demonstrou dureza alguma interior; apenas foram encontrados restos de fios da sutura de Lembert.

Fazendo uma pequena tracção para separar o intestino do estomago notou-se que a parte superior da adherencia cedeu com facilidade, o que não aconteceu com a parte inferior mais adherente, por peritonite adhesiva (n'uma pequena extensão) entre a face do estomago e a face do intestino. Rasgada a adherencia, verificou-se ser a ansa anastomosada a primeira jejunal, que a periphéria dos dois orificios era nitida e de fórma circular; por cada uma d'estas soluções de continuidade sahia um liquido bastante amarellado.

O colon transverso apresentava-se volumoso e cheio de materias fecaes de consistencia gelatinosa.

Tirado para fóra do estomago, além de dilatado, apresentava na região pylorica um tumor que, prolongando-se para a primeira porção do duodeno, n'este, de novo formava saliencia egual á que apresentava no pyloro.

O tumor (por incisão) apresentava o aspecto de massa cancerosa. Oclusão absoluta do pyloro. Ganglios mesentericos aqui e além hypertrophiados.

CONCLUSÃO: o doente morreu por inanção.

OBSERVAÇÃO II

*Dr. Souza Oliveira*¹. *Estenose cicatricial do pyloro. Gastroenterostomia pelo botão de Murphy com colon-gastroperexia prévia. Morte 9 dias depois da operação. Autópsia.*

E. R. C., de 18 annos, solteira, creada, natural de Villa Real. Segundo refere, em Maio ultimo tinha ingerido durante quatro dias seguidos uma caixa de lumes em cada dia.

Os estragos foram enormes havendo hemateméses, ictericia e uma decadencia organica consecutiva a uma reposição constante dos alimentos que depois d'ingeridos eram em seguida vomitados. Diagnosticou-se uma estenose cicatricial do pyloro e ulceração mais ou menos extensa. Esteve em tratamento medico até Novembro sem ser possivel melhorar o seu estado e, tendo sido julgada necessaria uma intervenção cirurgica para impedir a morte por inanición n'um curto espaço de tempo, foi removida para a minha enfermaria para esse fim.

Procedendo ao exame da doente reconheci que toda a symptomatologia só podia ser filiada na causa alludida e resolvi tentar o ultimo recurso therapeutico.

Auxiliado pelos collegas Roberto Frias, Guilherme No-

¹ *Medicina Moderna*, Fevereiro de 1896.

gueira, Dias d'Almeida, Santos Pereira e alguns quintanistas que desejaram assistir, procedi á operação.

A operação que se resolveu realizar foi uma gastro-enterostomia. Os alimentos não podendo livremente ser levados atravez do pyloro para o intestino delgado iriam, para o futuro, directamente do estomago para a primeira porção d'aquelle intestino por meio d'esta anastomose. Abandonamos porém a ideia de fazer essa comunicação por meio das placas de Senn e resolvemos utilizar para esse fim o botão de Murphy e resolvemos mais, por alvitre dos collegas assistentes, que préviamente á gastro-enterostomia realisassemos a colon-gastropexia, a fim d'evitar as compressões do colon sobre o intestino delgado anastomosado por meio d'aquella fixação do colon ao estomago.

Resolvidas e assentes estas modificações na technica, no dia designado para a operação fiz uma incisão na linha mediana começando abaixo do appendice sternal, prolongando-a até ao umbigo. Dividi rapidamente todos os planos até chegar ao peritoneo, pincei-o entre o dedo pollegar e o index da mão esquerda, e, abrindo-lhe um pequeno orificio com o bisturi, introduzi a sonda cannelada dividindo então o peritoneo em toda a extensão da abertura abdominal.

