

1239

1906

João Augusto Mimoso Rollo

N.º 2

## BREVE ESTUDO

SOBRE A

# STENOSE PYLORICA

(CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



Porto - Imp. C. Vasconcellos

1906

12712 EMC



A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

*(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)*

---

À MEMORIA

DE

*MEU PAE*

E DE

*Minha irmã*

Éterna saudade.

---

# *A minha Mãe*

Como prova do mais profundo respeito e amor filial.

---

A meus irmãos

---

*A* meus sobrinhos

A MEUS TIOS

*Viscondessa dos Cidraes*

E

*Visconde dos Cidraes*

O meu reconhecimento  
será infindo.

A MEUS TIOS

*D. Theodora Rollo Sequeira*

E

*Conselheiro Jeronymo Sequeira*

Ser-vos-hei sempre grato.

*A minhas Tias*

CONCEIÇÃO ROLLO

E

ESTRELLA ROLLO

Como prova de sincera  
amizade e gratidão.

---

*A MEUS PRIMOS*

*Estrella Rollo*

*Emilia Rollo*

*Joaquim A. Rollo*

*Carlos J. Rollo*

A MEUS PRIMOS

*Vicencia Mimoso Freixedas*

E

*Eduardo Freixedas*

Muito grato.

---

Aos Ill.<sup>mos</sup> e Ex.<sup>mos</sup> Snrs.

*Alexandre Carvalho*

E

*Mancel Maria Pina*

A amizade, que dedicaram  
ao meu melhor amigo, não  
posso esquecer-a.

Ao meu dignissimo presidente de these

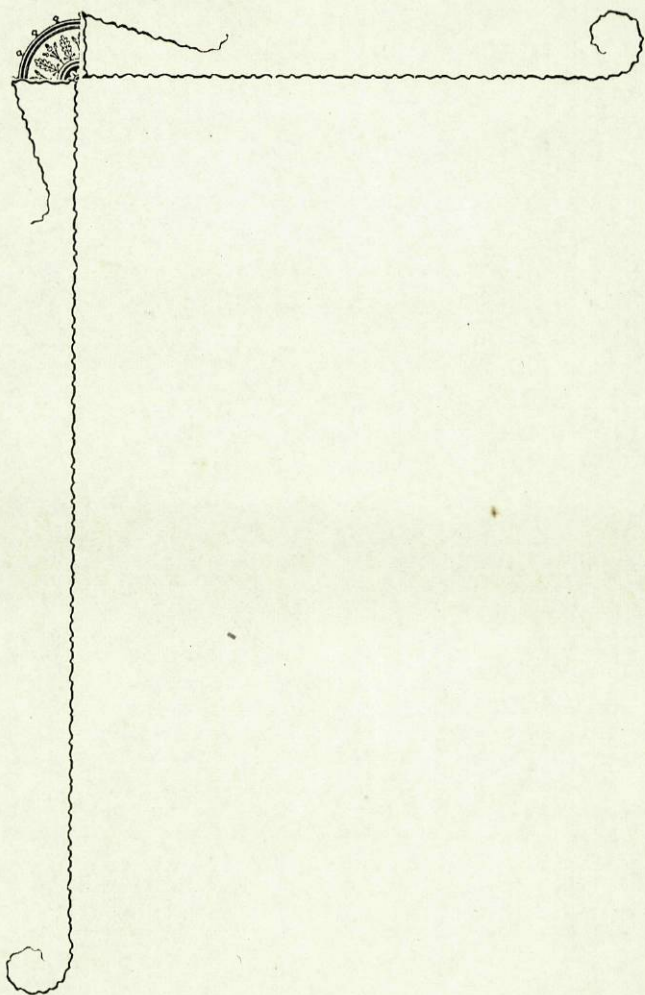
O Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

*Dr. Roberto Frias*

Homenagem ao seu talento e  
testemunho da minha gratidão.

---

*Ao meu illustrado Jury*



## PROLOGO

*Para concluir o curso medico-cirurgico, sou obrigado por lei a apresentar, escripto, um trabalho qualquer.*

*Varios assumptos me surgiram durante o anno; mas um caso clinico, que tive na enfermaria de clinica medica do Hospital Geral de Santo Antonio, impressionou-me tanto, que resolvi escolhê-lo para a minha these.*

*Os limitados recursos de que disponho e o pouco tempo que os deveres escolares me dispensaram para a execução d'este trabalho, são motivos sufficientes para me serem desculpados os defeitos que n'elle se encon-*

*tram e para ter direito á benevolencia do illustrado jury, a que tem de ser submettido.*

\*

\* \*

*Afim de ser o mais methodico possivel na exposiçãõ do assumpto que me propuz tratar, dividi-o em seis partes: na 1.<sup>a</sup> descrevo os meios de investigaçãõ; na 2.<sup>a</sup> a etiologia; na 3.<sup>a</sup> a symptomatologia; na 4.<sup>a</sup> o diagnostico e prognostico; na 5.<sup>a</sup> o tratamento; na 6.<sup>a</sup> as observações pessoaes.*

## Methodos de investigação

Para diagnosticar uma stenose pylorica, é necessario submitter o doente a uma serie de observações e investigações, que podem ser divididas em grupos:

1.º *Anamnesticos*. — Não dão resultado na maioria dos casos, porque ao principio a stenose pylorica confunde-se quasi sempre com os symptomas communs a todas as affecções estomacaes. O mesmo não acontece com a stenose proveniente d'uma gastrite toxica ou d'uma cholecystite calculosa, em que a anamnese favorece bastante o diagnostico.

2.º *Inspeção*. — É necessario collocar o doente no decubito dorsal e recommendar-lhe que faça respirações lentas e profundas. Não dá resultado na maioria dos casos; mas, se a parede abdominal é pobre em tecido cellulo-adiposo, reconhece-se muitas

vezes uma ectasia, uma tumefacção mais ou menos pronunciada, um peristaltismo exagerado.

O aspecto geral do doente, a *facies*, a còr da pelle e das mucosas, o grau de emaciação, etc., dão, é certo, uteis presumpções, mas não vão mais além.

O exame da lingua, a que os antigos clinicos davam grande importancia — a lingua era para elles o espelho do estomago — não tem mais do que um mediocre valor diagnostico e prognostico, segundo diz Bouveret <sup>1</sup>.

3.º **Palpação.** — Pela palpação do estomago, ou melhor da região estomacal, reconhecem-se as modificações de sensibilidade, indurações e tumores. É um dos meios de investigação mais precioso em certos casos; em outros é completamente estéril: nem accusa dôr.

A mais importante das modificações de sensibilidade, é a dôr obtida pela pressão em um ponto bem localizado.

Uma vez reconhecidos os tumores, é necessario determinar a sua séde, volume, limites e mobilidade. A palpação nem sempre os revela (tumores da parede posterior, da pequena curvatura e do cardia).

