

VII

DONAS BOTTO



Gastrites ===== ===== ulcerosas

: BREVES CONSIDERAÇÕES :

SEU TRATAMENTO MEDICO

173/8 FMP



PORTO — MCMXIX

GASTRITES ULCEROSAS

GASTRITES ULCEROSAS

Comp. e impr. na Typographia Peninsular
: : Rua dos Mercadores, 171—Porto : :

Abel d'Ascenção de Sousa Donas Botto

GASTRITES ULCEROSAS

: BREVES CONSIDERAÇÕES :

SEU TRATAMENTO MEDICO

Dissertação inaugural apresentada
á Faculdade de Medicina do Porto



JUNHO DE 1919

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR:

MAXIMIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LEMOS

PROFESSOR SECRETARIO

ALVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Augusto Henriques de Almeida Brandão	Anatomia pathológica.
Vaga	Clinica e policlinica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Ju- nior	Hygiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Pathologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Path. e therapeutica cirurgicas.
Luiz de Freitas Viegas	Dermatologia e syphiligraphia.
Vaga	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Maga- lhães.	Therapeutica geral. Hydrologia médica.
Antonio Joaquim de Souza Junior	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Thiago Augusto de Almeida	Clinica e policlinica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima	Anatomia descriptiva.
Jose de Oliveira Lima	Pharmacologia.
Alvaro Teixeira Bastos	Clinica e policlinica cirurgicas.
Antonio de Sousa Magalhães e Lemos	Psychiatria e Psychiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embryologia.
Antonio de Almeida Garrett.	Physiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Pathologia e therapeutica médicas.
Vaga	Clinica das doenças infecciosas.

Professores Jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas
na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art.º 155).

A meus extremos *P*aes

À saudosa memória de minha irmã

MARIA INNOCENCIA

A minhas irmãs

A meu irmão

A todos os meus parentes

Em especial a meus tios

D. Maria Benedicta

e

Adriano José de Souza

AOS MEUS CONDISCIPULOS E CONTEMPORANEOS

em especial

Dr. Annibal R. de Villas-Bôas Netto

Dr. Arnaldo A. da Lama Maia Mendes

Dr. Arthur Guilhermino de Carvalho

Dr. José Martins d'Alte.

AOS MEUS AMIGOS.

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE DE THESE

o Excellentissimo Senhor

Dr. Thiago Augusto de Almeida

DUAS PALAVRAS

Não é um trabalho consumado que vae lêr-se, mas sim um palido reflexo do que aprendemos, porque nos falta ainda essa grande mestra — a pratica, que ha-de posteriormente firmar em bases mais solidas a nossa vida clinica.

Fallar das difficuldades que embaraçam o espirito de quem hontem deixou os bancos da escola é trautear uma velha aria muito esfalfada já pelos que, pela vez primeira, se vêem obrigados, como prova final do curso médico, a apresentar, por escripto, um trabalho, que lhes dê entrada no templo de Esculapio.

Os que nos lêrem, pois, devem apenas encontrar, não a originalidade do assumpto que apresentamos á douta Faculdade de Medicina, mas a boa vontade de sermos uteis á sociedade.

«Breves considerações sobre Gastrites Ulcerosas e seu tratamento médico» é o thema

DUAS PALAVRAS

d'este modesto trabalho, que elaboramos serzindo da melhor maneira possivel os apontamentos colhidos na cadeira de 2.^a Clinica Médica com os conhecimentos adquiridos em varios auctores da vasta e complexa pathologia das doenças do estomago e que os arduos trabalhos d'essa grande convulsão mundial, que fez vingar o direito e a justiça nos campos gloriosos da Flandres, nos impediram durante 23 longos mezes, de dar mais cédo á publicidade.

*
* *

Não podemos deixar de cumprir, comtudo, e antes de iniciar o nosso estudo, um dever moral muito grato, affirmando o nosso profundo reconhecimento ao corpo docente da Faculdade

de Medicina, pelos ensinamentos que d'elle recebemos, e muito especialmente ao nosso illustre presidente da these, Snr. Dr. Thiago d'Almeida, pela amabilidade com que se dignou presidir a esta modesta dissertação e ainda pela maneira brilhante e sympathica com que soube, como professor exemplarissimo, captar a admiração e respeito dos seus discipulos.

Em vista do referido numero e manifestação

HISTORIA

Em vista do pequeno numero e insufficiencia das autopsias que se faziam nos tempos antigos, muitas doencas foram mal interpretadas como se nota, por exemplo, na confusão a que deu lugar a ulcera do estomago que variados auctores confundiam sob a designação da cardialgia, gastrodynia, melena e hematemese.

Galeno parece ter conhecido as ulcerações do estomago. Celse da-lhes já o tratamento seguinte: *adhibendi lenes et glutinosi cibi sed citra satietatem, omnia acria atque acida removenda; vino utendum, sede neque praefigido, neque nimis callido.*

Descrevem-se, mais tarde, ulcerações que occasionaram a morte, quer por perfuração do estomago, quer por uma gastrorrhagia abundante.

Gassius, em 1695, cita uma observação de perfuração estomacal com escoamento do con-

teudo gastrico no peritoneo. Littre, em 1704, refere-se a uma hemorragia estomacal e intestinal, rapidamente mortal.

Em 1805, Matthew Baillie, no seu *Traité d'anatomie pathologique*, consagra um capitulo especial ao estudo da ulcera do estomago.

Mas em 1824, no ultimo trabalho importante que procedera a apparição do *Atlas d'anatomie pathologique*, Abercrombie confundia entre si os signaes do cancro e da ulcera.

Cruveilhier, no seu *Atlas d'anatomie pathologique*, depois, em 1838, na *Revue medicale* e, em 1856, nos *Archives generales de medicine*, teve a honra de ter nitidamente differenciado a ulcera do cancro, de ter dado a primeira descripção completa tanto no ponto de vista clinico como anatomo-pathologico, de ter mostrado a sua curabilidade e precisado o seu tratamento e ter proposto uma pathogenia admittida ainda por muitos auctores.

Esta pathogenia é uma das partes mais difficéis e mais debatida da historia das ulceras. Desde Cruveilhier até aos nossos dias, os pathologistas, Virchow, Rikitansky, Pavy, Brinton, Galiard, Jaworski e Letulle teem-se occupado d'este assumpto sem comtudo o resolverem.

Emfim, nestes ultimos annos, depois dos trabalhos de Riegel, Von den Velden, Ewald, Boas, etc., procura-se sobretudo determinar a composição do succo gastrico nas ulcerações, o poder absorvente da mucosa, a motilidade da parede muscular, e faz-se por tirar de todas estas considerações alguns resultados importantes para o diagnostico.

I

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

As gastrites ulcerosas podem classificar-se, nos pontos de vista etiologico e pathogenico, em diversas categorias:

Ulcerações infecciosas.— A maior parte das doenças infecciosas podem gerar gastrites ulcerosas. Tem sido encontradas, nas doenças infecciosas agudas, as mais variadas: pyohemia de estaphylococcus (Widal e Meslay), erysipela da face, infecção puerperal (Widal), colera (Galliard), grippe, dothienenteria (Millard, Chauffard, etc), diphteria (Enriquez e Hallion), variola (Charcot), carbunculo, infecções das vias biliares (Maccaigne), esscarlatina (Nauwerck), e em especial, a pneumococcia (Claus, Dieulafoy, etc.) e a toxi-infecção de origem appendicular (Dieulafoy). Entre as doenças infecciosas chronicas, temos a tuberculose e a syphilis.

Em alguns casos, demonstra-se a existencia de germens pathogenicos ao nivel das lesões. Le-

tulle sobre as peças d'uma doente que morrera de febre tifoide e infecção puerperal e cujo estomago apresentava duas exulcerações hemorrhagicas talhadas a pique de volume dum grão de milho, descobriu nas veias trombosadas subjacentes ás ulcerações um numero consideravel de estreptococcus.

Emfim, os germens infecciosos parecem capazes de crear infarctus, erosões hemorrhagicas e ulcerações da mucosa gastrica, quer pelo effeito de seu desenvolvimento nos tecidos, quer por intermedio das toxinas que elles segregam.

Ulcerações de origem toxica. — Tem-se encontrado ulcerações toxicas consecutivas, quer á absorpção de acidos concentrados, alcalis causticos, ou de venenos diversos (arsenio, phosphoro mercurio, alcool, cantharida, fungos venenosos, etc.) quer a uma *auto-intoxicação*, e, n'este caso, essas ulceras resultam, da eliminação de substancias toxicas: é a este grupo que é necessario ligar as ulcerações gastricas da uremia (Treiz, Luton, etc.) e das queimaduras extensas.

A toxemia (diffusão nos humores e nos tecidos de todo o organismo de principios eminentemente nocivos para os elementos anatomicos),

qualquer que seja a sua origem, intoxicação verdadeira, toxi-infecção ou auto-intoxicação, é a causa de todas as variedades de ulcerações e produz a necrose dos tecidos, de que as escaras, erosões e ulcerações são a resultante.

Ulcerações traumáticas. — Não é raro vêr os doentes relacionar a existencia das ulcerações gastricas com um traumatismo anterior da região epigastrica. As observações de Potain, Rendu, Duplay, Richardière, as mais recentes de Krönlein, M. R. Stern, Dumény, J. Lavelle, Cettinger parecem demonstrativas. Na maioria dos casos, a affecção, que é favorecida pelo estado de repleção do órgão, succede a um choque violento do epigastro. Nos traumatismos internos, por corpos extranhos deglutidos, observam-se as ulcerações, sobretudo em creanças e alienados. As experiencias de Longuet mostram que a compressão conduz, em seguida a um augmento brusco de tensão interior do órgão, á distensão e á ruptura da mucosa: a lesão residia quasi sempre na pequena curvatura.

Ulcerações mechanicas. — As ulcerações mechanicas comprehendem todas as que estão ligadas a uma perturbação circulatoria.

A cirrhose do figado (Mathieu, Claude, Gou-

get), as doenças valvulares do coração, no período de *assystolia* (*Hautecoeur*), as doenças crónicas do aparelho circulatorio capazes de se reflectir sobre a pequena circulação e sobre o coração, complicam-se muitas vezes de ulcerações gástricas.

N'alguns exemplos de obliteração da veia porta que foram citados por *Frerichs*, *Millard*, *Ernous*, encontram-se egualmente ulcerações. *L. Müller* determinou, experimentalmente, extravasamentos sanguíneos e ulcerações em coelhos depois de ter laqueado a veia porta.

Tanto a experiencia como a observação clinica fizeram vêr que as erosões estomacaeas se desenvolvem frequentemente em seguida a certas lesões do *systema nervoso*. Em doctes mortos de hemorragia cerebral, *Charcot* notou a existencia de *ecchymoses gástricas*.

Ulcerações devidas a gastrites. — Certas ulcerações apparecem sem que seja possivel ligal-as a uma causa bem definida. Emfim, algumas parecem estar ligadas a gastrites agudas ou crónicas.

II

ANATOMIA PATHOLOGICA

As ulcerações apresentam-se sob a forma de erosões pontuadas ou folliculares, de ulcerações superficiaes, como a exulceratio simples de Dieulafoy, ou profundas como a ulcera de Cruveilhier.

Erosões pontuadas. — O nome de erosões pontuadas foi dado por Brinton a pequenas perdas de substancia da mucosa gastrica. São ulcerações arredondadas, do tamanho duma cabeça de alfinete, difficeis de reconhecer no momento da autopsia, ordinariamente muito numerosas, occupando uma grande extensão do estomago e localisando-se algumas vezes n'uma só região, junto do cardia ou mais frequentemente junto do pyloro. N'estas pequenas excavações, de bordos nitidamente limitados, infundibiliformes encontra-se frequentemente um pequeno coagulo escuro e pode observar-se uma delgada zona de infiltração sanguinea á volta. N'um corte, vê-se fa-

cilmente que a mucosa está destruída, retendo-se a perda de substancia ao nível da muscular sub-mucosa.

No modo de formação d'estas erosões os tratadistas divergem.

Cruveilhier distingue duas variedades: as erosões folliculares e as hemorrhagicas que correspondem a dois processos differentes. A erosão pode succeder á inflammação d'um folliculo lymphatico, aberto e esvasiado de qualquer maneira na cavidade gastrica. Na segunda variedade, a infiltração hemorrhagica é o primeiro estado da lesão.

Para Pillet, a mucosa gastrica infiltrada soffreria uma verdadeira mortificação e, sob a acção do succo gastrico, cavar-se-hia uma ulceração n'este ponto. Era a opinião confusa de Cruveilhier quando fallava das erosões hemorrhagicas.

Finalmente Hayem e Lion admittem um terceiro modo de formação. N'um bebedor de absintho constataram, na visinhança das erosões, zonas de tecido em via de necrose, transformadas n'uma substancia amorpha e apresentando alguns nucleos raros disseminados.

Ulcerações superficiaes. — Como já dis-

semos acima, podemos tomar como typo d'estas ulcerações a *excluração simples* de Dieulafoy.

Estas lesões de forma geralmente arredondadas, de dimensões variaveis, podendo desenvolver-se em qualquer região do estomago, são ora multiplas e superficiaes, dirigidas no sentido dos vasos, ora unicas e mais profundas, com bordos festonados, duros, salientes, lembrando o aspecto da ulcera simples, mas nunca a perda da substancia passa a mucosa. A's vezes, na visinhança ou á sua superficie, aparecem manchas vermelhas de origem ecchymotica e é possivel, no territorio ulcerado, distinguir a olho nú uma arteriola perforada.