Desviando com os dedos os bordos d'aquella abertura apresentou-se-nos na parte superior o figado com a sua côr rubro-escura estendendo-se da direita para a linha mediana, excedendo-a e indo até á esquerda da cavidade abdominal e desaparecendo ahí segundo uma linha que ia subindo gradualmente da direita para a esquerda. O bordo do figado descobria d'este modo o estomago que contrastava pela sua côr branca com a côr escura d'aquella glandula e a sua posição fazia lembrar a do colon transverso. No entanto a sua fórmula e a bella arborisação vascular da sua parede anterior na parte que o figado deixava a

descoberto, promptamente elucidava sobre a natureza da viscera que se nos apresentava. *Para baixo o epiplon* cobria o campo operatorio.

Levantei então o lobulo do figado que cobria o estomago e puz assim este a descoberto na maior parte da sua parede anterior. A direcção da sua porção inferior ou prepylorica era positivamente transversal a ponto de á primeira vista fazer lembrar o colon transverso, e esta mesma posição já a tinha encontrado n'uma gastrotomia, que fui obrigado a fazer pouco tempo antes em outro doente por uma stenose do cardia, e em todos os trabalhos de cirurgia do estomago a que tenho assistido tem-me parecido sempre que aquella viscera tem na sua porção superior uma direcção vertical, mas que pouco a pouco se torna transversal até que na sua porção inferior se apresenta francamente transversal.

Seguindo esta porção transversal chegamos ao pyloro e reconhecemos alli uma dureza anormal que se prolongava para o doudeno semelhando tudo um cordão estreito e claro. Julgando eu e os meus collegas que este estado reclamava effectivamente o estabelecimento d'uma communicação mais ampla entre o estomago e o intestino, procedemos ao complemento do nosso trabalho.

Procuramos a primeira porção do jejuno e depois d'algumas hesitações conseguimos fixal-a adquirindo a certeza de que era esta a ansa procurada, pela brevidade do seu ligamento que a fixava dando-lhe apenas uma pequena extensão de movimentos. Esvasiamos por pressão doce os liquidos que podiam ahi existir e limitamos entre dois cordões elasticos, apertados e seguros por duas pinças hemostaticas o espaço do intestino delgado destinado á anastomose.

Apanhamos em seguida o colon transverso e fazendo uma

abertura no mesocolon fizemol-o passar por ella até ao contacto do estomago e ahi o fixamos por meio d'uma sutura soro-sorosa. Em seguida com dois *clamps* elasticos, cujos ramos tinham sido revestidos por meio de tubos de borracha, que lhe serviam como de bainha para tornarem a sua pressão menos contusiva circumscrevemos um triangulo cujo vertice era formado pela extremidade dos *clamps*, um lançado á esquerda e outro á direita, e cuja base era formada pelo bordo convexo do estomago. N'esse espaço triangular e na parte mais proxima da região pylorica fizemos uma punção, por onde herniou a mucosa do estomago.

Com o bisturi botonado demos-lhe as dimensões requeridas para o botão de Murphy.

O estado de vacuidade do estomago conservado pela compressão dos *clamps* não deu occasião á sahida do liquido gastrico e apenas uma pequena hemorragia das paredes do estomago obscurecia o campo operatorio. Introduzi o ramo macho do botão de Murphy e com a agulha com que tinha fixado a porção do estomago a abri, contornei com uma sutura em bolsa o tubo central do botão apertando com um nó seguro as extremidades do fio de seda e fixei assim solidamente o estomago ao ramo macho do botão de Murphy.

Procurei em seguida a porção do intestino delgado preso pelas pinças hemostaticas e fixei a sua parte central por um fio de seda, e fazendo do mesmo modo uma abertura igual ahi fixei pelo mesmo processo o ramo femea do botão de Murphy.

Approximamos o intestino e o estomago e depois de affrontados os tubos centraes dos ramos do botão, comprimimos gradualmente as duas metades sentindo os pequenos estalidos que os dentes da haste central produziam sobre cada espira do passo de parafuso do botão.

Depois de parar na sua marcha pela resistencia das tunicas

do estomago e intestino interpostas, verificamos de novo ainda por uma ultima compressão se seria possivel fazer marchar mais alguma volta e reconhecemos que era impossivel levar a approximação mais adeante.