A palpação torna-se facil pelo relaxamento dos musculos abdominaes, collocando o doente no decubito dorsal, com as coxas em flexão sobre a bacia e as pernas em flexão sobre as coxas.

---

<sup>1</sup> Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, pag. 26.

4.º **Succussão.** — Este meio de exploração dá-nos vascojejo — ruído semelhante ao obtido quando se agita uma garrafa meia d'agua. É um ruído hydro-aerico, que se percebe palpando, com pequenos abalos, a região estomacal.

Foi Chomel quem primeiro o descreveu <sup>1</sup>, considerando-o como um signal morbido d'uma dilatação do estomago. Esta maneira de vêr é inexacta, porque este mesmo ruído obtem-se n'um estomago normal.

Para o ruído de vascojejo ser considerado como um signal de dilatação gastrica e de retenção, são necessarias duas condições estabelecidas por Bouchard e Audhoui: *a)* quando se ouve fóra dos limites normaes do estomago, isto é, abaixo da linha ficticia de Labbé <sup>2</sup>; *b)* quando o doente está em jejum ou seis horas depois da ultima refeição.

5.º **Percussão.** — Tem por fim determinar a situação, volume e limites do estomago. Dá-nos geralmente o som tympanico, porque o estomago está quasi sempre cheio de gaz; mas o som de percussão depende do conteúdo estomacal e da tensão das paredes gastricas.

Distinguem-se pela percussão tres limites: em cima e á esquerda o limite gastro-pulmonar; em

---

<sup>1</sup> Eichhorst. *Traité de diagnostic médical.*

<sup>2</sup> Linha horisontal ficticia passando pelo bordo inferior da cartilagem da nona costella, limite este accete por Testur, Bouveret, etc.

cima e á direita o limite gastro-hepatico ; em baixo o limite gastro-colico.

É facil a distincção entre as sonoridades tympanica, pulmonar e hepatica; mas o limite inferior nem sempre o é, porque o colon dá muitas vezes o som tympanico.

N'este caso pôde modificar-se o som tympanico estomacal por differentes modos.

Piorry faz ingerir ao doente 1 litro d'agua e colloca-o n'uma posição mais ou menos vertical, para melhor distinguir o som obscuro que se obtem pela percussão.

Sensoldt e Dehio empregam o mêmso processo ; mas fazem ingerir a agua em pequenas doses até 1 litro, e procedem ao exame depois de cada dose.

Este methodo dá-nos não só a modificação do som tympanico, mas tambem o estado em que se encontra a tonicidade da camada muscular do estomago.

Segundo Boas, ha atonia estomacal se o limite inferior do estomago desce rapidamente depois da primeira dose ; mas descendo lentamente, depois de cada absorpção, pôde ou não haver dilatação, conforme o limite inferior do estomago ultrapassa ou não o umbigo. Um estomago dilatado desce abaixo do umbigo, enquanto que um estomago normal está sempre um pouco acima.

Frierichs dá ao paciente 2 grammas de bicarbonato de soda em meio copo d'agua e 2 grammas de acido tartarico dissolvido na mesma quantidade de

agua. O bicarbonato de soda, ao contacto do acido tartarico, produz um desenvolvimento de acido carbonico que distende o orgão, e então é facil reconhecer o limite inferior da grande curvatura. A quantidade de bicarbonato de soda e acido tartarico não deve ser grande, porque sobrevéem vomitos espumosos, dyspnea, anciedade e acceleração do pulso.

Estes accidentes não são perigosos: desapparecem muitas vezes, em alguns minutos, com eructações; mas, persistindo a sonda, dá sahida rapida aos gazes em excesso e supprime todos os symptomas. Na maioria dos casos basta passar a mão docemente sobre a região epigastrica do pyloro para o cardia. Estas perturbações são devidas ao estomago estar fortemente distendido e não deixar o diaphragma executar os seus movimentos.

Este methodo tem sido posto de parte por alguns medicos, por causa de dois inconvenientes que provéem da insufficiencia ou excesso da quantidade de gaz que se desenvolve.

Nos ultimos tempos teem empregado o processo de Runeberg — *insufflação directa do estomago*, — que é o meio mais simples, mais rapido e mais seguro para fornecer dados exactos sobre a situação, fórma e volume do estomago.

Não augmenta nenhum outro dado novo, excepto a insufficiencia pylorica pelo apparecimento do metrorismo abdominal, consequencia da passagem dos gazes através do pyloro, como Ebstein indicou pela primeira vez.

Este methodo não reclama mais que uma sonda molle, querendo insufflar com a bocca o ar atmosferico; mas nós preferimos um insufflador que leve um certo numero de centimetros cubicos d'ar atmosferico, com o fim de saber a quantidade que o estomago tolera. Cada estomago é capaz de receber uma quantidade maxima d'ar, além do qual não se pôde introduzir mais sem fazer soffrer o doente e sem provocar a contracção immediata do estomago e a expulsão do ar introduzido.

No adulto, o estomago normal não tolera mais de 700 a 900 cc. d'ar; uma dilatação média 1:200 a 1:500; as grandes dilatações 2:000 a 5:000 cc.

O limite de distensão é indicado pelo doente, que sente uma dôr mais ou menos aguda no epigastro.

É preferivel introduzir ar no estomago, porque não provoca, como o acido carbonico, uma contracção estomacal pela excitação da mucosa, que pôde fazer variar os resultados da percussão.

O ar atmosferico só provoca a contracção por distensão, o que tem grandes vantagens para conhecer o estado das paredes do orgão.

Mas, como se vê, para usar d'este meio d'exploração é necessario introduzir a sonda no estomago, unica condição incómmoda para o doente.

6.º *Auscultação.* — Por este meio d'exploração gastrica percebem-se duas ordens de ruidos: os de deglutição e os intra-estomacaes.

Os primeiros, ordinariamente dois (de jacto e de gorgolejo), teem sómente alguma importancia no dia-

gnostico do apêrto do cardia; os segundos são os obtidos por succussão ou por quaesquer outros movimentos bruscos que dêem o mesmo resultado.

Miltzer, quinze a vinte minutos depois da deglutição, ouve na região pylorica um ruido contínuo, que elle chama — ruido pylorico.

7.º *Gastrodiaphania* ou *transilluminação*. — Consiste em illuminar, por uma lampada electrica, o interior da cavidade gastrica.

Foi applicada a primeira vez nos estomagos humanos por Millot em 1889.

O exame faz-se n'um quarto ás escuras, estando o doente de pé ou deitado. A luz electrica passa através da parede abdominal, e, no logar do estomago, vê-se apparecer uma zona luminosa de côr vermelha, que nos dá a posição e dimensões do estomago. Se o tumor occupa a parede anterior do estomago, elle não se deixa atravessar pela luz e reconhece-se uma mancha obscura na zona luminosa.