A' volta da ulceração, as glandulas são distendidas por uma infiltração de cellulas lymphaticas, notando-se, ás vezes, suffusão sanguinea; as arteriolas sãs não apresentam nenhum processo de endarterite, nem mesmo ao nivel da arteriola aberta pelo processo ulceroso.

Os vasos estão intactos no principio da lesão. A thrombose que tem sido assignalada é bastante tardia e não é certamente esta que dá origem á ulceração.

Ulcerações profundas. — São ulcerações de marcha chronica com pouca tendencia á cica-

trisação, apresentando com as ulcerações superficiaes, relações ainda mal definidas, e que tem como typo a *ulcera simples*.

A *ulcera simples* é ordinariamente unica, mas não é excepcional encontrar duas, mais raramente trez, quatro e mais. Brinton, em 463 observações, notou 97 casos de ulceras multiplas ou seja um quinto egualmente. Encontra-se então geralmente, ao lado das ulceras em evolução, ulceras cicatrisadas.

A *ulcera* é habitualmente de forma arredondada, d'onde o nome que lhe tinha dado Cruveilhier. Mas pode-se encontrar tambem ulcerações de formas as mais variadas, ovaes ou alongadas, etc.

A séde da *ulcera* é sobretudo nas visinhanças da região pylorica e pequena curvatura. E' difficil dar numeros exactos; os auctores alargam mais ou menos os limites da região pylorica. Segundo Soupault, a *ulcera* occuparia a visinhança do pyloro em 76 por cento dos casos.

O diametro destas ulcerações é em geral de um ou dois centimetros. As ulceras chronicas podem tomar dimensões muito mais consideraveis, podendo attingir 5 ou 6 centimetros e

mesmo têm se visto certas ulceras cobrir toda a face posterior do estomago.

Quando a ulcera é recente, os seus bordos formados pela mucosa em apparencia sã, são nitidos e como que cortados em *emporte-piece*; algumas vezes, a mucosa está inflammada, amollecida e tumefacta. Nas antigas, os bordos são espessos e formam um bordalete duro, cujo aspecto lembra o de certos tumores epitheliaes.

No principio, a lesão só interessa a mucosa; mais tarde ganha a profundidade, attingindo successivamente a camada sub-mucosa, a muscular e mesmo os órgãos visinhos, com os quaes o estomago contrahe adherencias. A perda de substancia apresenta a forma d'um funil que é attribuida ao modo de ramificação dos vasos, nas paredes do estomago.

As paredes d'estas ulceras profundas são algumas vezes talhadas a pique, mas a maior parte são dispostas em pequenos degraus mais ou menos nitidos, isto é, a perda de substancia da camada sub-mucosa é menor do que a da mucosa, a da muscular menor do que a da sub-mucosa.

As paredes e o fundo da ulceração são ordinariamente pallidas, nitidas, bem limpas, dei-

xando reconhecer facilmente as tunicas que as formam, e não é raro, nos casos em que a morte foi causada por uma hemorragia abundante, perceber no fundo da ulcera a arteriola cuja ulceração conduziu á terminação fatal.

Outras vezes, a perda de substancia é recoberta d'um induto polposo, cinzento, tecido em via de destruição, quer esta necrose seja de vida aos progressos da ulceração durante vida ou a um phenomeno de digestão *post mortem*.

A profundidade das ulceras do estomago é muito variavel e não está em relação com o seu diametro: umas são pequenas e muito profundas, outras largas e superficiaes.

Quando a lesão tem destruido successivamente a mucosa, a sub-mucosa, a muscular e chega ao peritoneo, a serosa inflamma-se, espessa-se, une-se á superficie peritoneal com a qual está em contacto e que por sua vez se inflamma, resultando entre as duas superficies peritoniaes uma adherencia mais ou menos espessa e solidã.

Estas adherencias observam-se em 40 % dos casos, e a sua séde varia em relação com a séde mais habitual da ulcera. E' assim que, nos tres quartos dos casos o estomago contrahe adherencias com pancreas que se encontra

unido á face posterior ou á pequena curvatura; menos frequentemente, o figado adhire á pequena curvatura ou ao pyloro, excepcionalmente o baço ou o mesenterio ao grande fundo do sacco.

Ao nivel da ulcera, a parede estomacal está infiltrada de leucocytos ou cellulas arredondadas penetrando entre os tubos glandulares, os capilares estão thrombosados e as arteriolas apresentam lesões de endarterite vegetante, ás vezes obliterante. A mucosa gastrica apresenta lesões de gastrita hyperpeptica, caracterisada pelo augmento de numero, volume e aspecto granuloso das cellulas de revestimento das glandulas gastricas. N'alguns casos, estas lesões glandulares são generalisadas á totalidade da mucosa gastrica; tem-se, tambem, assignalado, a distancia, na sua espessura, focos de infiltração intersticial.

Ao nível das cicatrizes, as glandulas estão hypertrophiadas e enroladas; esta lesão irritativa epithelial pode dar origem á formação d'um cancro.

III

SYMPTOMATOLOGIA

As gastrites ulcerosas apresentam-se muitas vezes na clinica com uma symptomatologia das mais caracteriscas, mas a maior parte das vezes incompleta ou attenuada de modo que um exame attento de cada signal é necessario para afirmar a sua existencia. No ponto de vista clinico, as ulcerações gastricas apresentam ordinariamente dois periodos: o primeiro a que chamaremos dyspeptico, o segundo que confirma a doença pela apparição de symptomas caracteristicos.

Periodo dyspeptico

Durante semanas, mezes, e algumas vezes annos o doente parece ser um simples dyspeptico; experimenta principalmente, depois das refeições, um certo mal estar, uma sensação vaga de peso, de plenitude estomacal, conservando quasi sempre o appetite, até á apparição da dôr.

Mais tarde, estes symptomas, de vagos que eram, tornam-se mais definidos; as dôres vivas já bastante localisadas no epigastro, sobreveem momentos depois das refeições, seguidas algumas vezes de nauseas, vomitos aquosos ou alimentares que em breve se tornam frequentes. O doente anemia-se, dorme mal, está cada vez mais nervoso e irritavel; o appetite, comtudo, é conservado, não ha elevação de temperatura, a lingua está bôa. Em presença d'uma tal symptomatologia, mais grave que a d'uma simples dyspepsia, não poderemos fazer um diagnostico preciso senão quando a triade symptomatica domina o quadro clinico das ulcerações: a dôr, o vomito, a hematemese. A ordem de apparição d'estes trez grandes symptomas é variavel e cada um d'elles pode sobrevir primeiro e ficar só durante um tempo mais ou menos longo; mas cedo ou tarde, chegam a coexistir.

Periodo de estado

Algumas vezes o desenvolvimento das ulcerações, como já dissemos, é insidioso; outras vezes, no meio d'uma saude em apparencia perfeita, so-

brevem uma hematemese grave, sufficiente para conduzir á syncope ou mesmo á morte.

Emfim, é no decorrer de perturbações dyspepticas muito pronunciadas, de uma gastrite chronica de forma hyperpeptica, que apparecem os principaes symptomas das ulcerações que passaremos a estudar.

Dôr. — A dôr é o symptoma mais frequente que quasi nunca falta; Brinton affirma que nunca a viu faltar completamente n'este periodo.

Nos primeiros tempos, é uma simples sensação de peso, de constricção na região epigástrica; «os alimentos não passam, reteem-se ahí» dizem os doentes, passando a mão sobre toda a parte superior do abdomen, e mais especialmente na região epigástrica. Pouco a pouco, a sensação de constricção vae-se accentuando cada vez mais, transforma-se n'uma sensação de queimadura atróz, e os doentes, na sua linguagem, dizem que lhes parece ter um vesicatorio no estomago, um cão a roê-lo, ou a sensação d'um ferro em brasa, ou d'um serrote como dizia o doente da obs. I. Outras vezes, é uma dôr viva, rapida, que comparam a uma picada, a um golpe de espada; mais ainda, são dôres violentas, crises atrozmente agudas, que vão até ao desfalle-

cimento, ou á syncope e deixam muitas vezes no seu intervallo a sensação tão penosa de queimadura interna.

A dôr, qualquer que seja a sua intensidade, é geralmente intermittente e tem sempre como character commum : a sua apparição ou o seu exa-gero no momento das refeições. Sobrevem algumas vezes, immediatamente depois da ingestão alimentar, outras vezes um quarto d' hora, meia hora, uma hora, três e quatro horas depois (Cruveilhier).

Será possível que exista uma relação entre o seu apparecimento precoce ou tardio e a séde da lesão? E' possível, segundo affirmam varios auctores que a dôr sobrevenha depois do começo da refeição se a ulcera está situada perto do cardia; um quarto d' hora ou meia hora mais tarde, se reside na pequena curvatura; uma a duas horas, nas ulceras da região pylorica.

A dôr surda e contusiva a principio é habitualmente mais aguda, attingindo a maxima intensidade no momento em que a digestão está em plena actividade para diminuir em seguida a esta.

O paroxysmo doloroso, muito variavel, dura em media uma hora e meia a duas horas, po-

dendo persistir até á refeição seguinte; emfim, tornar-se continua com o progresso da doença e extensão das ulcerações. Entretanto, se sobrevem um vomito, é habitual ver cessar brusca-mente a dôr desde o momento que o conteúdo gastrico seja evacuado.

A dôr manifesta-se ao mesmo tempo ou alter-nativamente em dois pontos diametralmente op-ostos, no epigastro e na região dorsal.

No epigastro, circumscreve-se habitualmente sobre a linha media, immediatamente abaixo da extremidade do appendice xyphoideo, n'uma re-gião muito limitada, de extensão de metade da palma da mão, (*ponto epigastrico ou xyphoideo*) podendo localisar-se mais ou menos nos hypo-condrios, ou em baixo junto do umbigo, princi-palmente na mulher, talvez por causa da dispo-sição especial do deslocamento de cima para baixo que imprime ao estomago o uso do espar-tilho. Estas variações estão ás vezes em relação com a séde da ulcera, sem que haja nada de absoluto (Brinton).

O *ponto espinhal ou rachidiano*, assinalado e descripto por Cruveilhier, é quasi tão cons-tante, mas um pouco mais tardio na sua apari-ção que o ponto epigastrico. Segundo Brinton,

occupa o espaço comprehendido entre a apophyse espinhosa da oitava vertebra dorsal e a segunda lombar; umas vezes, esta dôr desce um pouco mais abaixo, na região lombar, outras, um pouco mais acima na região inter-escapular, ou então afasta-se da linha mediana e localisa-se n'uma das espaldas. A predominancia do ponto dorsal seria o indicio d'uma ulcera da parede posterior ou da pequena curvatura. A sensação experimentada pelos doentes é comparada por elles á d'um espêto ou d'uma espada que os atravessasse de lado a lado (dôr ou espêto).

Habitualmente localisada n'estes pontos, a dôr irradia ás vezes a distancia junto dos espaços intercostaes, diaphragma, hypocondrios, umbigo, espaldas e mesmo braços e ante-braços. Estas irradiações são provocadas ora por perigastrite, ora por propagação da ulcera aos órgãos visinhos.

Eisenlorh teve occasião de fazer a autopsia d'uma doente attingida de ulcera de estomago, que experimentava nevralgias extremamente violentas sobre o trajecto do oitavo, nono e decimo nervos intercostaes esquerdos. Encontrou na parede anterior do estomago uma perda de substancia de oito centimetros quadrados, cheia em

parte pelas extremidades da oitava e nona costellas gastas e descalcificadas. Os nervos correspondentes estavam interessados pelo processo ulcerativo: são para fóra do dominio da ulcera, eram o seu nivel a séde d'uma degeneração avançada da myéline que se mostrava sob a forma de blocos fusiformes e detritos granuloses.

As observações clinicas e as autopsias teem mostrado a relação que existe entre a séde da ulcera e as localizações da dôr. A dôr umbilical corresponde ordinariamente a uma ulcera da grande curvatura; a do hypocondrio e da espadua esquerda indicam uma ulcera do cardia ou da região visinha; a do hypocondrio direito e da espadua do mesmo lado, uma ulcera da região pylorica. Quando a lesão está situada sobre a pequena curvatura, a dôr está localisada no epigastro e no ponto correspondente do rachís.

A pressão n'um ponto limitado do epigastro, mesmo bastante superficial, desperta muitas vezes uma dôr viva, e os doentes instinctivamente levam as mãos ao epigastro para proteger a parte doente contra o traumatismo. A exploração da semiotica gastrica deve ser feita com a maior circumspecção e doçura para evitar a exacerbção da dôr e algumas vezes accidentes

graves, como a hematemese e a perfuração. Certos doentes não podem supportar a constrição dos vestuários ou mesmo o simples contacto d'estes.

Os movimentos do tronco, os exercicios violentos, longos e fatigantes tornam-se muito penosos, enquanto que o repouso leva a acalmia.