O epiploon foi estendido sobre o campo operatorio, fechei o peritoneo com seda e suturei as paredes abdominaes com crina de Florença. A operação, graças ao excellente auxilio de meus collegas, correu com uma regularidade e rapidez que nos deixou satisfeito, sendo o choque operatorio quasi nullo.

A doente no dia seguinte estava bem disposta accusando uma necessidade d'alimentação que até alli não tinha sentido: dizia que tinha fome. Durante os primeiros tres dias a temperatura conservou-se a 36°,5 mas em seguida começou a abaixar notavelmente tornando-se necessario o uso d'estimulantes e só assim se conseguiu levantar a columna thermometrica até 37°,5.

Esta temperatura conservou-se durante dois dias, mas em seguida começou a cahir de novo e apezar de todos os nossos esforços o esgotamento organico começou a accentuar-se e do 9.º para o 10.º dia post-operatorio a doente succumbia no collápso. Não houve durante esses dias o menor symptoma d'infeção.

AUTÓPSIA. — Encontramos a abertura abdominal perfeitamente secca e solida, coberta ainda com a camada de salol que abandonava a superficie aos menores movimentos pela ausencia de liquidos que o agglutinassem. O peritoneo não estava distendido nem a sua incisão deu sahida a liquidos. O epiploon cobria o campo da gastro-entero-anastomose e da gastro-colopexia; mas apalpando encontramos a resistencia solida do botão de Murphy que se conservava exactamente no ponto em que fôra lançado. Por meio de laços isolamos o estomago ao nivel do cardia, o intestino delgado da anastomose e os dois topos da porção media

do colon transverso fixado ao estomago. O colon deixava sahir atravez da sua secção na porção que ficou na cavidade abdominal fragmentos de bolo fecal, completamente descórados e simulando bolos de cera.

Apesar de todo o cuidado para extrahirmos intacta a porção gastro-intestinal isolada pelas ligaduras, vimos que ainda assim, atravez da placa de compressão realisada pelo botão de Murphy, começavam a sahir alguns liquidos, o que indicava que a adhesão n'aquella circumferencia era muito tenue e a ponto de que, em certa altura d'este trabalho d'isolamento e libertação, a ansa intestinal anastomosada abandonou o botão, ficando livre a sua abertura e o botão unicamente preso pela parede do estomago. Posta a peça depois da sua libertação n'outra meza abrimos o estomago e verificamos que as tunicas ao nivel do botão estavam destruidas por trabalho de necrose em quasi toda a sua espessura, tendendo este a escapar-se atravez d'esses tecidos alterados para a cavidade estomacal. A fragilidade da adhesão gastro-jejunal contrastava com a solidez da adhesão gastro-colica; effectivamente a sutura soro-sorosa lançada rapidamente entre o colon e a parede do estomago resistiu a todas as manipulações da autopsia, ficando sempre mantida durante este trabalho a adherencia, que resistia mesmo ás tracções feitas directamente para experimentar a solidez da colon-gastropexia. Ao nivel do pyloro a mucosa tinha perdido o seu epithelio, apresentando uma côr rubro-escura que confirmava o diagnostico da lesão pylorica, lesão que se prolongava até ás primeiras porções do duodeno, determinando a obliteração das aberturas dos canaes das glandulas hepatica e pancreatica.

A exploração manual dava áquella altura a sensação d'uma neoplasia que comprimia o duodeno, mas o exame directo mostrou que aquella tumefacção solida era constituida pela cabeça

do pancreas que, muito hypertrophiada e dura, dava a sensação d'um neoplasma. Ao córte da thesoura rangia como se fosse cartilagem, e esta degeneração esclerosica, ainda que diminuindo, chegava até meio do comprimento da glandula. Verificou-se assim que a acção do phosphoro actuára não só sobre o estomago e duodeno mas até tinha interessado profundamente o pancreas.

Desarmado o botão de Murphy, viu-se que a seda que tinha fixado o estomago e o intestino no tubo central dos dois ramos macho e femea se apresentava já livre dos tecidos e solidamente fixa ainda nos cylindros metallicos.