8.º *Gastroscofia*. — Consiste em examinar directamente a mucosa gastrica por meio do gastroscopio. Foi inaugurada por Mikulicz em 1881.

É pouquissimo empregada na pratica, por causa da difficuldade em introduzir o tubo rigido no estomago, por incommodar o doente e por alguma perfuração que possa fazer-se.

9.º *Radioscopia*. — Consiste na applicação dos raios de Roentgen. O resultado obtido por este methodo não é ainda muito satisfactorio.

10.º *Catheterismo estomacal.* — Consiste em introduzir uma sonda no estomago através da bocca, pharynge e esophago, permittindo :

a) explorar a permeabilidade do esophago e cardia (dôr, aperto, diverticulo);

b) praticar a insufflação d'ar, determinar approximadamente as dimensões e capacidade do estomago, fazer a lavagem d'este orgão, e, finalmente, explorar-lhe a secreção.

A technica é das mais simples: Sentado o doente e com a cabeça levemente levantada, introduz-se-lhe o tubo na bocca, pharynge, etc., recommendando-lhe o respirar á vontade e fazer movimentos de deglutição.

Pouco a pouco vae-se impellindo o tubo, até que a marca (40 centimetros) atinja as arcadas dentarias, occasião em que se suppõe que elle chegou ao estomago. Feito isto, ou a presença do tubo no estomago provoca da sua parte o vomito, e assim se obtem o liquido que a succussão revelava ou que se desconfiava existir, ou o estomago, por inercia ou por habito, já não responde á excitação produzida pela sonda, e n'este caso alguns quintos de tosse e esforços do doente de modo a comprimir o estomago, juntos a movimentos de vaivem que se imprimem á sonda, conseguem evacual-o.

A estes meios ainda póde accrescentar-se um outro, que é a aspiração produzida por apparatus especiaes: apparatus de Potain ou de Kussmaul.

Com o fim de analysar o conteúdo estomacal, varias refeições de prova teem sido adoptadas:

*a)* um bife, um pão e um prato de sopa (refeição de Leube e Riegel);

*b)* 250 gr. de infuso leve de chá sem assucar ou leite e 60 gr. de pão de trigo (ref. de Ewald);

*c)* 50 gr. de pão torrado e 250 gr. de agua distillada morna (ref. de Paul Cornet);

*d)* 60 a 80 gr. de carne, 100 a 150 gr. de pão e meio litro d'agua (ref. de Germain Sée);

*e)* 20 gr. de clara d'ovo cozido, 40 gr. de pão sem sal e 250 grammas d'agua distillada (ref. de Bre-mont);

*f)* 35 gr. de pão e 300 gr. d'agua ou chá brando (ref. de Boas);

*g)* meio litro de leite, dois ovos e pão de trigo (ref. de Ritter e Hirsch);

*h)* duas claras d'ovo e 100 gr. d'agua distillada (ref. de Gluzinski e Jaworski);

*i)* metade d'um ovo muito cozido, 60 gr. de pão de trigo e 200 gr. d'agua (ref. de Robin);

*j)* 80 gr. de carne, 40 gr. de pão e 200 gr. de caldo (ref. de Bourget).

A refeição typo deve approximar-se o mais possível da normal, sem offerecer á analyse uma grande complexidade chimica.

Qualquer que seja, é indispensavel determinál-a rigorosamente em quantidade e qualidade, e ser a mesma em todos os casos, para os resultados se poderem facilmente comparar.

Nos doentes que observei foi-lhes dada a refeição de Ewald.

Para o resultado que temos em vista, apenas se nos torna necessario determinar acidez total, acido chlorhydrico livre e acidos organicos.

Differentes processos existem para determinar a acidez total e HCl livre; mas refiro-me só aos que pratiquei.

A acidez total é doseada á custa d'uma solução decinormal de soda ou potassa, empregando a phenolphthalaina como reagente indicador, a qual mostra, pela sua mudança de côr, quando o liquido gastrico deixou de ser acido.

**Acidez total.** — Depois de ter filtrado o conteúdo estomacal, tomam-se 10 cc. n'uma pipeta graduada e lançam-se n'uma capsula de porcellana; junta-se-lhes algumas gôttas da solução alcoolica de phenolphthalaina, e com a bureta de Mohr vae-se deitando n'esta mistura, gôttas a gôttas, a solução decinormal de soda ou potassa; com uma vareta agita-se a mistura, e continua-se até que appareça uma coloração rosea persistente. Esta mudança de côr indica que todo o liquido gastrico se encontra neutralizado. Para terminar a operação, não temos mais do que lêr na bureta o numero de centímetros cubicos gastos e entrar com elle na tabella adiante, que immediatamente dá a quantidade de HCl  $\%$ , ou multiplicar o numero de cc. por 0,0365, para obter a acidez total por litro.

Antes de utilizar este processo acidimetrico inves-

tigamos sempre, por meio do reagente de Günzburg <sup>1</sup>, se o conteúdo estomacal contém HCl livre.

**Reacção de Günzburg.** — Toma-se uma capsula de porcellana e deitam-se duas gôttas do reagente de Günzburg n'um ponto qualquer da capsula; aquece-se esta moderadamente, de modo que a chamma não salte dentro nem a temperatura se eleve a ponto de não poder ser supportada sobre a palma da mão. Vae aquecendo e pousando a capsula sobre a palma da mão, meio simples de não exceder a temperatura conveniente. Logo que a mancha deixada por essas gôttas esteja sêcca, com uma vareta de vidro, molhada no conteúdo estomacal, deposita-se uma gôttá d'este conteúdo n'uma das margens da mancha, e, inclinando a capsula, faz-se escorregar essa gôttá ao longo da mancha. Começa-se logo a aquecer moderadamente, seguindo o processo já indicado.

Se houver HCl<sup>l</sup>, a mancha sobreposta á primeira e formada pela gôttá do conteúdo começa a tornar-se vermelho-carmim a *pari passu* que vae seccando.

A intensidade d'esta côr dá, aos olhos d'um individuo exercitado, uma ideia approximada da quantidade de HCl<sup>l</sup>.

**Processo de Mintz** — *Dosagem do HCl livre.* — Se

<sup>1</sup> O reagente de Günzburg é formado de:

Phloroglucina . . . . .	2 gr.
Vanilina . . . . .	1 "
Alcool absoluto . . . . .	30 "

a reacção de Günzburg é positiva, tomam-se 10 cc. d'aquelle conteúdo n'uma pipeta graduada, e, lançados n'uma capsula, vae-se-lhes juntando, com a bureta de Mohr ou uma pipeta graduada em cc. e decimos, a solução decinormal de potassa ou soda, agitando continuamente o liquido com uma varefa de vidro, até que a reacção de Günzburg se não dê. Lê-se na bureta o numero de cc. e decimos gastos, e entra-se na tabella com elle, que immediatamente dá a quantidade de  $\text{HCl} \frac{0}{100}$ .