A attitude do corpo exerce, ás vezes, uma influencia sobre o grau da dôr, no ponto em que esta é despertada por uma mudança de posição e muitas vezes acalmada por uma attitude especial que cada doente chega a encontrar e que, segundo os casos, é o decubito dorsal, abdominal e lateral, ou a posição semi-deitado. É provavel que estas differentes attitudes evitem até a certo ponto o contacto do conteudo estomacal com a região ulcerada

A ingestão de alimentos augmenta os soffrimentos do doente. Certos alimentos parecem ter uma influencia desfavoravel: as iguarias grosseiras, as especiarias ou os acidos e, segundo Brinton, as bebidas quentes, teem uma acção deploravel; ao contrario, os alimentos de facil digestão, o leite, os ovos são melhor tolerados; outras vezes a ingestão de alimentos produz acalmia.

Emfim, as emoções moraes vivas ou depri-

mentos, as infrações do regimen, a menstruação são susceptíveis de provocar exacerbações dolorosas.

Vomito. — O vomito é, depois da dôr o symptoma mais frequente das ulcerações gastricas. Sobrevem depois das refeições em plena digestão, ou uma, duas ou trez horas depois, e são em geral puramente alimentares no inicio. O vomito pode ser brusco, sem nauseas, sem esforço algum e d'uma só vez esvasiar completamente o estomago, cessando completamente a dôr. O doente fica tranquillo até á refeição seguinte. E' abundante, composto de materias alimentares mais ou menos transformadas e liquidos de secreção, quando a ulcera reside na visinhança do pyloro, provocando uma estenose mechanica ou espasmodica d'este orificio. Tem alem d'isso uma acidez pronunciada, provocando ao passar pelo esophago e bocca uma sensação de queimadura e embotamento dos dentes.

Os vomitos alimentares constituem um symptoma inquietante porque compromettem a nutrição do doente, que, já esgotado pela dôr, não tarda a empallidecer, a anemiar-se, emagrecer, emfim a apresentar todos os signaes de inanição.

Além dos vomitos alimentares, podem pro-

duzir-se vomitos liquidos, constituídos por um liquido claro, ligeiramente filante, acido, proveniente das secreções gastricas acidas mais ou menos abundantes, sobrevindo geralmente de manhã.

Os vomitos podem ser substituídos por simples nauseas ou regorgitações mais ou menos copiosas.

Os movimentos, a fadiga, as attitudes, as refeições abundantes, as emoções moraes vivas tem uma influencia manifesta sobre o vomito, como tem sobre a dôr.

Hematemese.— A hematemese é o symptoma mais importante para o diagnostico da ulcera.

A frequencia das gastrorrhagias é diversamente apreciada pelos differentes auctores: segundo Lebert seria de 80% dos casos, de 50% somente, segundo Soupault, e 33% para Debove.

A hemorrhagia sobrevem ordinariamente alguns instantes depois d'uma refeição, em seguida a um excesso alimentar, na occasião d'um traumatismo, d'um movimento violento e, algumas vezes, sem causa apreciavel. A congestão das paredes do estomago, a sua distenção e a acção muito activa do succo gastrico no momento

da digestão são, de modo verosimil, as causas occasionaes que as produzem.

Os caracteres da hematemese são extremamente variaveis, conforme a quantidade de sangue derramado.

A hematemese pode ser muito abundante annunciando-se os signaes de hemorrhagia interna por: pallidez da face, resfriamento das extremidades, suores frios, zumbidos, fraqueza e rapidez do pulso, vertigens lypothymias, raramente syncope e sensação de calor e de tensão epigastriça. O doente vomita uma quantidade de sangue variavel, desde algumas centenas de grammas até um litro e mesmo mais. O sangue lançado é ora liquido e vermelho vivo, rutilante como nas grandes hemoptyses, ora, em parte, coagulado e negro, ou emfim misturado a alimentos mais ou menos digeridos. Em certos casos, os mesmos symptomas sobreveem bruscammente, sem que se produza a hematemese, mas á tarde mesmo, ou no dia seguinte sobreveem duas ou trez evacuações diarrheicas com aspecto de alcatrão ou de chocolate diluido, caracteristicas de melena abundante.

O doente, se não succumbe em seguida á hemorrhagia, fica pallido, muito debilitado e anc-

miado ; pode-se revelar esta crise, mas na maioria dos casos, é levado em alguns dias por uma segunda ou terceira hemorragia tão abundante como a primeira.

As consequencias das gastrorrhagias são evidentemente variaveis segundo a importancia do vaso ulcerado. Os pequenos vasos sub-mucosos, os vasos musculares e sub-serosos, os grossos troncos da coronaria estomachica, da gastro-epiloica, da esplenica podem ser a séde da hemorragia.

A hematemese pode ser fulminante ; n'este caso, o doente empallidece, perde o conhecimento, cahe e morre vomitando algumas golfadas de sangue puro. Muitas vezes a terminação fatal é a consequencia d'uma gastrorrhagia de longa duração ou de gastrorrhagias repetidas de que a ultima é mortal.

Se a gastrorrhagia é fraca e se produz n'um estomago bastante tolerante, não se traduz senão pela melena ; o sangue é digerido, misturado aos alimentos, passa com elles no intestino, d'onde não tarda a ser evacuado, sob a forma d'um liquido viscoso, castanho escuro, que lembra o alcatrão pelo aspecto e consistencia e que ora recobre simplesmente as materias fecaes duras e

moldadas, ora constitue por si só toda a evacuação.

Em certos casos a hematemese ou a melena são a custo apreciáveis, sendo necessario para revelar, quer nos vomitos, quer nas fezes, a presença d'uma pequena quantidade de sangue, o exame microscopico e, melhor ainda, o das reações chimicas muito sensiveis, como a reação de Weber. Esta constatação tem o seu valor, pois basta, no curso d'uma dyspepsia dolorosa, para estabelecer o diagnostico da ulceração.

Symptomas secundarios.—Ao lado d'estes trez grandes symptomas, dôr, vomito, hematemese, que, reunidos, não deixam nenhuma duvida sobre o diagnostico, a ulcera apresenta ordinariamente um certo numero de outros, d'uma importancia muito menor sob o ponto de vista do diagnostico, mas algumas vezes tão importunos, tão penosos por causa da sua chronicidade: são perturbações digestivas, geraes e nervosas.

As perturbações do aparelho digestivo são pouco notadas no inicio, mas na maior parte dos casos de ulcera são precedidas durante um tempo mais ou menos longo por um estado de dispepsia hyperesthenica com hyperch-

lorhydria ou hypersecreção que se vae aggravando com a evolução da doença. A lingua normal, o appetite é conservado ou mesmo exaggerado, mas comtudo os doentes restringem a alimentação, não por inappetencia, mas por receio de reavivar as suas dores, ou mesmo simplesmente de acalmar o peso epigastrico, o balouço do ventre, os retornos acidos, o torpôr intellectual que acompanham as digestões. Mais tarde, n'um ulceroso que soffre, as perturbações dyspepticas accentuam-se: secura da bocca, sede excessiva, estado saburral da lingua, inappetencia, insonias, pituita ao levantar e regorgitações agras ou acidas e constipação que algumas vezes alterna com diarrheia. Uma ligeira dilatação do estomago é um symptoma constante de ulcera; ouve-se o ruido de *clapotage* e, se se introduz uma sonda esophagica mais de sete horas depois da refeição, retira-se uma certa quantidade de liquido claro, filante, muito acido, contendo raras vezes destroços alimentares. O exame chimico mostra que este liquido tem a composição do succo gastrico com uma tensão normal, muitas vezes exaggerada em acido chlorhydrico.

Numerosas pesquisas foram já feitas sobre o

chimismo estomacal na ulcera, mas, como o foram com auxilio de processos insufficientes (dosagem da acidez e pesquisa do H Cl pelos reagentes corantes), pode dizer-se que os resultados obtidos não tem todo o valor desejavel.

Todavia, a maior parte dos auctores (*Van den Velden, Riegel, Ewald, Korczynski*) concordam em admittir que, na extrema maioria dos casos, se encontra hyperchlorhydria. Differentes clinicos tem citado um numero bastante restricto de observações com hypoacidez e mesmo alguns tem constatado a ausencia das reacções corantes de H Cl. E' assim que já á hypersecreção continua chlorhydrica ou hyperchlorhydrica e ao catarro acido se tem querido dar um papel tão importante na pathogenia da ulcera.

O catheterismo do estomago deve ser praticado com prudencia e é mesmo contra-indicado na occasião das gastrorrhagias.

As *perturbações geraes* ou symptomas geraes são muito variaveis. Quando a ulcera não põe obstaculo á progressão dos alimentos e a triade symptomatica não é violenta, o estado geral não é muito attingido. Quando as crises de vomitos e hematemeses se repetem durante algum tempo, observa-se um certo grau de emmagrecimento e

de anemia, caracterisada pelos seus symptomas habituaes: fraqueza geral, dyspnêa ao menor esforço, descoloração dos tegumentos e mucosas, sopros extra-cardiacos, etc.

Nas raparigas, a ulcera simples acompanha-se frequentemente de amenorrhœa. Esta atenua-se, segundo Brinton, e acaba por desaparecer á medida que as doentes avançam em idade, mesmo se a cura não sobreveio.

Esta anemia pode aggravar-se e transformar-se n'uma verdadeira cachexia, sobretudo, segundo Brinton, nos individuos de 45 annos e principalmente nas mulheres. «A cachexia, diz elle, que acompanha a ulcera em outras epochas da vida, parece ter exactamente o mesmo valor que o estado chlorotico que tem logar nas raparigas.»

A febre é excepcional, e quando existe, é indicio d'uma complicação: suppuração perigástrica, infecção intestinal muitas vezes ainda de tuberculose pulmonar.

As *perturbações nervosas* nestes doentes variam em graus diversos; uns são simplesmente irritaveis, moveis, instaveis nas suas impressões e nos seus sentimentos; outros, mais preoccupados com o seu estado, melancolicos, hypocondria-

cos ; alguns são verdadeiros neurasthenicos, com grandes cephalalgias, dôr sagrada, insomnias, inaptidão para o trabalho, etc.; outros, emfim, apresentam todos os estigmas da hysteria.

Formas clinicas. — As gastrites ulcerosas podem apresentar o quadro completo da sua symptomatologia ou manifestar-se pela predominancia de tal ou tal symptoma. Assim, ao lado da forma completa ou comum, poder-se-hão descrever formas incompletas ou frustes.

1.º — *Formas completas.* — O que caracteriza estas formas é a associação dos trez grandes symptomas : dôres, vomitos, gastrorrhagias.

2.º — *Formas incompletas.* — Compreendem as formas : dyspeptica simples, gastralgica, ou dolorosa, vomitiva, estenosica, anemica e tumular.

A *forma dyspeptica* não se manifesta por nenhum symptoma particular da ulcera ; limita-se a algumas perturbações dyspepticas, que é necessario suspeitar, se recordarmos o syndroma hyperchlorhydria ou hypersecreção.

A *forma gastralgica*, caracterisada pela predominancia dos phenomenos dolorosos, é sobretudo frequente nas mulheres chloroticas e nervosas.

A *forma vomitiva* pode observar-se em circumstancias clinicas muito differentes: ora se trata duma ulcera em plena actividade e os vomitos não são senão a expressão da intolerancia gastrica da mucosa muito hyperesthesiada, ora, ao contrario, a ulcera está curada e os vomitos são symptomaticos d'uma sequencia d'esta: cicatrizes, deformações, adherencias, e principalmente, estenose cicatricial do pyloro,

A *forma hemorrhagica* apresenta-se sob dois aspectos differentes: ora se trata d'uma gastrorrhagia aguda abundante, ás vezes mortal, apparecendo como symptoma inicial e exclusivo da ulcera, ora, pelo contrario, de pequenas hemorrhagias repetidas que provocam com o tempo uma anemia muito accentuada, que pode lembrar o quadro clinico da anemia perniciosa, posta em evidencia pela reacção de *Weber* systematicamente procurada nas materias fecaes.

Forma estenosica. — As formas de ulcera com estenose do pyloro são mais frequentes e podem dar origem a manifestações clinicas variaveis, conforme o aperto é mais ou menos cerrado; contudo a ulcera pode ainda arrastar á deformação de estomago em ampulheta com estenose me-

dio-gastrica. E' pouco frequente a coexistencia das duas complicações.

A *forma anemica* comprehende a forma anemica propriamente dita, traduzida por hemorragias abundantissimas e a forma destructiva ou hemolytica, caracterisada por uma hemolyse infecciosa, constatada pela febre, no momento das *poussées* de anemia, e pela existencia de leucocytose ligeira. As hemorragias são pequenissimas n'esta forma hemolytica e não explicam a existencia da anemia.

A *forma com tumor*. — N'uma grande maioria dos casos (28 casos sobre 96, Marion), as adherencias perigastricas dão á palpação a sensação d'um verdadeiro tumor que pode fazer suppôr um neoplasma.

Complicações. — As complicações da ulcera são numerosas e quasi todas graves; podem resultar, quer do exaggero d'um dos symptomas habituaes, quer da adjunção d'uma doença nova, produzida pela propria evolução da lesão estomacal. Comprehendem a peritonite por propagação ou perfuração, a communicação do estomago com os orgãos visinhos, a anemia e a cachexia, as infecções secundarias e a degenerescencia cancerosa.