OBSERVAÇÃO III

Dr. Souza Oliveira. Stenose cancerosa do pyloro. Gastro-enterostomia posterior transmesocolica. Cura operatoria.

J. S. de 46 annos, casado, trabalhador, natural d'Aveiro e residente no Porto.

Entrou para a enfermaria n.º 1 de que sou alumno interno no dia 15 de Janeiro de 1899, queixando-se de dôres violentas no epigastro e fraqueza consideravel.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Teve sarampo aos tres annos, variola discreta aos dezesete e desde então foi sempre saudavel até ha cerca de cinco annos, epocha em que principiou a soffrer do estomago (inappetencia, sensação de plenitude mesmo em jejum e dôres após as refeições), andando desde então em tratamento e tendo tomado, por conselho de varios medicos quantidade e qualidade de drogas varias sem resultado.

Não accusa antecedentes morbidos adquiridos de qualquer ordem, traumatismo ou outros accidentes que se relacionem mais ou menos directamente com a sua doença e soffrimentos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.— Paes saudaveis.

Não conheceu avós tanto paternos como maternos e nada refere d'interessante relativamente aos collateraes. Tem dois filhos, ambos saudaveis.

ESTADO ACTUAL. — O doente tem o aspecto d'um fraco, anemico e grande depauperado organico; muito magro, má côr, um pouco baço-amarellado, ventre retrahido e deprimido como se não tivesse intestinos. Havia além d'isso uma forte pigmen-tação em todo o epigastro, restos de revulsões e vesicações ahi provocadas com fins therapeuticos. Actualmente queixa-se de dôres violentas no epigastro, dôres constantes que por vezes se exacerbam de modo a tirarem-lhe todo o descanso, tornando-se insupportaveis. Procura todas as posições para fazel-as diminuir chegando a rojar-se no sólo, mas a dôr só desaparece depois d'um certo tempo de duração e não é modificada por qualquer coisa que faça no sentido de a attenuar.

Estas dôres eram independentes do estado de vacuidade ou repleção da sua viscera gastrica, bem como da ingestão d'alimentos ou phases da digestão.

Um outro symptoma para que chama a attenção é o *vomito*. D'antes raras vezes vomitava, mas ha cêrca d'um mez os vomitos reappareceram e vomita todos os dias logo ou pouco depois da ingestão d'alimentos liquidos e muitas vezes d'alimentos solidos. Queixa-se egualmente de seccura de bocca e prisão de ventre habitual.

O appetite, longe de diminuir, tinha pelo contrario augmentado, a ponto de quasi não haver alimento que o satisfizesse, mesmo quando os vomitos que repunham os alimentos se não manifestassem. Fígado e baço normaes. Coração, pulmões e sistemas vasculares sem alteração apreciavel. O exame dos restantesapparelhos e bem assim a analyse qualitativa da urina nada revelou d'anormal. Pela *percussão* constatamos a existencia d'uma dilatação gastrica que contrastava com uma retracção do tubo intestinal. A palpação podia fazer-se á vontade, graças ao relaxamento dos musculos do abdomen, e introduzindo profun-

damente os dedos e comprimindo a superficie do figado, assim como approximando as paredes do estomago, nada parecia revelar a existencia de qualquer alteração morphologica do estomago, figado, pancreas ou baço. Attingia-se facilmente a columna vertebral, contornando-se facilmente a aorta abdominal e a palpação dos colons não dava sensação alguma que podesse traduzir a existencia d'endurecimentos fecaloides, facto este muitas vezes observado nos individuos magros e ventre habitualmente constipado, como o individuo em questão.

DIAGNOSTICO. — Tendo em consideração o emmagrecimento progressivo do doente, epezar do seu grande appetite e alimentação excessiva e reflectindo um pouco sobre os dois symptomas — *vomitos e dôres* — era forçoso pensar que a causa da • doença residia na região gastrica. Relacionando estes symptomas com a dilatação gastrica e retracção intestinal e attendendo á idade do doente e á frequencia clinica da sua existencia, era licito pensar n'um carcinoma da região pylorica que tivesse determinado um aperto consecutivo.