**Acidez total** — *Processo acidimetrico.* — Terminado o processo de Mintz, póde aproveitar-se a mesma capsula deitando-lhe umas gôttas de phenolphtalaina (reagente indicador); continúa-se a deitar gôttas a gôttas, agitando sempre a solução decinormal de potassa ou soda. A cada gôttas que cáe apparece uma côr vermelha, que desaparece logo pela agitação; quando deixar de desaparecer e todo o liquido tomar uma ligeira côr rosea, a operação está terminada. Lê-se o numero de cc. e decimos gastos não só n'esta segunda operação, mas tambem na primeira, e entra-se com elle na tabella, que immediatamente dá acidez  $\frac{0}{100}$ .

**Reacção lactica** — *Reagente de Bourget.* — Mistura-se uma ou duas gôttas de perchloreto de ferro com 5 ou 6 cc. d'agua distillada, de modo que a agua tome uma côr amarella, apenas perceptivel.

Divide-se este liquido por dois tubos d'ensaio iguaes; depois, n'um dos tubos lança-se 1 ou 2 cc. de liquido gastrico. Havendo acido lactico ou lacta-

tos, produz-se uma côr amarella mais ou menos intensa. Comparando os dois tubos, é facil perceber as menores mudanças de côr.

**Reacção butyrica.** — O cheiro (a manteiga rançosa) revela facilmente este acido. Querendo pôl-o em evidencia, podemos usar a *reacção do ether butyrico*.

Addicione-se a 1 ou 2 cc. de liquido igual volume de alcool a 90° e algumas gôttas d'acido sulfurico, e aqueça-se a mistura. Se houver acido butyrico, produz-se um cheiro d'ananz caracteristico (ether butyrico).

**Reacção acetica.** — O nariz revela geralmente a existencia d'este acido. Havendo duvidas, pôde pôr-se em evidencia pela *reacção da cacodyla*. Toma-se uma pequena quantidade de liquido gastrico n'uma capsula, juntam-se-lhe alguns fragmentos de acido arsenioso e aquece-se até á secura. Desenvolve-se logo o cheiro fetido da cacodyla ou arseniato de methyla, se houver acido acetico.

\*

\*            \*

Com o fim de abreviar as analyses, apresento uma tabella cuja construcção é facil, pois é uma progressão arithmetica em que a razão é igual a 0,0365.

Cada uma das soluções decinormaes acima empregadas é tal, que 1 centimetro cubico de qualquer d'ellas (solução  $\frac{N}{10}$  de NaOH ou de KOH) corresponde

exactamente a 0,00365 grammas de HCl; portanto, 0,1 corresponde a 0,000365 de HCl, e, como se empregam sempre 10 cc. de liquido gastrico, temos  $0,000365 \times 100 = 0,0365$ , que é evidentemente a razão da progressão arithmetica da tabella.

0	0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
0	0	0,036	0,073	0,109	0,146	0,182	0,219	0,255	0,292	0,328
1	0,365	0,401	0,438	0,474	0,511	0,547	0,584	0,620	0,657	0,693
2	0,73	0,766	0,803	0,839	0,876	0,912	0,949	0,985	1,022	1,058
3	1,095	1,131	1,168	1,204	1,241	1,277	1,314	1,350	1,387	1,423
4	1,46	1,496	1,533	1,569	1,606	1,642	1,679	1,715	1,752	1,788
5	1,825	1,861	1,898	1,934	1,971	2,007	2,044	2,080	2,117	2,153
6	2,19	2,226	2,263	2,299	2,336	2,372	2,409	2,445	2,482	2,518
7	2,555	2,591	2,628	2,664	2,701	2,737	2,774	2,810	2,847	2,883
8	2,92	2,956	2,993	3,029	3,065	3,102	3,139	3,175	3,218	3,248
9	3,258	3,312	3,358	3,394	3,431	3,467	3,504	3,540	3,577	3,613
10	3,65	3,686	3,723	3,759	3,796	3,832	3,869	3,903	3,942	3,978
11	4,015	4,051	4,088	4,124	4,161	4,197	4,234	4,270	4,307	4,343
12	4,38	4,416	4,453	4,489	4,526	4,562	4,599	4,635	4,622	4,708
13	4,745	4,781	4,818	4,854	4,891	4,927	4,964	5,000	5,037	5,073
14	5,11	5,146	5,183	5,219	5,256	5,292	5,329	5,365	5,402	5,438
15	5,475	5,511	5,548	5,584	5,621	5,657	5,694	5,730	5,767	5,803
16	5,84	5,876	5,913	5,949	5,986	6,022	6,059	6,095	6,132	6,168
17	6,203	6,241	6,278	6,314	6,351	6,387	6,424	6,460	6,497	6,533
18	6,57	6,606	6,643	6,679	6,716	6,752	6,789	6,825	6,862	6,898
19	6,935	6,971	7,008	7,044	7,081	7,117	7,154	7,190	7,227	7,263
20	7,3	7,336	7,373	7,409	7,446	7,482	7,519	7,555	7,592	7,628

Posto isto, supponhamos que na bureta se lêram 7,4. Procure-se 7 na primeira columna vertical da esquerda, e siga-se a respectiva linha horisontal até á columna vertical, em cujo alto estão 0,4; ahi se achará o numero desejado — 2,701.

## Etiologia

É no estomago que os alimentos se accumulam por um certo tempo e soffrem acções chímicas e mechanicas, para depois passarem ao duodeno através do pyloro. Este retém muitas vezes os alimentos, e por isso o apêrto ou stenose carece, a maior parte das vezes, d'uma intervenção cirurgica.

A stenose, segundo a sua natureza, divide-se em benigna e maligna.

Podemos resumir n'um schema os diversos processos que dão origem á stenose:

Segundo a sua natureza	Benigna	Cicatriz da ulcera simples.
		Cicatriz da gastrite caustica.
		Gastrite.
		Tumores benignos.
		Espasmos.
		Por compressão.
		Por hypertrophia do pyloro.
	Maligno-cancerosa.	

Na stenose benigna ha a principio umas melhoras, isto é, uma compensação produzida pela hypertrophia dos musculos do estomago, que mais tarde desaparece, em virtude da retracção pylorica augmentar.

Sendo o obstaculo impossivel de vencer, o esforço muscular termina por ser vencido e deixam de apparecer as melhoras para virem os symptomas da stenose. N'este momento, o unico meio de salvar a vida ao doente é a intervenção cirurgica; no caso contrario, é a morte por inanição.

A stenose benigna é uma doença longa, com periodos de bem-estar que duram um certo tempo (um ou dois annos approximadamente); o conteúdo estomacal contém HCl livre e um augmento de acidez.

A stenose de natureza maligna dura muito menos tempo, não ha interrupção, e o conteúdo estomacal não contém HCl livre, mas sim acido lactico em grande quantidade.