A *peritonite por propagação* ou plastica é uma perigastrite. Pode dizer-se que constitue uma verdadeira complicação, quando adquire grande desenvolvimento e forma um tumor muitas vezes sensível á palpação, adherente aos órgãos visinhos, ou mesmo ás costellas e á parede abdominal, acarretando phenomenos dolorosos, ás vezes violentissimos. Emfim pode ainda conduzir á producção de bridas ou adherencias que perturbem a evacuação do estomago.

Peritonite por perfuração. — A perfuração, que se produz em 13 % dos casos, segundo Brinton, e sómente 3 ou 5 %, segundo Lebert, é cêrca de duas vezes mais frequente na mulher que no homem. Pode produzir-se em todas as edades da vida; teem-se citado observaões em creanças de oito a nove annos e velhos de oitenta e mesmo oitenta e dois annos. D'uma maneira geral, pode dizer-se que os individuos atingidos de ulcera de estomago estão tanto mais expostos á perfuração quanto mais novos são; Brinton, que assignalou este facto, collocou-a em opposição com a frequencia maior de ulcera nos individuos de idade avançada. Na grande maioria dos casos a perfuração da ulcera é mais fre-

quente na parede anterior do estomago, conforme o mostra a estatistica de Brinton.

Sobre 100 casos de ulcera residindo em varios pontos, a perfuração produzia-se :

Na face posterior, duas vezes.

No sacco pylorico, dez.

No meio do orgão, treze.

Na pequena curvatura, dezoito.

Ná face anterior e posterior, vinte e oito.

Na extremidade cardiaca, quarenta.

Na face anterior, oitenta e cinco.

Seria cincoenta vezes mais frequente na face anterior do que na face posterior.

A explicação da frequencia maior da perfuração na face anterior, mais movel, está na falta de producção de adherencias entre o fundo da ulcera e as paredes visinhas. E, de facto, é em geral depois das refeições que sobrevem a perfuração, porque a distenção mechanica do estomago não só favorece a perfuração mas impede a formação de adherencias que liguem esta face á parede abdominal.

A perfuração sobrevem bruscamente, sem causa occasional, ou depois d'uma reteição copiosa, durante os esforços dos vomitos, defecação, tosse, ou ainda na occasião d'um traumatismo

abdominal. Pode produzir-se tanto nas ulceras recentes como antigas.

O resultado immediato da perfuração é a peritonite resultante da communicação das duas cavidades e, por conseguinte, a sahida d'uma parte ou totalidade do conteudo estomacal para a cavidade peritoneal.

A peritonite por perfuração pode ser generalisada ou localisada.

Peritonite generalisada. — Esta forma mata em algumas horas ou em poucos dias. Os symptomas são ordinariamente muito dramaticos: o doente é tomado subitamente d'uma dôr sobreaguda, atroz, maxima, no epigastro ou na parte superior do abdomen; tem uma sensação de rasgadura interna (punhalada de Dieulafoy). É tomado ao mesmo tempo d'uma angustia extrema; rapidamente o facies se torna pallido, gripado, a respiração torna-se offegante, um suor frio invade as extremidades que se resfriam; o pulso pequeno, filiforme, extremamente rapido; tendencia á syncope. Os vomitos e soluços faltam com frequencia; tem entretanto sido observados n'alguns casos (Hayem).

A dôr, primitivamente localisada, diffunde-se pouco a pouco por todo o abdomen, depois so-

breveem rapidamente phenomenos de colapsus, caracterisados pela acceleração e pequenez do pulso, alteraçãõ profunda das feições, resfriamento das extremidades; a temperatura eleva-se a 40, 41°, o abdomen incha, distendido pelos gazes, é extremamente doloroso á pressãõ, e torna-se a séde d'uma sensibilidade muito viva.

Os vomitos, tão frequentes nas peritonites agudas, faltam quasi sempre, por causa da vaquidade do estomago, cujo conteudo se espalhou no peritoneo; a este signal, junta-se a diminuição ou desaparição da massicez hepatica, resultante do derramamento gazoso intra-peritoneal, constituindo mesmo o factor mais importante do diagnostico da peritonite por perfuração. O quadro clinico da peritonite generalisada accentua-se cada vez mais e o doente morre em colapsus em 12, 24, 36 ou 48 horas.

Esta peritonite por perfuração distingue-se das agudas pela ausencia ordinaria de vomitos, diminuição de massicez hepatica; distingue-se ainda pela intensidade no inicio, rapidez da sua evolução e algumas vezes por um signal que foi notado por alguns auctores: ao beber, o doente sente nitidamente, no inicio, pelo menos, o liquido sahir do estomago e derramar-se na cavidade

peritoneal. N'um doente morto de ulcera perforante, G. Hayem observou vomitos abundantes: a perfuração residia perto do cardia.

Segundo o Dr. Tuffier, os vomitos estariam longe de ser raros; notou-os em mais de um terço dos casos (15 vezes em 36).

M. M. Augé, Brocq, Lafargue observaram trez casos de ulceras latentes do estomago em combatentes da actual guerra que terminaram por complicações mortaes. Dois d'estes casos terminaram bruscamente pela perfuração e peritonite generalizada; o terceiro doente apresentou uma volumosa collecção perigastrica supurada que foi aberta e morreu dois mezes depois.

Peritonite localisada. — Produz-se quando a perigastrite plastica tem precedido a perfuração e assim tem limitado os seus effeitos. N'estas circumstancias, quasi sempre se trata de ulceras reconhecidas, depois d'um tempo mais ou menos longo; a difficuldade do diagnostico não se leva pois sobre a affecção causal, mas sobre a complicação. A peritonite localisada arrasta inevitavelmente á formação d'um foco purulento. Este occupa uma séde variavel em relação com a localisação da ulcera sobre o estomago; desenvolve-se ora para deante e vem fazer saliencia

debaixo da pelle, ora para cima e para traz e ganha a face inferior do diaphragma. Quando está profundamente situado não dá, ás vezes, origem senão a symptomas muito obscuros: dôr ao nivel da lesão, febre, emmagrecimento, tosse, sem que nenhum signal objectivo seja revelavel e venha esclarecer o diagnostico. N'outros casos, pelo contrario, distende a base do peito, curva do lado da cavidade pleural, e, segundo contem liquido ou liquido e gazes, suscita ora a pleuresia ora o pyopneumothorax.

Uma das variedades mais frequentes e interessantes é representada pelo *pyopneumothorax sub-phrenico* (Leyden), abcesso gazoso sub-diaphragmatico (Debove e Remond).

Desenvolvendo-se muitas vezes á direita, é limitado pelo diaphragma em cima, pela face anterior do figado, estomago e colon, reunidos por falsas membranas, em baixo e á esquerda. A existencia anormal n'esta região d'uma quantidade mais ou menos consideravel de liquido, misturada a gazes sob pressão, reproduz todos os signaes physicos do pyopneumothorax. O diagnostico desta complicação é muito delicado, de modo que só a punção permite firma-lo quando o escoamento do pus se produz em condições inver-

sas á do pyopneumothorax; isto é, quando o pus provém da caixa thoraxica, o escoamento diminue de velocidade na inspiração para augmentar durante a expiração e augmenta de velocidade durante a inspiração e diminue na expiração, se a collecção está situada abaixo do diphragma (Pfühl e Jaffé).

O abcesso sub-phrenico e as outras supurações perigastricas terminam geralmente pela morte, ora lenta em consequencia dos progressos da cachexia, ora rapida, como resultado d'accidentes pyohemicos, thrombose infecciosa, ou abertura na cavidade peritoneal. A' intervenção cirurgica praticada em bôa occasião, quando o diagnostico é feito a tempo, pode dar egualmente bons resultados.

Comunicação do estomago com os órgãos visinhos. — O resultado da evolução de certas peritonites enkistadas é a comunicação do estomago com o exterior ou com órgãos visinhos que pode produzir-se ainda pelos progressos do processo ulcerativo.

As fistulas gastro-cutaneas são raras. Kronheimer pôde reunir 59 exemplos (a sua estatistica comprehende 74 gastro-cutaneas, das quaes 59 eram d'origem ulcerosa e 15 d'origem cancerosa.

As fistulas gastro-intestinaes estabelecem-se por um ou outro d'estes processos. Fazem-se entre o estomago e o duodeno ou outra parte do intestino delgado, frequentemente entre o estomago e o colon. Alem d'isso provoca muitas vezes lienteria e o doente succumbe pela inanição.

A abertura pode ter ainda logar quer na pleura e determinar uma pleuresia purulenta ou um pyopneumothorax, quer no pulmão e bronchios e conduzir á formação d'uma gangrena pulmonar ou d'uma fistula bronchica. O medico militar Pirronneau, relata um caso de ulcerações gastricas multiplas tendo evoluido d'uma maneira insidiosa até ao momento em que uma d'ellas, encontrando-se na visinhança do cardia, se abriu subitamente. O conteudo gastrico derramou-se directamente na pleura esquerda pelo orificio esophagico do diaphragma. A autopsia não mostrou nem abcesso sub-phrenico, nem perfuração diaphragmatica.

Raras vezes, o pericardio é perfurado por intermedio d'um fóco peritonitico enkistado (Cerenville) ou mesmo pelos progressos do processo ulcerativo (*Guttman, Moisard*).

Emfim tem-se visto, excepcionalmente (*Chiari, Oser, Brenner. Magee Finny*) uma ulcera perfu-

rante pôr em comunicação o estomago com o coração.

Anemia e cachexia. — As hemorragias gastricas repetidas, unidas ás diferentes causas de desnutrição, levam a um grau de anemia intensa tal que, pelo aspecto exterior e caracteres do sangue, lembra a anemia perniciosa progressiva. Factos identicos foram relatados por *Zalm e Rosenheim*.

Os vomitos frequentes, a estenose pylorica, as perturbações da digestão e as insomnias arrastam, com o tempo, a uma cachexia que é necessario distinguir da anemia post-hemorrhagica.

O syndroma cachetico (emagrecimento extremo, perda de forças, edemas das pernas, etc.) traduz formas severas da ulcera e torna o diagnostico differencial com o cancro quasi impossivel de estabelecer.

Infecções secundárias. — Pelo depauperamento geral que provoca, a ulcera favorece a germinação e a evolução da tuberculose pulmonar que é a causa da morte em 20 % dos casos, segundo Brinton.

Além de que as ulcerações gastricas em contacto com o conteúdo gastrico, constituem uma porta de entrada permanente ás infecções septi-

cas: também a *phlegmatica alba dolens*, a endocardite ulcerosa e a septicemia não são excepcionaes.

Cancerisação. — Resta-nos fallar sobre a producção ou formação d'um cancro quer sobre a cicatriz, quer sobre o fundo e bordos da ulcera. A degenerescencia cancerosa pode sobrevir n'um momento qualquer da evolução da ulcera e mesmo muitos annos depois da cicatrisação apparente. No decorrer do longo periodo que caracteriza a ulcera chónica, com alternativas de aggravação e melhoramento, ás vezes mesmo de remissão completa, ou ainda depois d'um tempo mais ou menos prolongado de cura em apparencia, vê-se a inappetencia, as dores, os vomitos, o emagrecimento e as perdas de forças installarem-se progressivamente para persistir até final.

O tratamento é inefficaz; accentua-se a côr amarella palha, pronuncia-se a cachexia. Muitas vezes sente-se na região pylorica um tumor que não existia anteriormente, constata-se o seu augmento nitido de volume d'uma exploração á seguinte.

Em 160 casos de cancro Dittrich encontrou oito vezes esta lesão n'uma ulcera cicatrizada,

Lebert dá uma proporção mais elevada: para elle, o cancro succederia a uma ulcera nove vezes p. c. *Haeberlin* diz que a existencia d'uma ulcera simples anterior ao cancro pode ser demonstrada d'uma maneira certa, trez, quatro vezes p. c. com um certo grau de certeza, 3 % emfim com verosimilhança. *Rosenheim* pensa que, em 8 % dos doentes por elle observados em dois annos, o cancro se desenvolve na ulcera.

Hausser encontra a explicação d'esta etiologia, relativamente frequente, do cancro na constituição da cicatriz das ulceras. As pesquisas histologicas mostraram-lhe que ao centro da cicatriz se encontravam numerosos tubos dispostos quer parallelamente, quer obliquamente, quer perpendicularmente em relação á superficie epithelial do estomago; estes tubos, todos sem orificio, ora tinham o calibre normal d'um conducto glandular, ora eram dilatados e transformados em pequenos kystos; eram tapetados por epithelio cylindrico. Tratava-se de neoformações adenoides desenvolvidas sob a influencia do processo inflammatorio que acompanha a cicatrização da ulcera; seria, segundo *Hauser*, o primeiro estado da degeneração cancerosa.

Para *Strenon*, os bordos da ulcera são sem-

pre a séde d'uma hypergenese glandular, cujo ponto de partida é a irritação inflammatoria do epithelio das glandulas da mucosa. Esta hypergenese glandular seria uma das causas do phagedonismo da ulcera e constituiria um terreno favoravel á producção do cancro.

Rosenheim considera tambem os conductos glandulares como sendo o ponto de partida do cancro; o cancro resultaria da proliferação atypica dos epithelios glandulares que se produz no decorrer da cicatrisação.

Com differenças, sobre o papel da hypergenese glandular na evolução do cancro, os auctores parecem pois concordar em ligar a esta irritação glandular e á proliferação atypica dos epithelios, um papel importante na pathogenia do cancro.