As dôres e vomitos observados poderiam assim encontrar uma explicação plausivel. O aperto do pyloro produzido pela neoplasia, impediria em grande parte a passagem dos alimentos do estomago para a repartição seguinte e as contracções fortes que o estomago seria obrigado a realisar para vencer o obstaculo, explicariam as dôres violentissimas que o doente dizia sentir e os vomitos dos alimentos que, não encontrando livre e facil passagem para o duodeno procuravam assim a unica porta aberta que lhes restava. A quantidade d'alimentos que podia atravessar o pyloro deveria ser insignificante e isto explicava tambem a vacuidade das ansas intestinaes e retracção consecutiva á falta prolongada de funcionamento.

A deficiência da absorpção intestinal dava a sensação de necessidade d'alimento e ao mesmo tempo um certo estado congestivo da mucosa gastrica, que deve sempre existir como estados vasculares compensadores de porções esclerosadas pela evolução das neoplasias, augmentaria pelas secreções gastricas exaggeradas essa sensação de fome.

Faltavam ainda muitos outros symptomas frequentes no cancro d'estomago. O doente não accusava a existencia d'hemorrhagias anteriores á sua entrada para o hospital e emquanto lá esteve nunca houve *hemateméses* nem *melenas*. Havia porém um signal negativo de grande valor que desnorteava fortemente o clinico — a *ausencia de qualquer tumefacção* que revelasse a causa e séde da doença, principalmente n'este doente em que a exploração se podia fazer admiravelmente, parecendo assim poder concluir-se que não havia a minima alteração da parte do estomago.

A séde constante das dôres, os vomitos, o emmagrecimento progressivo, prisão de ventre, seccuras de bocca quasi insupportaveis e a ausencia de febre, falavam a favor d'um *carcinoma da região pylorica com estenose do pyloro*. É certo que faltavam ainda muitos dos symptomas d'esta doença; era, porém, fóra de duvida que se tratava d'um caso interessante, de diagnostico muito duvidoso e muitissimo difficil. Não se fez a analyse do conteúdo gastrico nem tão pouco a analyse quantitativa da urina que bem podiam lançar alguma luz sobre o caso.

A intensidade das dôres poderia fazer lembrar a *lithiase biliar* e o encravamento de calculos biliares nos canaes excretores da bilis. Esta hypothese era, porém, inadmissivel attenta a completa ausencia d'intervallos de bem estar e mesmo regular saude, durante espaços de tempo mais ou menos longos e bem assim a ausencia d'ictericias anteriores ou actuaes.

TRATAMENTO. — Dieta lactea, de duas em duas horas um pequeno copo de leite gelado e tres colheres de chá de somatose por dia no leite. Passados dois dias o doente tem vomitos frequentes que attribue ao leite e por isso se suspende. Prescreve-se dieta sêcca, e seis colheres de sopa por dia d'uma poção de cocaína e morphina em agua de cal. A seguir a esta therapeutica param os vomitos e o doente passa uns dois ou tres dias melhor; estas melhoras, porém, eram ephemerass e no fim de tres dias os vomitos reapparecem e dôres horriveis sobrevem.

N'estas condições, visto o estado do doente ser, se não peor, pelo menos estacionario e os recursos da therapeutica medica e dieteticos serem debalde sollicitados, resolve-se *satisfazer a vontade do doente*, fazendo uma intervenção cirurgica, principalmente exploradora, palliativa e possivelmente curativa.