As stenoses dividem-se ainda em pyloricas e infro-pyloricas <sup>1</sup>. Cada uma d'estas póde ser devida a causas intrinsecas ou extrinsecas.

---

<sup>1</sup> Gaston Lion. *Clinique therapeutique.*

## Stenoses pyloricas

Causas intrinsecas (alteração das paredes; espasmo das paredes). . . . .	}	Cancro do pyloro.
		Cicatriz da ulcera simples.
		Cicatrices da gastrite toxica.
		Cicatrices de ulcerações tuberculosas e syphiliticas.
		Hypertrophia do pyloro.
		Tumores benignos.
		Contração permanente do pyloro (por hyperchlorhydria ou ulcera juxtapylorica em actividade).

Causas extrinsecas . . . . .	}	Obturação do pyloro por calculos biliares.
		Compressão pelo rim movel.
		Compressão por um neoplasma, um abcesso, um kysto do figado.
		Compressão pela vesicula biliar calculosa ou por tumores ou kystos do pancreas.
		Compressão por perigastrite ou pericholecystite de origem calculosa.
		Compressão por deslocação vertical do orgão.

## Stenoses infro-pyloricas

Causas intrinsecas . . . . .	}	Cancro e apêrto cicatricial do duodeno.
------------------------------	---	---

Causas extrinsecas . . . . .	}	Compressão por calculo biliar, cancro do pancreas, tumor ganglionar tuberculoso ou syphilitico.
		Compressão por adherencias consecutivas á ulcera, á duodenite, á cholecystite, á peritonite tuberculosa cicatrizada.
		Compressão pelo figado.

### Stenose benigna

*Ulceras redonda.* — A ulcera do estomago é uma doença caracterizada pela destruição mais ou menos profunda da mucosa gastrica, não offerecendo nenhuma tendencia á cicatrização e sendo acompanhada dos symptomas seguintes: dôr, vomito e hemorragia.

A ulcera redonda póde cicatrizar, mas não traz geralmente a reconstituição normal da membrana mucosa: deixa uma cicatriz fibrosa, deprimida no centro, que tem uma tendencia a contrahir-se. Esta cicatriz, localisada no pyloro, produz o apêrto d'esta abertura.

Se a cicatrização não tem logar, o processo necrotico póde continuar até á serosa e dá logar a adherencias peritoniaes, que formam a stenose por compressão.

A ulcera em plena actividade póde tambem, pela sua tumefacção ou pelo espasmo que provoca, produzir a stenose.

A ulcera do duodeno está nas mesmas condições que a do estomago: pôde dar origem á stenose, visto que se localisa na primeira porção do duodeno, na visinhança immediata da valvula pylorica.

**Gastrite toxica.** — A ingestão de substancias toxicas (acido arsenioso, sublimado, etc.) ou causticas (acido sulfurico ou azotico, soda, potassa, etc.) pôde dar origem á gastrite catarrhal, a ulcerações, a escaras ou a perfurações do estomago.

Estas lesões teem predilecção notavel para a visinhança do cardia ou pyloro, e por isso dão origem á stenose.

**Gastrite.** — A inflammação do pyloro (linite plastica) produz nos elementos cellulares da mucosa uma irritação, que faz com que elles reajam, hypertrophiando-se e hyperplagiando-se, dando assim um augmento de espessura, que traz a stenose.

A gastrite pôde tambem irritar as terminações nervosas da região pylorica, e, n'este caso, a stenose é devida a um espasmo que se produz por via reflexa.

Estes dois casos podem dar-se juntos ou separados; mas o resultado é sempre o mesmo.

**Gastrite chronica.** — Se a inflammação do pyloro fôr lenta e progressiva, a consequencia inevitavel será a formação do tecido fibroso — *stenose fibrosa*.

**Tumores benignos.** — O estomago pôde apresentar outros tumores (lipoma, fibroma, fibronyoma, polydénoma) além do que se encontra a maior parte das vezes — *carcinoma*. Situados no pyloro, dão origem á stenose.

**Espasmo.** — É provocado por uma irritação reflexa tendo por ponto de partida uma ulcera situada na visinhança do pyloro ou uma simples erosão. Produzindo-se muitas vezes, irrita o sphycter pylorico e traz a contractura quasi permanente — *apêrto espasmodico*. Este, por um processo anatomo-pathologico, semelhante ao que fórma o apêrto blenorrahgico da urethra, traz mais tarde o *apêrto fibroso*.

Admitte-se hoje, n'um grande numero de casos, que existe um espasmo permanente do pyloro, podendo dar lugar, como as stenoses organicas, á retenção alimentar e a differentes perturbações: dôr, vomito, etc.

M. Doyen, Carle e Fantine confirmaram-no em diversas intervenções cirurgicas. Estes ultimos cirurgiões encontraram, em quarenta e uma operações, nove sem obstaculo intrinseco ou extrinseco, e attribuiram a retenção a um espasmo, porque o estomago se contráe violentamente e d'um modo visivel a cada irritação mechanica ou chimica.

Este espasmo é muitas vezes acompanhado de uma lesão organica, que o produz por via reflexa e que é habitualmente uma ulcera juxtapylorica.

**Stenose por compressão :**

- a) por tumores dos órgãos visinhos: figado, pancreas, ganglios lymphaticos, etc.;
- b) pelo rim movel;
- c) por hypertrophia dos ganglios retro-pyloricos;
- d) por bridas peritoniaes, principalmente conse-

cutivas á ulcera ou a uma pericholecystite de origem calculosa;

*e)* por deslocação vertical do estomago, observando-se principalmente nas mulheres, e que é attribuida por alguns medicos ao uso do espartilho;

*f)* pela cholecystite calculosa, devida a calculos que penetram quasi sempre no duodeno por meio d'uma fistula da vesicula.

**Stenose congenita.** — Os apêrtos congenitos constituem uma variedade pouco frequente, e resultam da má conformação do estomago.

### **Stenose maligna**

**Stenose cancerosa.** — O cancro é um neoplasma de origem epithelial. Reconhece-se facilmente a presença d'um tumor, logo que seja grande e superficial.

O cancro nem sempre se apresenta volumoso: algumas vezes tem a fórma d'um esquirro annular, outras vezes provoca uma reacção peritonial e dá origem á stenose por compressão.

## Symptomatologia

**Symptomas functionaes.** — Dôr, vomito, sêde, perturbações de appetite, obstipação de ventre, perturbações urinarias e inanição. Este conjuncto symptomatico, que Soupault<sup>1</sup> e Hartmann denominaram *syndromapylorico*, é o indicio d'um obstaculo material ou functional.

**Dôr.** — A dôr, devida á contracção das tunicas estomacaeas, é a principio intermittente, mas torna-se mais tarde contínua, e apparece sempre algumas horas (duas approximadamente) depois das refeições.