De todas estas explicações fica assente que, em cem casos de cancro, cinco a oito são secundarios a uma ulcera.

IV

MARCHA, DURAÇÃO, TERMINAÇÃO E PROGNOSTICO

A ulcera é uma affecção essencialmente chronica, cuja marcha e duração não podem ser precisas. A sua *marcha* é das mais variaveis; ora evoluem rapidamente para merecer o nome de *ulceras de marcha aguda* ou ainda *sub-aguda*, isto é, que em alguns mezes ou mesmo em algumas semanas; o quadro clinico se desenvolve na totalidade e termina por um accidente grave, gastrorrhagia profusa ou perfuração, ora lentamente para constituir as formas de marcha lenta, quer dizer, que evoluem durante um periodo bastante longo, cinco, dez, quinze ou mesmo trinta annos, passando por series longas de remissões. Uma das características d'esta forma é apresentar phases prolongadas de melhoramento que deixam a illusão d'umá cura du-

ravel, até que um dia uma perfuração, uma hemorragia ou outra qualquer complicação vem denunciar o proseguimento d'um processo que não estava completamente extinto. Na realidade, a data do inicio poucas vezes é fixada, pois que certas ulceras, curadas ou não, não são reconhecidas senão á autopsia, e outras parecem succeder a phenomenos dyspepticos e sobretudo a uma hyperchlorhydria de longa duração, cujos symptomas se confundem com os da ulcera.

A ulcera termina com uma frequencia quasi egual pela cura ou pela morte.

Quando a cura se produz, os symptomas diminuem pouco a pouco de intensidade, os vomitos são menos frequentes, menos copiosos e não tardam a reduzir-se a simples regorgitações acidadas que desapparecem tambem por sua vez; as hemorragias são as primeiras a cessar; quanto á dôr, attenua-se pouco a pouco e não apparece mais, d'uma maneira regular, depois das refeições, mas persiste durante muito tempo, sob a forma de sensação de peso no epigastro, acompanhando-se de abahulamento do ventre, de todos os signaes emfim d'uma dyspepsia nervomotoria.

Uma ulcera methodicamente tratada e que

depois de muitos mezes não se traduz por nenhum symptoma, pode suppôr-se curada; mas frizemos que é impossivel affirmar a cura e portanto sômos obrigados a vigiar os doentes, para intervir ao menor signal inquietante, para lhe aconselhar um regimen conveniente durante largos annos ainda. Tem-se tanta mais probabilidade da cura absoluta quanto mais recente fôr a ulcera e o tratamento fôr mais rapido e mais regularmente seguido.

A morte é muito frequentemente o resultado da inanição. Pode sobrevir bruscamente pelo facto d'uma hemorragia fulminante, d'uma perfuração, ou lentamente em seguida a suppurações prolongadas, desnutrição progressiva na forma estenosica, degenerescencia cancerosa, d'uma infecção secundária, sobretudo a tuberculose.

O quadro seguinte, organizado por *Brinton*, permittirá tomar em conta a frequencia das diversas terminações da ulcera :

Cura.	50 %
Perfuração e peritonite.	13 »
Hematemese fulminante	5 »
Tuberculose pulmonar	20 »
Inanição	5 »
Doenças intercorrentes e complicações raras	7 »

O prognostico deve ser necessariamente reservado em todas as doenças que arrastam repentinamente á morte, comtudo, a curabilidade d'um grande numero de ulceras torna-o menos sombrio desde o momento que a funcção pylo-rica não esteja compromettida.

DIAGNOSTICO

O diagnostico das gastrites ulcerosas, na maioria dos casos, é facil: a dôr, o vomito e a hematemese são, caracteristicos quando coexistem. Mas um d'estes trez grandes symptomas pode faltar, ou existir só, ter uma importancia secundaria ou um papel preponderante; resultando d'ahi uma grande variedade de formas em presença das quaes o médico sentirá embaraço com a falta de elementos sufficientes de diagnostico.

Cada um d'estes signaes existe n'um grande numero de affecções, mas na ulcera apresenta caracteres particulares de que o conhecimento exacto será util em muitas circumstancias; as mais pequenas minucias teem importancia nos casos difficeis. Nem a dôr, nem os vomitos, nem

as gastorrhagias teem caracteres pathognomonicos, e nenhum d'estes symptomas, se existe só, é sufficiente para fazer o diagnostico; de maneira que isto obriga-nos a fazer o diagnostico differencial d'esta doença com o cancro, com certas formas frustes e com as hemorrhagias que acompanham as doenças do figado, etc,

Diagnostico differencial

Cancro — O cancro possui os mesmos symptomas cardiaes que a ulcera: dores, vomitos e hematemeses. Antes do emprego dos processos chimicos, o diagnostico das duas doenças apresentava difficuldades enormes; comtudo, as differenças clinicas são ordinariamente taes que o diagnostico é facil.

Asthenia. — O individuo portador d'uma gastrite ulcerosa pode trabalhar, emquanto que o canceroso se fatiga. O primeiro recupera as forças com o regimen, ao contrario do que succede com o canceroso.

A *anemia* do canceroso é uma anemia de cachexia, persistente, dando-lhe o aspecto terroso. Nos ulcerativos, é uma anemia por perda de sangue nunca chegando a ter o aspecto do cance-

roso. A anemia da ulcera caracteriza-se muitas vezes pela presença de sopros cardio-vasculares em tudo semelhantes aos da chlorose, emquanto que na anemia cancerosa estes sopros faltam geralmente. A hematimetria revela, na metade dos casos de cancro do estomago, uma leucocytose mais ou menos pronunciada, emquanto que na ulcera só se nota este augmento quando existem lesões de perigastrite plastica ou suppurada. Segundo *Schneyer* a leucocytose digestiva persistia na ulcera e seria abolida no cancro. Esta leucocytose foi descripta pela primeira vez por dois alumnos de *G. Hayem*, *Duperié* e *Cadet*. Segundo as suas pesquisas, o augmento do numero de globulos brancos no curso da digestão seria cerca de 6 a 10 %; e é sobretudo notada 5 a 6 horas depois das refeições. Este augmento muito fraco não pode, segundo *G. Hayem*, servir de base para caracterisar um estado pathologico.

A *insomnia* é frequente nos cancerosos, independente das dores, o que não succede nas ulcerações gastricas.

A *idade* do doente tem certa importancia. A ulcera é mais frequente dos 20 aos 40 annos. Todavia, o cancro pode ser precoce e a ulcera tardia.

A *influencia do sexo* tem valor. O cancro é um pouco mais frequente no homem, a ulcera é notavelmente mais frequente na mulher.

Os *edemas* dos membros inferiores, que se encontram no cancro não existem na ulcera.

A *duração* no cancro, é inferior á da ulcera. Em geral, podemos dizer como Gerhardt, que toda á affecção estomacal que dura mais de trez annos deve ser, se não se acompanha d'um tumor apreciavel, considerada como uma ulcera, ainda que tenha causado uma desnutrição consideravel.

O *appetite* é bom na ulcera, a lingua é vermelha, secca. No cancro, as perturbações dyspepticas são muito pronunciadas: a lingua está suja, a bocca pastosa, o appetite nullo ou muito diminuido.

As *dores* na ulcera apparecem, em crises, geralmente na occasião das refeições; são vivas, lanciantes, terebrantes, extremamente violentas, irradiando para a dorso, umbigo, espaduas e são accalmadas quando o estomago se esvasia, quer pelo vomito, quer normalmente no intestino; são provocadas ainda pelos movimentos e certas posições tomadas pelo doente. No cancro a dôr é continua, com alguns paroxysmos que não se

produzem nem em seguida ás refeições nem na ocasião d'um movimento; é surda e muitas vezes augmentada pela pressão n'um ponto limitado e sempre o mesmo.

Os *vomitos* alimentares, produzindo-se em seguida a uma refeição e conduzindo a uma sedação brusca, dos phenomenos dolorosos, são caracteristicos da ulcera. São proprios do cancro os vomitos que sobreveem de manhã, sob a forma de pituitas, ao despertar, ou a outra qualquer hora do dia, não arrastando, ainda que coincidam com as refeições, a diminuição da dôr.

A *gastrorrhagia* da ulcera é brusca, abundante a maior parte das vezes; o doente vomita sangue vermelho, algumas vezes coagulado, mais ou menos digerido, com aspecto de borra de café; a hematemese terminada, o doente fica pallido, anemiado, mas restabelece-se rapidamente d'este abalo violento. A hematemese do cancro é pouco abundante; repete-se muitas vezes; o sangue conserva-se muito tempo no estomago, altera-se e toma o aspecto de fuligem diluida, o doente anemia-se, cachectisa-se cada vez mais.

Quanto ao *succo gastrico*. — A presença em quantidade normal ou exaggerada de acido

chlorhydrico é um signal a favor da ulcera. Tem-se, durante um certo tempo, ligado a esta constatação um valor diagnostico consideravel, um valor pathognomonicos mesmo. Mas o absoluto não existe; as observações teem mostrado ulceras com hyperchlorhydria e cancro com chlorhydria normal ou mesmo exaggerada e lembremos, a proposito, os cancos enxertados nas ulceras. É verdade que em caso de hesitação, a hypochlorhydria fará inclinar para o cancro, enquanto que uma chlorhydria normal, e sobretudo uma hyperchlorhydria, será em favor da ulcera.

Em geral, podemos dizer com *Gerhardt*, que toda a affecção estomacal que durou mais de trez annos deve ser, se não se acompanha d'um tumor appreciavel, considerada como ulcera e não como cancro, mesmo que seja acompanhada d'uma desnutrição consideravel.

Infelizmente, acontece que o cancro se enxerta na ulcera e que depois de apresentar todos os signaes d'esta, que curou algumas vezes, o doente morre d'um cancro que foi considerado, durante um tempo mais ou menos longo, como uma recahida ou recidiva da ulcera.

A presença de *acido lactico*, é um signal ao

qual *Boas* attribue um grande valor de diagnostico; todavia não é pathognomônico porque a estase e a ausencia de acido chlorhydrico livre são condições as mais habituaes; encontram-se particularmente realisadas no cancro, mas existem em outras affecções.

O *indice antitriptico* elevado por si só não basta para diagnosticar o cancro, é preciso que se associe a outros elementos de ordem clinica, porque se encontra em varias doenças: gravidez, syphilis, lesões para-syphiliticas, doenças mentaes, arthritismo, rheumatismo, albuminuria, tuberculose, pneumonia, febre typhoide, septicemia, doença de *Basedow*, nephritis, kistos hydatricos suppurados, uremia, leucemia e anemia perniciosa. Deve-se entender por indice ou poder antitriptico a propriedade que o soro sanguineo possui de obstar, ou melhor, de se oppôr á digestão da albumina pelos fermentos.

A producção de *adenopathias* a distancia no cancro e a sua ausencia na ulcera que appareciam ordinariamente no fim da doença, mas algumas vezes seis mezes ou um anno mais cêdo, observam-se em cerca de metade dos casos; residiam sobretudo no cavado supra clavicular esquerdo (*ganglio de Troisier*), mas podem exis-

tir. tambem no cavado supra-clavicular direito, nas virilhas e axillas os ganglios são pequenos, indolentes e d'uma grande dureza.

Formas frustes. — As formas frustes ou incompletas da ulcera são ás vezes d'um diagnostico impossivel, tal é a forma dyspeptica que, segundo os casos, se ligará quer a uma perturbação funcional, quer a uma gastrite.

A *forma dyspeptica simples* é forçosamente confundida com a gastrite chronica do typho hyperpeptico, emquanto que a hematemese não apparece.

A *forma dolorosa* pode dar logar a erros os mais variados. Os accessos gastralgicos poderão ser tomados por uma colica hepatica ou nephretica ou ainda uma simples perturbação do estomago. As grandes crises gastricas poderão ser confundidas com as crises tabeticas que se acompanham de hematemeses (Hayem); a ulcera pode além d'isso existir n'um tabetico (Mathieu).

A *forma vomitiva* poderá ser confundida com um envenenamento ou com a hysteria: os vomitos toxicos cessam rapidamente ao fim de alguns dias, pelo contrario, os vomitos hystericos reproduzem-se ordinariamente durante muito tempo sem provocar emmagrecimento accentuado; so-

breveem sem esforço e sem dôr. Todavia, os hystericos podem apresentar, fóra como no momento do periodo menstrual, gastrorrhagias muitas vezes acompanhadas de phenomenos gastralgicos, a norexia e vomitos que lembram o quadro clinico das gastrites ulcerosas.

A hysteria, todavia como o fazem notar Debove e Renault não exclue as outras doenças, e, se se encontra ás vezes n'um doente estigmas hystericos e todos os signaes d'uma ulcera, não é necessario empenhar-se de fazer d'estes ultimos uma manifestação da nevrose.

A coexistencia da ulcera e da hysteria não é além d'isso rara (Gilles de Tourette).

A *forma hemorrhagica* pode dar logar á confusão com a abertura no estomago d'um aneurisma abdominal, em casos de hematemese fulminante, ou com as rupturas varicosas que se observam na cirrhose atrophica.

Mas geralmente o diagnostico do aneurisma ou da cirrhose pode ser estabelecido antes da aparição da hemorrhagia.

Em casos de hemorrhagias graves repentinas, pondo a vida do doente em perigo em algumas horas, e na ausencia de todo o symptoma anterior ou actual da ulcera, o diagnostico entre es-

tas e a exulceratio simplex de Dieulafoy será completamente impossível.