Esta é effectuada a 16 de Fevereiro, sendo operador o Ex.^{mo} Snr. Dr. Souza Oliveira, auxiliado pelos collegas Guilherme Nogueira, Ortigão Miranda, Roberto Frias, Eduardo Guimarães e alumno interno José Maia. Eis como aquelle distinctissimo cirurgião descreve a operação ¹:

«A anesthesia foi realisada com chloroformio e quando se chegou á resolução completa procedi a uma nova exploração a fim de vêr se colhia mais elementos para a confirmação da existencia da neoplasia; mas a exploração profundamente realisada não conseguia descobrir mais do que antes da anesthesia. Fizemos uma incisão entre o appendice xyphoideo e o umbigo e penetramos rapidamente na cavidade peritoneal. Desviados os bordos da incisão, appareceram á vista o lobulo esquerdo do fígado com a sua côr rubro-escura, descobrindo obliquamente para cima e para a esquerda a parede branca e brilhante do es-

¹ *Gazeta Medica*. Abril de 1899.

tomago, coberta na sua parte inferior pelo epiploon e desenhando-se mais abaixo n'uma linha transversal o colon transverso. A mão mergulhada na abertura abdominal cahiu sobre a porção a descoberto do estomago e na exploração d'essa parte nada reconhecemos d'anormal.

Procurando, porém, exteriorisar o estomago, vimos que, libertando-se facilmente pela sua curvatura, ficava immovel quando tentavamos fazer o mesmo do lado direito na sua região pylorica. Contornando-o pela sua parede posterior conseguimos attingir aquella região e ahi verificamos a existencia d'uma neoplasia do volume d'uma laranja que envolvia a região pylorica para deante e para traz, prolongando-se ainda para a pequena curvatura e adherindo firmemente aos tecidos visinhos, immobilizando por completo aquella porção do estomago.

Via-se que o diagnostico não só se confirmava, mas mesmo verificava-se que a importancia das lesões ia muito além d'aquillo que se suspeitava e que era licito esperar pelo exame previamente feito.

Effectivamente a ablação da neoplasia não se podia realizar pela ankilose gastrica realisada pelo trabalho de perigastrite neoplasica e a idéa da ressecção pylorica teve de ser posta de parte.

A exploração directa do estomago dava as suas paredes anterior e posterior em bom estado e apenas o desenho de grossos vasos escuros symetricamente lançados indicavam uma circulação anormal, mas em nenhum dos seus pontos se reconheceu adelgaçamento, modificação de côr ou outro symptoma qualquer indicativo d'alteração d'estructura e mesmo na região pylorica não se modificavam estes caracteres, parecendo pela regularidade e uniformidade da dureza neoplasica que o trabalho d'ulceração ainda não tinha principiado.

O problema clinico nitidamente desenhado permittia uma unica soluçãõ, soluçãõ não tão satisfactoria como seria no caso de lesões menos avançadas; mas em todo o caso um recurso de alto valor humanitario, porque representaria um allivio para um soffrimento cruel, ainda mesmo que esse allivio não podesse ser muito prolongado.

Essa soluçãõ era a inutilisaçãõ da passagem dos alimentos pelo pyloro, pela creaçãõ d'uma communicaçãõ artificial entre o estomago n'um ponto distante d'aquelle que estava lesado e o intestino delgado n'uma das suas ansas mais superiores da porçãõ jejunal. Como mais util para o futuro, escolhemos a parede posterior do estomago e n'um ponto que corresponderia a uma perpendicular tirada na direcçãõ do esophago. Fixamos esse ponto por meio d'um *clamp* elastico com os ramos cobertos por dois tubos de cautchue cortados appropriadamente ao comprimento d'esses ramos. Um ajudante fixou o *clamp*.

Levantamos o colon transverso e procuramos a primeira ansa do jejuno. Este trabalho d'investigaçãõ, dificultado pelo epiploon què envolve tudo, pelo colon que cobre o campo operatorio e pelo serpentear tumultuoso das ansas de todo o intestino delgado, lança no espirito alguma confusãõ e exige uma certa serenidade que domine a situaçãõ com rapidez, deixando-nos ir direitos á columna vertebral apanhar a ansa que se apresenta e verificar pela brevidade do seu ligamento fixador que é a que nos convem por sêr a primeira que se segue ao duodeno depois d'este ter descripto a sua curva em S por traz do estomago até ao mesocolon.