A sua intensidade attinge o maximo no principio das stenoses de marcha rapida, quando o estomago

---

<sup>1</sup> Soupault. *Les dilatations de l'estomac*. Paris.

conserva ainda toda a sua força contractil, mesmo reforçada pela lucta contra o obstaculo pylorico.

Nos periodos adiantados da doença as dôres diminuem por falta de tonicidade gastrica. Augmentam na occasião das refeições, ainda que o doente esteja incommodado durante o tempo que decorre entre duas refeições antiguaes. As dôres acalmam com os vomitos, mas voltam com a refeição seguinte.

**Vomitos.** — Os vomitos, um dos symptomas mais importante da stenose pylorica, produzem-se algumas vezes por dia; mas, á medida que a contractilidade gastrica diminue, apparecem pouco mais ou menos de tres em tres dias.

Estes grandes vomitos, acompanhados de parcelas alimentares dos dias anteriores, são caracteristicos da stenose pylorica.

O vomito da stenose apparece algumas horas (tres a quatro) depois da ingestão dos alimentos, no momento da lucta para a evacuação pelo pyloro. Em opposição ás fortes contracções peristalticas, produzem-se outras antiperistalticas, que acabam por expulsar os alimentos pelo cardia.

**Sêde.** — É um dos symptomas que mal se attenua pela introduccção d'agua em clysteres ou injecções. A absorpção não se dá no orgão alterado, ainda que o estomago retenha quantidades anormaes d'agua.

**Appetite.** — Logo que a retenção gastrica existe e as fermentações se desenvolvem rapidamente, perde-se o appetite, ainda que o doente tenha uma hyperchlorhydria.

**Obstipação do ventre.** — É um dos symptomas constantes.

**Secreção urinaria.** — A sua diminuição está em relação com a frequência e abundancia dos vomitos e com a absorpção dos liquidos. A urêa e os chloretos diminuem e o indican existe quasi sempre.

**Inanição, cachexia.** — O emmagrecimento e a perda de forças dependem dos vomitos. A cachexia, que vem em ultimo logar, traz a morte em pouco tempo.

**Symptomas physicos.** — Tensão abdominal, dilatação gastrica, peristaltismo estomacal, obstaculo pylorico sensivel e conteúdo estomacal.

**Tensão abdominal.** — Existe quasi sempre um abaulamento da região estomacal, devido á contracção tonica do estomago, em vista da qual o orgão pretende desembaraçar-se da sobrecarga alimentar. Este abaulamento é mais ou menos consideravel, conforme o grau de stenose.

Acontece algumas vezes a stenose ser grande e o abaulamento pequeno, porque os vomitos encarrgam-se de lançar os alimentos no exterior.

**Dilatação gastrica.** — É nas stenoses pyloricas que as dilatações gastricas são mais consideraveis, e tanto mais quanto a affecção é mais antiga. Isto, porém, nem sempre acontece, porque a dilatação depende de muitos outros factores, taes como: da quantidade de alimentos ingeridos, da frequência dos vomitos, da duração da doença, etc.

**Peristaltismo estomacal.** — É n'esta affecção que os

movimentos peristálticos do estomago são notaveis, com o fim de vencer a resistencia exagerada que encontram os alimentos.

Estas grandes ondulações propagam-se da esquerda para a direita, isto é, da grossa curvatura para o pyloro, levando cada um d'estes movimentos um minuto approximadamente. São exageradas pelos alimentos, a ponto que os doentes sentem-nas muitas vezes como uma contracção ligeiramente dolorosa.

Umas vezes são espontaneas, outras são provocadas pela percussão, pela aspersion com agua fria, pela excitação faradica das paredes abdominaes, etc.

N'alguns casos, que são raros, o peristaltismo do estomago póde ter logar sem obstrucção pylorica, e é então uma *simples nevrose*.

Kussmaul <sup>1</sup>, nos casos que observou, dá-lhe o nome de *agitacão peristáltica do estomago*.

As ondulações do estomago propagam-se algumas vezes em sentido inverso, tomando então o nome de *contracções antiperistálticas*.

Os movimentos peristálticos e antiperistálticos do intestino delgado observam-se algumas vezes; mas distinguem-se facilmente dos movimentos do estomago pela fórma que apresentam as ondulações.

As do intestino delgado são pequenas e propagam-se em regiões e direcções differentes, ao passo

---

<sup>1</sup> Einorhn. *Maladies de l'estomac*.

que as produzidas pelo estomago são quasi sempre grandes e propagam-se da parte superior da cavidade abdominal, da esquerda para a direita quando são peristalticas, e da direita para a esquerda quando são antiperistalticas.

**Residuo estomacal.** — Um estomago physiologico deve, dez a doze horas depois da refeição, estar sempre vasio. Logo que exista um residuo qualquer, alimentar ou de secreção, ha varias discucções.

A *gastrosuccorrhêa* ou *doença de Reichmann*, que acompanha bastantes vezes a stenose pylorica, é considerada por alguns medicos como uma entidade morbida; outros, como M. Hayem, opinam que significa a existencia d'uma retenção devida a uma stenose pylorica ligeira, a uma stenose infro-pylorica, ou que é indicio da existencia de adherencias multiplas do estomago, que impedem a evacuação.

Esta divergencia dá-se quando, pelo catheterismo feito em jejum, se obtem um liquido mais ou menos espesso, sem detricos alimentares reconhecidos pela simples inspecção.

Em certos casos, porém, o liquido é unicamente o indicio d'uma secreção anormalmente prolongada da mucosa, tendo como causa um estado nevropathia, que produz a excitação secretoria.

M. Hayem chama a este liquido — *post-digestivo*.

Se o liquido traz detricos alimentares — alguns alimentos ingeridos dias antes, — então todos os medicos estão d'accordo: *a stase alimentar é um signal positivo de stenose pylorica.*

Reichmann, que admite a existencia da gastro-succorrhêa, funda-se no seguinte: Á noite fez uma lavagem ao estomago do doente, até o liquido sahir claro, e recommendou-lhe que não tomasse nada até pela manhã. N'estas condições fez o catheterismo, e obteve um liquido abundante, com todos os caracteres d'um succo gastrico activo. Reichmann attribue á retenção a presença d'uma grande quantidade de liquido no estomago; mas não quer saber qual a sua causa.

Outros auctores, como Debove, Bouveret, etc., admittem tambem a gastrosuccorrhêa como entidade morbida, mas attribuem a retenção á atonia do orgão.

M. Hayem diz que o liquido obtido pela manhã, em jejum, é devido a uma retenção tendo em suspensão residuos alimentares, e que a composição varia com a constituição anatomica e com o funcionamento do systema glandular.

A hypersecreção é o resultado da excitação secretoria produzida pela retenção dos detricos alimentares.

O mesmo auctor não só se funda nas autopsias que fez — pois encontrou sempre obstaculo ao nivel ou na visinhança do pyloro, — mas tambem nas operações pôde reconhecer diversos obstaculos á passagem dos alimentos do estomago para o intestino.