O diagnostico da ulcera com a gastrite hyperchlorhydrica simples é frequentes vezes d'uma grande difficuldade. A hyperchlorhydria simples ou a hypersecreção traduz-se por dôres sobre vindo trez ou quatro horas depois das refeições, como as da ulcera visinha do pyloro. Os vomitos frêquentes e a exploração gastrica mostram uma sensibilidade tão exaggerada como nas ulcerações. Em caso de hypersecreção com estase (doença de Reichmann, gastrosuccorrhea), os vomitos terminam a crise dolorosa ; ha, de manhã, em jejum liquido no estomago, e, na ausencia d'uma hematemese ou de adherencias perigastricas reveladas pela palpação, o diagnostico torna-se absolutamente impossível. Para certos auctores (Soupault), a doença de Reichmann seria quasi sempre causada por uma ulcera da região pylorica ou justapylorica.

Diagnosticó da séde. — Não é sem interesse procurar precisar clinicamente a séde da ulcera; não que a therapeutica immediata deva tirar indicações precisas, mas porque o prognostico depende d'isso, n'uma certa medida pelo menos.

As ulcerações podem existir não só sobre a

parede do estomago, mas ainda sobre a parte inferior do esophago ou do duodeno, quer dizer, sobre as mucosas que podem, em certas condições, encontrar-se em contacto com o succo gastrico.

A *ulcera do esophago* é confundida durante um largo periodo com a *ulcera do estomago* e a sua séde não é reconhecida durante o periodo d'actividade; comtudo, em certos casos, uma dôr viva sobrevindo no fim da deglutição, residindo bastante acima, atraz do esterno, permittirá pensar que se trata d'uma *ulcera do esophago* ou do *cardia*. Reconhece-se melhor, no periodo de cicatrisação, pelos phenomenos de *estenose esophagica* que produz.

A *ulcera do duodeno*, mais frequente no homem do que na mulher, é caracterisada por uma dôr, apparecendo duas ou tres horas depois das refeições e residindo no *hypocondrio direito*, para fóra do musculo grande recto, irradiando junto do abdomen ou da *espadua*, mais raramente junto da *columna vertebral*. Os vomitos são relativamente raros; o *symptoma cardial* da *ulcera do duodeno* é a *melena*, que sobrevem bruscamente com ou sem *hematemese*.

Na *ulcera do estomago*, tem-se attribuido ao

momento de aparição da dôr, depois da ingestão dos alimentos, á influencia da posição do corpo sobre a sua producção, á sede da dôr espontanea ou á pressão, como já vimos quando tratamos da symptomatologia, uma certa importancia para o diagnostico da sua localisação. São, comtudo, dados muitas vezes falliveis.

VI

TRATAMENTO

Seguiremos por nos parecer mais justa e com maior utilidade na pratica a divisão do tratamento medico das gastrites ulcerosas, apresentada no anno lectivo 1915-1916, ao curso de 2.^a Clinica Medica pelo illustre professor snr. Dr. Thiago d'Almeida. Abrange, como muito bem o indicou quatro indicações principaes:

- 1.^a—*Repouso completo do doente.*
- 2.^a—*Repouso possivel do estomago.*
- 3.^a—*Estado geral do doente.*
- 4.^a—*Symptomas predominantes.*

Repouso completo do doente.—O primeiro cuidado a prestar ao doente será pô-lo em repouso, no leito, tão absoluto quanto possivel, sobretudo se apresenta gastrorrhagias, evitando os movimentos inuteis, as fadigas provocadas pelas visitas, etc. A posição que o doente deve

tomar no leito está em relação com a intensidade da dôr e com a localização da lesão.

Repouso possível do estomago. — O ideal, nas doenças d'este genero, seria evidentemente poder obter o repouso absoluto do estomago, suspendendo, durante um certo tempo, a alimentação estomacal. Mas sabe-se, comtudo, quanto é insufficiente a alimentação que se procura por outras vias. Não proporemos, como o fizeram certos auctores, a supressão momentanea de toda a alimentação pelo estomago, substituindo-a pela unica alimentação rectal.

Williams que preconisou o tratamento das ulcerações gastricas por clysteres nutritivos, pretendeu que os seus doentes se encontraram muito bem e que, depois d'um tempo muito curto, a dôr, as hemorrhagias, os vomitos tendo cessado, puderam retomar por via boccal o leite primeiramente, os outros alimentos liquidos em seguida e finalmente o regimen ordinario. Esta therapeutica não foi completamente abandonada se bem que não seja muito empregada.

Recentemente, Doukin aconselhou este methodo no caso de ulceras rebeldes; mantem os seus doentes no leito, em repouso absoluto, e suprime a alimentação por via boccal. De duas

em duas horas, ou algumas vezes de seis em seis horas, faz administrar um clyster evacuator, seguido d'outro nutritivo, composto de:

Leite — cento e cincoenta grammas.

Gêmmas — uma ou duas.

Peptona — quinze grammas.

Landano de Sydenham — V gottas.

Prolonga-se esta dieta absoluta durante dez a dezenove dias e faz-se retomar a alimentação, continuando com os clysteres, depois, sómente a alimentação boccal. A cura, diz elle, sobrevem do decimo quinto ao trigessimo dia.

Tacke convenceu-se de tal maneira da utilidade, da necessidade d'este tratamento, que, para obter d'uma maneira mais segura a suppressão da alimentação pela bocca, dá aos seus doentes trez vezes por dia cincoenta centigrammas de calomelanos até á producção duma intensa estomatite mercurial que os põe na impossibilidade de mastigar e de deglutir. Este processo de dieta absoluta arrasta forçosamente a um emmagrecimento rapido e consideravel, de maneira que não deve ser utilizado senão quando o regimen lacteo frustrar. Pode-se, comtudo tornar este methodo menos penoso passando desde o segundo ou terceiro dia da dieta absoluta á dieta hydrica.

Auctorisa-se primeiro 50 a 60 grammas de agua tepida de 3 em 3 horas, depois augmentam-se ou approximam-se as doses, se são bem supportadas, e, para diminuir as consequencias da inanición, junta-se-lhe 100 grammas de assucar por dia.

Emfim, utilisam-se largamente as injeções sub-cutaneas ou intra-venosas de soro glycosado de 2 a 5 ‰ que permitem levar ao organismo uma parte do calor, da agua e do chloreto de sodio que lhes faltam.

O emprego do regimen lacteo dá ao estomago um repouso relativo; a digestão do leite no estomago sollicita contracções menos energicas e secreções menos activas; a acidez d'estas ultimas é além d'isso attenuada pela alcalinidade do liquido alimentar. O leite é além d'isso o alimento mais facil de digerir, mais rico em principios reparadores, e a sua acção topica é o menos irritante possivel.

O leite é pois para o doente attingido de ulcerações gastricas o meio do tratamento por excellencia e serve ao mesmo tempo de remedio e alimento.

Em que condições e de que maneira deve ser empregado ?

Nos periodos agudos da doença, o regimen lacteo será prescripto da maneira mais absoluta; será exclusivo.

A alimentação exclusivamente lactea inspira muitas vezes ao doente uma repulsão instinctiva que torna difficil a applicação rigorosa do tratamento. Como é indispensavel e será mesmo necessario continual-a certo tempo, usar-se-ha de precauções e procurar-se-ha assegurar a tolerancia.

E' raro que, com certas precauções e pela maneira de administrar o leite, não se chegue a fazel-o tolerar.

Em geral é necessario começar por pequenas quantidades, dadas em intervallos eguaes e sufficientemente espaçados. Prescreve-se ordinariamente o leite de bôa qualidade ou de origem segura, frio e não fervido. E' o que os doentes desgutam menos. O leite esterilizado que offerecia, em certos pontos de vista, mais segurança, cedo inspira uma grande repugnancia. Um copo ordinario de leite, de 125 grammas approximadamente de 3 em 3 horas é a quantidade de que convem desde o inicio do tratamento; depois, augmentam-se e approximam-se progressivamente as doses á medida que as me-

horas se accentuam. A ração alimentar quotidiana deve ser, em geral, trez ou quatro litros de leite.

E' notavel vêr com que rapidez o uso exclusivo do leite faz cessar a revolta do estomago, acalma as dôres epigastricas e dá uma sensação de bem estar que contrasta com as angustias experimentadas pelo doente emquanto era submetido a um outro genero de alimentação. A duração do regimen lacteo e indeterminada como o é a dos accidentes a combater.

Sob a influencia d'este regimen, a dôr desaparece ou diminue consideravelmente dia a dia; os vomitos cessam, o doente vae melhorando e cedo pede de comer, devendo ceder-se sómente ao seu desejo, começando pelos alimentos de mais facil digestão e que menos prejudiquem o estomago, quando todos os symptomas teem desaparecido.

O tratamento dietetico das ulcerações do estomago deve ser regulado de preferencia segundo o methodo aconselhado por *Leube* nas quatro especies de regimens seguintes que nos poderão servir de guia :

Primeiro regimen — Leite, caldos, extracto de carne e ovos.

Segundo regimen — Sopas mucilaginosas, arroz, farinha d'aveia, miolos de vitela, vitela, frango e pombo.

Terceiro regimen — Carne crua picada, purée de batata e como bebidas chá ou café fraco.

Quarto regimen — Cabrito, perdiz, rostbeef; rim, vitela assada, macarrão e caldo de arroz.

Nunca se deverá passar ao regimen seguinte sem que os alimentos do precedente sejam bem tolerados.

Emfim, quando a cura se suppozér completa, é necessario, durante muitos mezes e mesmo annos, vigiar attentamente a hygiene alimentar. Deve-se desconfiar dos longos periodos de acalmia, seguidos de recahida ou recidiva, e mesmo é extremamente difficil affirmar se a ulcera está ou não cicatrizada. Recommendar-se-ha, pois, aos doentes, evitar os excessos de mesa e particularmente os das bebidas alcoolicas que devem ser formalmente proscriptas. Seria bom que os doentes renunciassem para sempre o uso das bebidas alcoolicas e se contentassem com o leite, agua ou chá ligeiro; mas o sacrificio é tal que difficilmente se resignarão e o medico só por acaso será attendido, sendo comtudo do seu dever prevenil-os dos accidentes que podem evitar

seguindo uma hygiene apropriada e aos quaes estão sempre expostos, em caso contrario. Repetiremos novamente que devem ser proscriptos o vinho, a cerveja, o alcool sob todas as formas; estas bebidas augmentam rapidamente a dyspepsia, arrastam a fermentações organicas e á estase dos alimentos.

Estado geral do doente. — Nos gastríticos encontram-se todos os graus de anemia, desde a mais ligeira á mais grave. Observam-se sómente nas ulceras chronicas as anemias graves, as perniciosas progressivas caracterisadas por edemas, derrames nas serosas e hemorragias retinianas.

Devemos evitar toda a medicação activa; o ferro e o arsenio teem sobre o estomago uma acção irritante que determina a exacerbação dos phenomenos dolorosos e o exagero da hyperpepsia; comtudo, se ao fim d'um periodo bastante longo o doente não retomar as forças, poder-se-ha recorrer a esta medicação por pequenas doses.

Pode combater-se a anemia sem prejudicar o estomago, administrando o cacodylato de sodio em injecções sub-cutaneas ou em clysteres.

As duches, principalmente quentes, são uteis, no tratamento das doenças do estomago não can-

cerosas e nas manifestações neurasthenicas que podem persistir nos predispostos, depois da cura da ulcera.

Para assegurar o restabelecimento completo dos doentes é necessario recorrer, por ultimo, aos meios hygienicos: permanencia no campo ou na montanha, banhos de mar, fricções seccas quotidianas, etc.

Consegue-se, emfim, por estes meios levantar e sustentar o estado geral dos doentes.

Symptomas predominantes. — Já vimos os efeitos maravilhosos do leite no tratamento das gastrites ulcerosas e que dependem de muitas causas: em primeiro logar, de não conter nenhuma substancia susceptivel de irritar a superficie da ulcera ou da mucosa; da curta permanencia no estomago e da extrema digestibilidade, que excita ao minimo a secreção do succo gastrico; da reacção alcalina que neutralisa uma parte do acido chlorhydrico do succo gastrico, cuja acção não se pode exercer sobre as partes doentes.

A utilidade dos alcalinos, devida ás acções neutralisante e correctiva, é posta em duvida pelos physiologistas. « Devemos, diz *Paul Bert*, indicar d'uma maneira especial a acção excitante

dos alcalinos sobre a secreção gastrica. *Blandlot* e *Claude Bernard*, que a tem constatado, fizeram notar em que erro cahem os médicos que dão agua alcalina para saturar os acidos do estomago. Sem duvida, ha em parte saturação, mas a presença dos alcalis, por pequena que seja em excesso, tem por consequencia uma nova secreção acida ». Entretanto, M. Ch. Richet, em 1878, reconhecia « que se os liquidos estomacaes, em parte neutralizados pelas aguas alcalinas, tendem a retomar a sua acidez normal, a acidez consecutiva é notavelmente mais fraca que a anterior ».

Pouco nos importa que o uso dos alcalinos active ou diminua a secreção do succo ; devemos neutralisar todo o succo gastrico, qualquer que seja a quantidade e a composição, neutralisal-o no ponto de vista chimico e physiologico, impedil-o de actuar sobre os albuminoides.