Este tempo d'investigaçãõ hesitante foi rapido e apprehendida a ansa requerida atravessamos o mesocolon com ella e fizemos a approximaçãõ á porçãõ do estomago conservada em posiçãõ pelo nosso ajudante. Fixamol-a egualmente por meio d'um

clamp lançado exactamente como o primeiro e os dois *clamps* dispostos parallelamente foram conservados fixamente para a realisação do ultimo e principal tempo da operação. Um bisturi serviu para abrir camada por camada a espessura do estomago.

Quando chegamos á mucosa o cóрте tornou-se menos facil pela molleza d'aquella tunica que herniava, escapando-se á incisão. Uma punecção e a dilatação pelo bisturi botonado abriram a communicação levando nós esta até á possibilidade da introducção do dedo indicador na cavidade gastrica.

D'essa abertura começou a sahir uma pequena porção de liquido que não fôra por completo repellido para traz do *clamp*, de mistura com algum sangue das secções das tunicas interessadas. A protecção da cavidade peritoneal porém estava realisada por meio d'um largo guardanapo de gaze aseptica que isolava e protegia o campo operatorio. Na mesma linha e seguindo a mesma direcção no bordo opposto á inserção do mesenterio abri pelo mesmo processo uma communicação na ansa intestinal com as mesmas dimensões.

Uma agulha cylindrica enfiada n'um longo fio de seda fina serviu para fazer a união das duas superficies serosas unindo o intestino ao estomago por uma sutura seguida e reforçada d'espaco a espaco por laços corridos de fixação, deixando o fio da sutura nas extremidades da incisão. A este tempo, com outra agulha procedi á sutura muco-mucosa das duas mucosas gastrica e intestinal, fazendo uma sutura seguida e circular com pontos de fixação egualmente dispostos, que tinham por fim, não só a fixação da sutura para impedir o afrouxamento do ponto, mas tambem para impedir a retracção circular pelo fechar progressivo da abertura muco-mucosa. Este tempo é um pouco retardado, já pela tendencia d'esta mucosa a herniar, já pela facilidade com que lacéra quando atravessada pela agulha e aper-

tada pela seda fina que a obriga á contiguidade completa. Em seguida retomei a agulha primitiva que tinha effectuado a união sero-serosa na sua porção posterior e continuei a sutura para a parede anterior, completando o circuito sero-seroso e fazendo desaparecer por completo a segunda sutura muco-mucosa central, que fugiu á vista pela perfeita união sero-serosa realisada por esta sutura terminal. O intestino parecia solidamente unido ao estomago e não se via ponto algum por onde parecesse provavel a sahida dos liquidos das cavidades anastomosadas.

Bem limpo todo o campo operatorio, foi tudo reduzido e collocado na sua posição definitiva e uma longa tira de gaze aseptica foi conduzida por meio d'uma pinça longa até ao ponto da anastomose. Fechou-se em seguida o peritoneo e a parede abdominal.»

O doente foi alimentado pela via rectal com clysteres de leite peptonisado durante os primeiros dous dias.

Esta maneira d'alimentação foi muito mal recebida e não houve remedio senão transigir e consentir a alimentação pela bocca por meio d'algumas chavenas de leite. Isto, de resto, não perturbou a marcha regular a desejar e ao 3.^o ou 4.^o dia foi extrahida a tira de gaze por parecer ter já realisado o seu fim.

Effectivamente atravez d'ella tinha sahido uma boa porção de liquido sero-sanguinolento cuja presença no peritoneo poderia talvez ter deixado de ser indifferente. A extracção foi um pouco dolorosa, porque fortes adherencias tendiam a fixa-la. A sua presença dentro da cavidade peritoneal traduzia-se por um mal estar que o doente não podia bem definir, mas que lhe fazia faltar o ar e tornal-o inquieto.

O resultado da intervenção cirurgica n'este caso foi o seguinte: os vomitos desapareceram por completo e a dôr que, antes da operação, obrigava o doente a todas as posições e contorsões desapareceu egualmente.