M. Linossier attribue a opinião de Hayem ao espasmo. Hayem, porém, julga o espasmo incapaz de provocar uma retenção sufficiente para se manifestar de manhã, em jejum, d'um modo permanente.

«Não se explica — diz Hayem — o motivo por que, desde o momento em que cesse o espasmo, o estomago não se esvasie completamente.»

Doyen encontrou, em sessenta e um operados, quarenta e seis que pareciam não ter stenose intrínseca ou extrínseca, e que, durante a operação, apresentavam uma contracção espasmodica do sphincter.

D'isto se depreheende que uma certa obscuridade existe ainda sobre o *syndroma de Reichmann*.

É certo que a stenose póde ser a causa de retenção, de dilatação e de secreção; mas é possível que haja casos onde a hypersecreção seja primitiva e acompanhada secundariamente de espasmo.

Physiologicamente explica-se bem esta secreção permanente, visto que póde ter por origem uma modificação dos nervos secretorios, ou simplesmente uma perturbação vaso-motora. Se existem affecções primitivas dos nervos de secreção, não o sabemos <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> M. Hayem. *Traité de médecine et de thérapeutique*. — Luiz Pinatelle. *Applications de la gastro enterostomie*.

## Diagnostico e Prognostico

O diagnostico das doenças do estomago nem sempre é facil de fazer; e por mais d'uma vez tem o medico de reconhecer a insufficiencia dos seus recursos, em face dos immensos problemas que a organização morbida lhe offerece e que elle precisa resolver. Acontece isto em muitas doenças em que só o aturado estudo e a longa pratica do clinico podem resolver as difficuldades do diagnostico.

A doença, de que me occupo, pôde muitas vezes ser facilmente reconhecida, desde o momento em que se conservem bem fixos os differentes symptomas.

O catheterismo favorece bastante o diagnostico, porque a maior parte das vezes se encontra alimentos na cavidade gastrica, alguns dos quaes ingeridos dias antes.

Para confirmar esta retenção, empregamos uma refeição de prova (duas duzias de passas), visto que o involucro celluloso é facilmente reconhecido e difficil de digerir.

Uma vez feito o diagnostico da stenose pylorica, é necessario conhecer qual a sua natureza, para vêr o tratamento a seguir.

Como fica dito, a stenose benigna é uma doença longa, com periodos de bem-estar que duram um certo tempo (um ou dois annos, outras vezes mezes). Reconhece-se algumas vezes um tumor pequeno, liso e que não augmenta de volume.

A stenose maligna apresenta um tumor maior, de superficie desigual, augmenta de volume, dura pouco tempo (seis mezes approximadamente), e n'ella predominam os symptomas de inanição.

#### Diagnostico differencial

	Stenose benigna do pyloro	Stenose maligna do pyloro
<b>Duração da doença</b>	Doença de longa duração (2 a 15 annos).	Doença de curta duração (5 mezes a 1 $\frac{1}{2}$ anno).
<b>Marcha da doença</b>	Longos intervallos sem dôr.	Não ha intervallos, mas exacerbação gradual e constante dos symptomas.
<b>Tumor . . . . .</b>	Em geral ausente.	Existe na maioria dos casos.

A analyse do conteúdo estomacal tambem favorece bastante o diagnostico differencial.

Conteúdo estomacal

	Stenose benigna do pyloro	Stenose maligna do pyloro
HCl livre . . . . .	Existe quasi sempre.	Quasi sempre ausente.
Acido lactico . . . . .	Ausente na maioria dos casos.	Em geral presente.
Acidez . . . . .	Augmentada.	Entre 30 a 90.
Presura . . . . .	Sempre presente.	Varia.
Cheiro . . . . .	Desagradavel.	Muito fétido.

Aos doentes por mim observados foi administrada a refeição de prova de Ewald (250 gr. de chá sem asucar e 60 gr. de pão de trigo sêcco), depois de lavar bem o estomago, e, feitas as analyses, deram pouco mais ou menos o resultado que acima apresento.

Devo dizer que o cancro succede algumas vezes á ulcera, e a analyse dá-nos HCl e não acido lactico; outras vezes, em casos de ulcera antiga acompanhada de atrophia da mucosa gastrica, o typo clinico pôde ser o de aepsia, isto é, o que se encontra habitualmente no cancro.

Se o liquido obtido pelo catheterismo é regularmente bilioso, pôde dizer-se que o logar da stenose

---

é por baixo da ampolla de Vater; mas nem sempre, porque a bilis pôde ser o indicio d'uma deslocação do estomago e abaixamento do pyloro, permittindo o refluxo da bilis.

---

\*

---

\* \*

O prognostico é grave, principalmente nas stenoses malignas, que teem uma evolução rapida; nas benignas pôde muito bem não o ser.

## Tratamento

**Tratamento palliativo.**— É nas stenoses benignas, ao principio, que devemos empregar este tratamento. Póde não fazer desaparecer a doença, mas manifestam-se muitas vezes melhoras progressivas.

O tratamento palliativo consiste n'um regimen liquido ou mixto, em lavagens do estomago em jejum e na administração de medicamentos que impeçam a fermentação (benzonaphtol, salol, bismutho, resorcina, etc.).

Os auctores divergem no regimen alimentar a seguir: uns querem o liquido, outros o mixto, sendo reduzida ao minimo a quantidade de liquidos introduzidos no organismo pela via digestiva.

Foi este o regimen que seguimos durante o anno, dando ao doente leite em pequena quantidade, ovos

quentes, farinha de maizena, carne em polpa, etc.; como a alimentação era insufficiente, applicava-lhe ao mesmo tempo um clyster alimenticio todos os dias:

Soluto salino normal . . . . .	100 gr.
Peptonas . . . . .	30 »
Cognac . . . . .	15 »
Gemma d'ovo . . . . .	uma.

Clysteres salinos de solução normal [redacted] e injeções de strychnina todos os dias.

As injeções rectaes d'agua (100 gr. de tres em tres horas, até 600 a 800 gr. por dia), recommendadas por Unverricht, são muito uteis quando os doentes teem sede e quando as urinas diminuem.

Havendo hyper-acidez do succo gastrico, devida a acidos de fermentação, ou a HCl em excesso, empregavamos alcalinos para *saturar ou neutralisar* os acidos do conteúdo gastrico.

As lavagens do estomago, por causa da retenção, não devem ser frequentes, porque expõem a accidentes de collapsus por deshydratação do organismo e augmentam a atoniã.

O numero de contra-indicações, na evacuação do conteúdo estomacal, varia com os auctores.