Se se mantiver a reacção alcalina do estomago, enquanto que os alimentos permanecem n'este orgão, não são digeridos, o succo gastrico não terá nenhuma acção sobre elles, mas não exercerá mais a sua acção sobre a ulcera. Os alimentos passarão indigeridos ao intestino, quer dizer nas condições as mais favoraveis á digestão intestinal ; esta digestão só fornecerá

os materiaes necessarios para a reparação dos tecidos.

Basta, pois, dar os alcalinos em alta dose e em doses fraccionadas, de maneira a saturar a totalidade do succo gastrico e á medida da sua secreção.

As doses dos alcalinos, a empregar, estão em relação com a função do pyloro e serão tanto mais pequenas quanto mais estenosado este estiver, porque podem ficar em excesso e irritar a mucosa gastrica.

O sub-nitrato de bismutho em pequenas doses tem sobre os phenomenos dolorosos um effeito calmante quasi certo, utilizando-se sómente o penso bismuthado nos casos rebeldes. As emulsões de bismutho foram ensaiadas na ulcera por *Fleiner* sob as indicações de seu mestre *Kusmaul*. Eis como se procede : 15 a 20 grammas de sub-nitrato de bismutho, são diluidos em 100 grammas d'agua, e o leite assim obtido é introduzido com a sonda ou, quando o emprego de esta é contra-indicado, engulido pelo doente. Quando se tem diagnosticado a séde, far-se-ha collocar o doente n'uma posição tal que o medicamento venha formar uma camada á sua superficie.

O nitrato de prata tem ás vezes tambem uma acção favoravel que parece ser devida em parte á neutralisação do acido chlorhydrico e á formação de chloreto de prata. Na ulcera, *W. F. Wade* dá-o sob a forma de pilulas, *Fleming* e *Rosenheim* sob a forma de solução.

É preferivel em lavagens nos doentes que podem ser tubados e convem sobretudo nos que são attingidos de velhas ulceras que não sangram. Fazem-se series de 10 a 12 lavagens com uma solução de 50 centigrammas a 1 gramma por 1000. Obteem-se effeitos calmantes e diminuição do succo gastrico.

Nas retenções gastricas devidas a atonia e á estenose pylorica, as lavagens regulares com a sonda, nos pacientes que podem ser tubados, impedem a accumulção consideravel de alimentos, desembaraçam pelo menos temporariamente os doentes de quantidades consideraveis de succo gastrico rico em acido chlorhydrico. O uso da sonda permite que se leve ao estomago substancias medicamentosas adstringentes taes como : o nitrato de prata e perchloreto de ferro em solução a 10 ‰. Os beneficios das lavagens fazem-se sentir depressa e d'uma maneira bastante nitida para que dentro em pouco os doentes se encar-

reguem de desembaraçar por moto proprio o seu estomago do conteúdo que os turtura.

Não ha, exceptuando o regimen lacteo e a medicação alcalina, medicação especial applicavel ao tratamento das gastrites ulcerosas. «Quanto aos medicamentos propriamente ditos, dizia *Cruveilhier*, tenho-os como muito secundarios no tratamento da ulcera de estomago». Os symptomas d'esta doença necessitam ordinariamente, tanto por causa da sua importancia como da sua gravidade, uma intervenção therapeutica. Taes são os que se observam no inicio e no primeiro periodo da doença: as hematemeses, os vomitos e as crises dolorosas epigastricas. D'ahi medicações particulares que vamos successivamente estudar.

Hematemeses — Não fallaremos das hemorragias fulminantes, contra as quaes o medico não tem em geral tempo para intervir e se encontra sempre completamente desarmado, mas d'aquellas pelas quaes se revela muitas vezes a presença da ulcera do estomago e que teem uma extrema abundancia e se repetem com frequencia mais ou menos consideravel, pelo menos nos primeiros tempos. Os meios proprios para as combater são os que conveem em todas as he-

morrhagias d'este genero: repouso no leito em decubido dorsal, immobilidade a mais completa e revulsivos nas extremidades; gelo dado internamente em pequenos fragmentos e externamente applicado no epigastro; pequenas quantidades de leite gelado, por doses extremamente fraccionadas, quer puro, quer adicionado d'um pouco d'aguas alcalinas; e, se se quizer administrar um medicamento, a titulo de adjuvante, aconselharemos de preferencia o extracto d'opio na dose de 5 a 10 centigrammas por dia.

A maior parte dos hemostaticos aconselhados são d'uma efficacia bastante duvidosa: agua de Rabel, agua de Pagliari, extracto de ratanhia, chloreto de calcio, gelatina, hypophisina, chlorhydrato de emetina, adrenalina, ergotina e perchloreto de ferro. Deixamos para ultimo logar o perchloreto de ferro, que foi posto de parte durante algum tempo, por ser o hemostatico mais aconselhado, quer por não determinar irritação alguma pela sua acção topica, quer porque, graças ao ligeiro coagulo que se produz, protege a ulcera assim como as partes subjacentes contra irritações ulteriores e lhe permite a cicatrisação da solução de continuidade produzida.

A melhor maneira de administrar o perchlo-

reto de ferro, além da já indicada acima, é prescrevel-o simplesmente em agua assucarada (agua assucarada 125 gr. — soluto de perchloreto de ferro a 30° — XXX gottas).

Outr'ora a ergotina tomou, como agente hemostatico no tratamento das hemorragias estomacaeas, o lugar do perchloreto de ferro, pelas suas propriedades physiologicas e therapeuticas pela facilidade do seu emprego, quer se administre no interior ou se prescreva em injeções hypodermicas.

Vomitos. — Ordinariamente, os vomitos desapparecem com a dôr de que são a consequencia. São o resultado da irritação produzida á superficie da parte doente, e pela sua frequencia e persistencia podem impedir a alimentação e conduzir a um estado cachetico tanto mais difficil de combater quanto a intolerancia gastrica tirar a possibilidade de reparação por um regimen e tratamento appropriados.

Como para as hematemeses, o gelo, as bebidas gazosas geladas, alguns grogs ligeiros egualmente frios, a agua de cal e agua chloroformada, são supportadas e serão os meios aos quaes se deverá recorrer para combater os vomitos. As bebidas geladas não bastam no caso

de vomitos persistentes ; é necessario então juntar certos remedios que exerçam sobre o estomago uma acção sedativa, taes como: o opio, a belladona, a cocaina, etc.

O opio presta serviços n'alguns casos, n'outros não dá senão effeitos de tal maneira mediores que *Cruveilhier* o condena por ser mal tolerado e de provocar mesmo os vomitos. Pelo contrario, a morphina associada ao sulfato de atropina, em injecções hypodermicas, tem sido o remedio mais seguro para combater os vomitos e permite, durante o periodo em que se produz com uma deploravel tenacidade, uma alimentação sufficiente.

No interior, é preferivel á morphina o uso de agua chloroformada, segundo a formula de *Lasague* e *Regnault* (agua chloroformada saturada e agua ordinaria ãa 150 gr., xarope de flores de laranjeira 50 gr.) para tomar quatro colheres de sopa por dia, antes das refeições mas immediatamente antes da ingestão do alimento.

O chlorhydrato de cocaina, muito aconselhado n'estes ultimos tempos, (10 centigrammas para 300 grammas d'agua distillada), pode ser prescripto da mesma maneira e exerce a sua acção como a agua chloroformada, tendo, ás ve-

zes, o inconveniente de diminuir o appetite e de provocar um ligeiro estado nauseoso.

Embora pareça paradoxal, a alimentação pela sonda constitue um methodo geral de tratamento do vomito; os doentes, cujo estomago é intolerante para os alimentos engulidos pela bocca, não vomitam os introduzidos pela sonda. E este facto é verdadeiro para os vomitos dos tísicos, para os dos nervosos e, d'uma maneira geral, para todos os vomitos devidos a uma affecção do estomago.

Dôres. — O elemento dôr é um dos symptomas característicos das ulcerações gastricas. Serão ora dôres expontaneas resultantes do contacto irritante de substancias contidas n'este orgão ou provocada pela menor pressão em pontos determinados, como nos pontos xyphoideo e rachidiano, ora crises dolorosas d'uma extrema violencia, que se manifestam no curso da digestão, por causa da hyperacidez e das fermentações gastricas. É raro que a dôr resista muitos dias ao regimen lacteo e aos alcalinos, mas muitas vezes no primeiro periodo de tratamento é-se obrigado a combatel-a. Utilisa-se contra ella toda a serie de revulsivos conhecidos, applicados, sobre o epigastro: vesicatorios, si-

napismos, ventosas seccas, fricções com essencia de terebentina, fomentações quentes, embrocações, calmantes, etc. Estes meios são muitas vezes insufficientes, sendo necessario recorrer a diversos calmantes, de que os mais uteis são : o opio e seus derivados, o chlorhydrato de cocaina, a agua chloroformada, a belladona ou o seu principio activo a atropina aos quaes já nos referimos quando tratamos da medicação contra os vomitos.

O condurango, de que *Wilhelmy* e *Süner* exaltaram os effeitos notaveis na ulcera do estomago, attenua muito as dores e desperta o appetite. *Dujardin*, *Beaumetz* empregavam-no muito e davam-no em pó, em hostias d'um gramma, Bourget em poção.

Se, apesar d'uma cura methodica e prolongada, não se obtem resultado favoravel, devido a certas condições anatomicas (estenoses d'origem cicatricial e deformação do estomago, adherencias de perigastrite, etc.) que não podem ser modificadas pelos medicamentos, recorrer-se-ha, em certos casos, quando as dôres são fortes e persistentes, á intervenção cirurgica.

OBSERVAÇÕES

I

V. M., de 41 annos, solteiro, jornaleiro, natural de Louzada, deu entrada para a 2.^a Clínica Médica no dia 1 de dezembro de 1915.

Estado actual

Deitado em decubito lateral esquerdo, com os membros inferiores flectidos, joelhos aproximados do peito, posição mais favoravel para o doente; qualquer outra posição que tome na cama, e principalmente a de lateral direita, torna-se-lhe muitissimo penosa. Encontra-se profundamente asthenisado, com accentuada pallidez, bastante emaciado e anemiado; tem cephalalgias intensas para a tarde, mau

gosto, appetite, lingua saburrosa, dôres epigastricas com irradiações para os hypocondrios e para traz do esterno, eructações fetidas depois das refeições, pyrosis e sêde intensa. A ingestão dos liquidos frios augmenta-lhe as dôres ; obstipação exagerada.

Na parede abdominal, ligeiramente retrahida, de sonoridade levemente tympanica, dura no epigastro, ha sensibilidade dolorosa em toda ella, espontanea e provocada, augmentada na região epigastica e especialmente ao nivel do appendice xyphoideo. O limite inferior do estomago, dilatado, vae até ao umbigo. Fígado atrophiado.

Historia da doença

Ha trez annos começou a ter gastralgias, trez horas depois das refeições, vomitos alimentares e eructações fetidas. Esta symptomalogia foi-se accentuando cada vez mais, durante um anno, até que, exausto de forças, emaciado e com hematemese resolveu, entrar no hospital, d'onde sahio passados dois mezes muito melhorado.

Ha trez mezes começou a sentir novamente dôres no epigastro, quatro horas depois da refeições, dôres que ligeiras a principio se foram

tornando cada vez mais accentuadas, seguidas de vomitos alimentares, hematicos, por vezes, precedidos de nauseas violentas. Tinha eructações fetidas, melena, puxos e constipação. Assim foi andando até ha sete semanas, ocasião em que, após a refeição principal, cahiu em syncope, depois de ter tido nauseas violentissimas seguidas de vomitos hematicos e que o obrigaram a entrar no hospital.

Antecedentes pessoais

Aos vinte e cinco annos teve cancrios molles e anteriormente a elles uma doença da qual não dá indicação alguma.

Antecedentes hereditarios

Os paes foram sempre saudaveis e morreram de meia idade. Teve trez irmãos : um, morreu queimado, os outros, de tenra idade de doenças ignoradas.

Diagnosticco

Gastrite ulcerosa

Therapeutica

Sub-nitrato de bismutho. Lavagens de estomago
com perchloreto de ferro. Poção de condurango.
Assucar.

Resultado

O doente sahi melhorado.

II

G. R., de 55 annos, viuva, domestica, natural do Porto, deu entrada para a 2.^a Clinica Médica, no dia 15 de fevereiro de 1916.

Estado actual

Asthenia consideravel, emaciação e anemia accentuadas, lingua saburrosa, falta de dentes, mau gosto. eructações após as refeições, estomate ligeira, plenitude gastrica, regorgitações acidas abundantes acompanhadas d'uma sensação de queimadura ao longo do esophago. Tem dôres no epigastro com irradiações para o hypocondrio esquerdo e columna vertebral (junto da primeira lombar), augmentadas pela ingestão de alimentos quentes ou frios, pelo decubito lateral direito e pela pressão, principalmente em um ponto muito limitado, situado cinco centimetros acima do umbigo sobre a linha que o une ao bordo direito do esterno ; vomitos alimentares frequentes e hemáticos ; obstipação accentuada ; fezes duras e de côr negra ; ventre flacido e meteriorisado. Fígado reduzido.