Os phenomenos physiologicos da digestão continuaram a realisar-se com toda a regularidade não havendo nunca regor-gitação alguma biliar.

O appetite era verdadeiramente devorador e o desejo insaciavel de comêr obrigava os empregados da enfermaria a exercerem uma vigilancia especial para que a dieta dos outros doentes não fôsse desviada para saciar aquella voracidade. O doente sahiu do hospital no dia 15 de fevereiro, relativamente bem, continuando ainda a ser portador do seu carcinoma, que por este processo deixará de ser irritado tão constantemente e terá, provavelmente, uma detenção na sua marcha por esta circumstancia.

OBSERVAÇÃO IV

(Devida ao Dr. Antonio d'Andrade)

Dr. Julio Franchini. Estenose cancerosa do pyloro. Gastroenterostomia posterior transmesocolica pelo botão de Murphy. Morte 30 dias depois da operação.

F. de 56 annos, ferreiro, entrou no hospital de Santo Antonio em maio de 1899.

Ha um anno que este doente tinha frequentes hemateméses, acompanhadas de fortes dôres no epigastro.

Tendo consultado um medico, este classificou, segundo elle diz, a doença de dyspepsia e d'isso o tratou.

Ultimamente notou que lhe tinha apparecido uma pequena tumefacção ao nivel do epigastro.

Pouco tempo depois veio á minha consulta, notando eu, n'essa occasião, a existencia d'um tumôr duro, pouco bosselado, pouco dolorôso e implantado no epigastro, estendendo-se algum tanto para o lado direito.

A percussão do figado mostrava que o orgão estava situado normalmente.

Havia vomitos côr de bôrra de café (hematemése) e algumas dôres após as refeições. Estado pronunciadamente cachetico.

Aconselhei-o a que recolhesse ao hospital para ser operado,

dizendo-lhe ao mesmo tempo que a sua operação era unicamente palliativa.

Entrou para a enfermaria n.º 2 onde o meu distincto collega Dr. Julio Franchini, depois de o examinar, procedeu á gastro-enterostomia posterior.

Feita a laparotomia verificou que o neoplasma estava implantado ao nivel da região pylorica e tinha invadido o lobulo esquerdo do figado.

Em virtude d'esse estado, estava contra-indicada a extirpação e por isso limitou-se á anastomose (gastro-enterostomia).

Esta foi feita applicando um botão de Murphy e reforçando-a com dois planos de sutura feitos a sêda muito fina.

Não houve accidente algum digno de menção.

Nunca appareceu regurgitação de bilis nem dos contentos intestinaes.

O estado geral do individuo melhorou algum tanto depois da operação, mas, passados 15 dias, começou a decahir, fallecendo de cachexia côrca de trinta dias depois.

Não foi feita autopsia por a família se oppôr.

Proposições

ANATOMIA — A apophyse styloidêa é um ligamento ossificado.

PHYSIOLOGIA — A fome sexual é perfeitamente comparavel á fome nutritiva.

MATERIA MEDICA — Sobre o tratamento da peste bubonica sabemos tanto como os antigos.

PATHOLOGIA GERAL — Os cazamentos consanguineos nem sempre são obstáculo á selecção natural.

ANATOMIA PATHOLOGICA — As appendicites são sempre o resultado da transformação do canal appendicular n'uma cavidade fechada.

MEDICINA OPERATORIA — Em cirurgia abdominal, a gravidade da operação não está na razão directa da duração da intervenção.

PATHOLOGIA INTERNA — No tratamento da ulcera do estomago prefiro a intervenção cirurgica.

PATHOLOGIA EXTERNA — Na fôrma infiltrada do cancro do estomago, sem adherencias periestomacaeas, deve fazer-se a resecção total do orgão.

PARTOS — No tratamento da infecção puerperal dou preferencia ás irrigações intra-uterinas.

HYGIÈNE — Reprovo o uzo da vassoura nos hospitaes.

Visto.
R. Frias,
Presidente.

Imprima-se.
Dr. Souto,
Director interino.