Historia da doença

Em principios de 1914, começou a soffrer do estomago, sentindo após as refeições uma sensação de peso que dentro em pouco se transformou em dôr intensa seguida d'um calor vivo que era acompanhado de grande desfallecimento e tendencia á syncope. Tinha pituitas frequentes, regorgitações acidas, vomitos aquosos abundantes, appetite exagerado e prisão de ventre. N'um dia de agosto d'esse mesmo anno, de manhã, cahiu em syncope, depois de ter experimentado uma sensação penosa acompanhada de nauseas, zumbidos e hematemeses violentas, Dois mezes depois, sahia do hospital aparentemente curada. Seis mezes depois da sua sahida, novamente começou a queixar-se do estomago. Os padecimentos gastricos foram augmentando lentamente até 7 de fevereiro de 1916, dia em que deu entrada n'esta casa de saude com toda a symptomatologia acima descripta.

Antecedentes pessoaes

Teve em creança o sarampo, variola e febre typhoide e aos vinte annos novamente o sarampo.

Um filho morreu aos 11 annos de bronchite suspeita e os outros dois são saudáveis.

Antecedentes hereditarios

Os paes, já fallecidos, foram sempre saudáveis. Tem quatro irmãos saudáveis; trez morreram de tuberculose pulmonar.

Diagnostic

Gastrite ulcerosa (ulcèra de Cruveilhier).

Therapeutica

Subnitrate de bismutho. Injecções de cacodylate de sodio e sulfato de estrychnina. Duches escocèzas.

Resultado

A doente sahi melhorada.

III

A. C., de 25 annos, solteiro, jornalista, natural de Cabeceiras de Bastos, deu entrada para o hospital no dia 28 de fevereiro de 1916.

Estado actual

Dôres gastricas, expontaneas e provocadas, antes e depois das refeições, com irradiações varias principalmente para o hypocondrio esquerdo; attenuadas com ingestão de alimentos e decubito dorsal; mais intensas abaixo do appendice xyphoideo e no pyloro, Tem appetite; pituitas; vomitos, algumas vezes; regorgitações acidas e obstipação rebelde com fezes duras, escuras e com mau cheiro. Ligeiro meteorismo na região umbilical. Fígado atrophiado e doloroso á pressão.

Historia da doença

Ha dois annos, exacerbaram-se-lhe os padecimentos do estomago de que vinha soffrendo ha longos annos. Os seus males foram-se agravando a pouco e pouco até que ultimamente, levando

uma vida de soffrimento atroz resolveu entrar no hospital.

Antecedentes pessoaes

Tem habitos alcoolicos. Em creança teve colicas violentas, seguidas de obstipação.

Antecedentes hereditarios

A mãe morreu de 30 annos de idade ignorando-se a causa. Os irmãos são saudaveis.

Diagnostico

Gastrite ulcerosa.

Therapeutica

Subnitrato de bismutho. Injecções de sulfato de estrychnina. Duches escocêzas.

Resultado

O doente sahiu melhorado.

IV

M. C., de 30 annos, solteiro, jornaleiro, natural de Armamar, deu entrada no hospital no dia 19 de setembro de 1916.

Estado actual

Dôres gastricas após as refeições, com sensação de repleção e calor, com irradiação para as regiões renaes, que se aliviam com as eructações. Regorgitações acidas acompanhadas d'uma sensação de queimadura ao longo do esophago. Mau sabor constante na bocca. Hematemese por duas vezes com intervallo de cinco dias. Appetite. Obstipação rebelde desde o começo das dôres gastricas. Fezes duras com mucosidades. Emmagrecimento e anemia consideraveis. Ventre de paredes muito flacidas e meteorizado. Dôres á pressão n'um ponto situado na linha media e um pouco abaixo do umbigo. Reflexo oculo-cardiaco accentuado. Estomago dilatado e bastante ptosado, sendo necessario o uso do cinto de *Glenard* para aliviar os seus soffrimentos.

Historia da doença

Os padecimentos gastricos do doente datam de ha sete annos, começando, n'essa occasião,

por dôres, trez ou quatro horas depois da refeição principal, asia e pituita. Ha dois annos os seus soffrimentos eram taes, após as refeições, que se via na necessidade de metter os dedos na bocca para regeitar o conteúdo gastrico. Com os progressos da doença as forças começaram-lhe a faltar, os vomitos a tornarem-se mais frequentes e as fezes duras e negras. Aproximadamente ha seis mezes, teve a primeira hematemese precedida de um ligeiro estado syncopal.

Antecedentes pessoais

Sempre saudavel. Tem habitos alcoolicos antigos.

Antecedentes hereditarios

Paes vivos e saudaveis. Sete irmãos todos saudaveis.

Diagnosticó

Gastrite ulcerosa.

Therapeutica

Subnitrate de bismutho. Bicarbonato de sodio. Sulfato de strychnina em poção e em injeccões. Agua de cal. Nitrato de prata. Assucar.

Resultado

O doente sahi melhorado.

V

S. P., de 40 annos, casado, guarda-freio dos electricos, natural do Marco de Canavezes, deu entrada no hospital no dia 8 de Janeiro de 1917.

Estado actual

Tem appetite, asia regorgitações acidas, pituita, vomitos alimentares abundantes e eructações raras após as refeições. As dôres que o doente compara á sensação d'um cão a roer-lhe o estomago, localisam-se, n'um ponto situado entre o appendice xyphoideo e o umbigo com irradiações varias e um predominio notavel para os hypcondrios. Estes exacerbam-se com as comidas e com a pressão. Teve uma hematemesa após a sua entrada para o hospital. Temperamento irritavel. Asthenia profunda. Anemia e emmagrecimento accentuado. Constipação rebelde com fezes em cibalas. Melena. Fígado atrophiado.

Historia da doença

Ha 15 annos que vem soffrendo de dôres no epigastro, a principio de pouca duração mas que a pouco e pouco se foram accentuando. Estes manifestavam-se algumas horas depois das refeições que o doente attenuava com o uso do bi-

carbonato de sodio. Em 1910 os padecimentos agravaram-se cada vez mais e a tal ponto que foi obrigado a dar entrada no hospital na enfermaria de 2^a Clinica Médica, com hematemeses violentas, onde permaneceu vinte e sete dias. Não fazendo caso das indicações medicas, viu-se, de novo, na necessidade de dar entrada n'esta casa de saude.

Antecedentes pessoais

Sempre saudavel. Alcoolico. Tem cinco filhos todos saudaveis.

Antecedentes hereditarios

O pae morreu de lesão cardiaca. A mãe morreu alienada.

Diagnostico

Gastrite ulcerosa.

Therapeutica

Subnitrato de bismutho. Bicarbonato de sodio. Hyposulfito de sodio.

Resultado

Sahiu melhorado.

VI

M. A. S., de 29 annos, casado, sapateiro, natural do Porto, deu entrada no hospital no dia 25 de novembro de 1916.

Estado actual

Dôres gastricas continuas, diminuidas pelo decubito dorsal e exacerbadas pela ingestão dos alimentos. Tem vomitos raros, por vezes com o aspecto de borras de café, asia, principalmente depois da refeição da noite, secreção gastrica bastante abundante, eructações com sabôr amargo, pituita, alternancia de appetite e anorexia e regorgitações acidas frequentes. Obstipação com fezes duras e de côr negra. Melena. Anemia accentuada com emmagrecimento bastante consideravel. Dôr á pressão, sem irradiações, ao nivel da ponta do appendice xyphoideo. Temperamento extremamente nervoso. Ventre flacido ligeiramente deprimido. Estomago bastante dilatado. Fígado atrophiado.

Historia da doença

Os seus soffrimentos gastricos datam desde a idade de 11 annos, começando n'essa occasião por ter secreções gastricas abundantes, em jejum.

e algumas horas depois das refeições, precedidas de dôres pouco intensas. Assim esteve até aos 26 annos, sem mais perturbações, tendo durante todo este tempo alguns períodos de acalmia. N'esta data apparecem os vomitos com uma frequencia extrema, tendo por vezes o aspecto de borras de café; dôres, durante 10 minutos trez ou quatro horas depois das refeições seguidas de sensação de afrontamento, localizadas no appendice xyphoideo. Constipação accentuada. Ha dois mezes, teve a primeira hematemese, abundante, precedida de estado nauseoso.

Antecedentes pessoaes

Tem habitos alcoolicos antigos.

Antecedentes hereditarios

Sem importancia.

Diagnostico

Gastrite ulcerosa.

Therapeutica

Subnitrate de bismutho, Lavagens de estomago com acido salicylico a 1^o/₁₀₀₀. Clysteres.

Resultado

O doente sahi muito melhorado.

VII

J. P. O., de 47 annos, casado, pedreiro, natural de Villa Nova de Gaya, deu entrada no hospital no dia 25 de outubro de 1916.

Estado actual

Gastralgias após as refeições com irradiações para a fossa iliaca esquerda e ultimas vertebraes dorsaes e com o character subjectivo de repleção. As dôres eram augmentadas pela ingestão de alimentos e pela pressão ao nivel da parte media da linha que une o umbigo ao vertice do appendice xyphoideo e diminuidas pelo decubito lateral esquerdo e ingestão de bicarbonato de sodio. Alguns dias depois da sua entrada no hospital deixou de ter vomitos. Tem eructações azedas, regorgitações acidas, appetite e lingua saburrosa: A obstipação é tão rebelde que o doente só dejecta com clysteres. Prostração extrema. Grande emaciação e anemia. Ventre flacido e ligeiro meteorismo. Estomago dilatado. Fígado levemente atrophiado.

Historia da doença

Approximadamente ha quatro annos que o doente vem manifestando perturbações no appa-

relho digestivo; começando primeiro por ter asia para a tarde e em seguida vomitos raros, trez horas depois das refeições, pouco abundantes, azedos e de mau cheiro. Obstição rebelde. Passado um anno appareceram-lhe subitamente as dôres que eram bastante intensas e que diminuam com a ingestão dos alimentos e augmentavam horas depois das refeições.

Os padecimentos foram-se agravando até ha um anno, occasião em que teve a primeira hematemese abundante, precedida de zumbidos e nauseas que o arrastaram á syncope.

Antecedentes pessoais

Sempre saudavel. Habitos alcoolicos.

Antecedentes hereditarios

Sem interesse.

Diagnostico

Gastrite ulcerosa.

Therapeutica

Chlorhydrato de morphina. Sulfato de esparteina. Cataplasmas de linhaça na região epigastrica. Bicarbonato de sodio. Subnitrito de bis-

mutho. Pilulas d'opio. Lavagens de estomago.
Clysteres de glicerina. Pilulas de proto-oxalato
de ferro.

Resultado

O doente sahiu melhorado.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A anatomia mostra a utilidade therapeutica do abaixamento do utero em certas hemorragias d'esse orgão.

Physiologia. — A secreção do succo gastrico é intermittente.

Materia Médica. — O emprego do bicarbonato de sodio, no tratamento das affeições do estomago, repousa sobre dados empiricos.

Hygiene. — Não pode haver, em Portugal, os devidos cuidados hygienicos emquanto existir analfabetismo.

Operações. — O rigor d'uma technica operatoria em cirurgia é a maior parte das vezes impossivel.

Clinica Médica. — Deve fazer-se o exame attento dos pulmões, nas perturbações dyspepticas da idade juvenil.

Clinica cirurgica — A efficacia do tratamento nos cancerosos depende da precocidade da intervenção.

Partos. — No puerperio, as variações do pulso são mais precoces e mais graves que as da temperatura.

Medicina Legal. — Nas autopsias não se deve requisitar a analyse toxicologica sem que haja motivo para se suspeitar de envenenamento.

VISTO.

O Presidente,

Thiago d' Almeida.

PODE IMPRIMIR-SE

O Director,

Maximiano de Lemos.

BIBLIOGRAPHIA

- J. CASTAIGNE — Maladies de l'estomac et de l'œsophage.
- A. MATHIEU — Traité Médico — chirurgical des Maladies de l'estomac et de l'œsophage.
- G. M. DEBOVE — Manuel des Maladies du tube digestif — Tome I.
- BROUARDEL — GILBERT — THOINOT — Nouveau traité de Médecine — Maladies de l'estomac.
- DR. ED. ENRIQUEZ — Traité de Médecine — Tome premier.
- BALTHAZARD, CESTAN — Précis de Pathologie interne — Tome III.
- GEORGES DIEULAFOY — Manuel de Pathologie interne — Tome deuxième.
- ALBERT ROBIN — Traité de Thérapeutique appliquée — Fascicule XII.
- G. M. DEBOVE, A SALLARD — Précis de Pathologie interne — Tome second.
- ADOLPHE STRUMPELL — Traité de Pathologie Spéciale et de Thérapeutique des Maladies internes — Tome III.
- G. M. DEBOVE ET J. RENAULT — Ulcère de l'estomac.
- G. M. DEBOVE ET REMOND — Lavage de l'estomac.
- DR. THIAGO D'ALMEIDA — Lições clinicas (1915-1916).
- Journal Bi-Hebdomadaire — La Presse Médicale, lundi, 20 de Novembre 1916 n.° 64.

BIBLIOTECA

ERRATAS MAIS IMPORTANTES

Pag.	Linha	Onde se lê	Leia-se
15	2	excluração	exulceração
26	12	ou	em
27	5	o	ao
28	9	uma influencia	uma certa influencia
62	14	Gerhardit	Gerhardt
65	5	a norexia	anorexia