Para Hayem, quasi que só as hematemeses e as ulceras ainda não cicatrizadas constituem verdadeiro inconveniente da tubagem. Para outros, são obstaculo: as hemorragias recentes (sobretudo as do esto-

magão, cérebro e vias respiratorias), a arterio-esclerose generalizada, a cachexia, a tuberculose avançada, as doenças do coração com palpitações, os aneurismas do coração e dos grossos vasos e todos os estados em que se tema, com esta operação, prejudicar os doentes em vez de lhes fazer bem.

Nos casos graves (vômitos frequentes e dôres vivas) deve o doente estar de cama e ser alimentado pela vida rectal durante uns dias. Começa-se depois com o regimen lacteo gradualmente, dando-lhe no primeiro dia duas colheres de leite a todas as horas; no dia seguinte tres colheres, e assim successivamente, tendo o cuidado de fazer (de cinco em cinco dias pouco mais ou menos) uma lavagem ao estomago, com o fim de vêr se ha ou não retenção.

D'este modo pôde fazer-se adaptar o estomago primeiro a um regimen liquido, e mais tarde a outro mais substancial.

Einthon recommenda, no tratamento das stenoses benignas, a massagem da região pylorica (dez minutos, duas vezes por dia).

No caso do doente não obter melhoras, isto é, persistindo as dôres, os vômitos e o emmagrecimento, deve abandonar-se este tratamento e recorrer á intervenção cirurgica, unico meio de lhe salvar a vida.

**Tratamento cirurgico.**— É nas stenoses benignas muito avançadas e no comêço das malignas que devemos empregar este tratamento.

Nem todas as stenoses malignas devem ser ope-

radas<sup>1</sup>, visto que a vida dos doentes não se prolonga por muito tempo em certos casos, taes como:

- 1.º Quando o cancro está generalisado ;
- 2.º Quando o tumor está fortemente adherente a outros órgãos;
- 3.º Quando a anemia e a cachexia são muito pronunciadas;
- 4.º Nos doentes velhos;
- 5.º Quando o tumor é muito vasto.

#### STENOSES MALIGNAS

Uma neoplasia maligna só póde curar-se fazendo a extirpação total d'essa neoplasia.

#### **Pylorctomia**

*Pylorctomia* é a resecção do pyloro.

INDICAÇÕES. — Cancro circumscripto, movel, pouco ou nada adherente e sem propagação ganglionar ou a outros órgãos. No caso contrario, alguns cirurgiões empregam a gastro-enterostomia como operação palliativa.

TRATAMENTO PRE-OPERATORIO. — É inutil proceder a lavagens prévias do estomago, porque não se consegue a asepsia rigorosa e traz, por outro lado, inconvenientes.

---

<sup>1</sup> As differentes estatisticas o provam.

Nos doentes habituados a lavagens do estomago, estas não são deprimentes, e parece-me haver algumas vantagens em desembaraçar o estomago do seu conteúdo.

A alimentação tónica, os clysteres alimentícios e as injeções de sôro physiologico constituem a melhor preparação do doente.

OPERAÇÃO. — A pylorotomia pôde fazer-se por tres processos:

a) *Processo de Péan-Billroth-Wöfler (gastro-duodenorrhaphia)*. — Consiste na resecção do pyloro e na reunião, tampo a tampo, do estomago e intestino.

Divido-o em seis tempos:

1.º *Laparotomia exploradora*. — Incisão, na linha média, do appendice xyphoideu ao umbigo, ou mesmo abaixo, se a dilatação fôr grande. Examinar a região pylorica anterior, e, se necessario fôr, a posterior, rasgando com os dedos ou com uma sonda o ligamento gastro-colico e o pequeno epiploon, normalmente ás curvaturas gastricas e em sitios avasculares. Passando o dedo através, explora-se com facilidade a face posterior do pyloro, com o fim de vêr se existem adherencias ao mesocolon transversu, ao colon transversu, á cabeça do pancreas, etc., e, n'este caso, regista-se a pylorotomia.

2.º *Isolamento do pyloro* (isto é, do tumor). — Destaca-se das suas inserções epiploicas por meio d'uma espatula romba ou dos dedos, primeiro ao longo da grande, depois da pequena curvatura, nos limites da neoplasia; laqueiam-se provisoriamente os vasos por

meio de pinças, á medida que se vão abrindo. D'este modo é facil repuxar para fóra a parte isolada e proceder á applicação das pinças isoladoras no estomago e duodeno, a uma certa distancia da linha da exeresse. Guarnece-se o campo operatorio com compressas esterilizadas, humidas e quentes, passando umas por baixo do tumor e rodeando-o com outras.

3.º *Pylorectomy*. — Dividir obliquamente, com uma tesoura, as duas paredes do estomago. Á medida que se vão incisando os vasos mais importantes, applicam-se pinças ou sêda fina. A incisão deve cortar, além do tumor, uma faixa de tecido são, medindo 3 centimetros de largura; revira-se este para o lado de fóra e incisa-se o duodeno no mesmo sentido obliquo, comprehendendo tambem uma faixa de tecido são. Faz-se a hemostase e desinfectam-se os bordos seccionados.

4.º *Gastrorrhaphia e gastroduodenorrhaphia*. — Como as duas secções apresentam um calibre desigual, é necessario fechar primeiro, do lado gastrico, uma parte correspondente á differença das secções, chamada *sutura de oclusão*, e fazer depois a adaptação, tópo a tópo, dos dois órgãos. Esta sutura denomina-se *sutura de reunião*.

5.º *Recomposição dos órgãos, toilette do campo operatorio*. — Depois de verificar as suturas e desinfectar cuidadosamente todas as partes, reduzir o estomago e o duodeno na cavidade abdominal.

6.º *Sutura das paredes abdominaes*. — É muito variavel o processo empregado. Billroth fazia a cos-

tura em tres andares: peritoneo, musculo aponevrotico e cutaneo. Sãnger toma nos pontos de sutura todos os tecidos. Outros cirurgiões fazem primeiro uma sutura contínua, a catgut, dos bordos peritonias, e applicam depois os pontos de Sãnger, interessando todos os tecidos, á excepção do peritoneo.

b) *Processo de Kocher (gastro-duodenostomia)*. — O duodeno é implantado lateralmente na parede estomacal, depois de oclusão, em fundo de sacco, da abertura proveniente da resecção.

Os primeiros e ultimos tempos executam-se como no processo de Péan-Billroth-Wölfler.

Kocher faz a oclusão completa da cavidade estomacal e aproxima depois o duodeno da face posterior do estomago, por fórma que possa fazer-se uma sutura contínua entre as duas paredes posteriores, comprehendendo apenas as serosas. Incisa então a parede posterior do estomago, n'uma extensão correspondente ao duodeno e a certa distancia ( $\frac{1}{2}$  a  $\frac{3}{4}$  de centimetro) da sutura serosa posterior; laqueia os vasos e reune os bordos posteriores das incisões gastrica e intestinal por uma sutura contínua. Em continuidade immediata com esta sutura posterior, reune os bordos anteriores das incisões, applica depois uma sutura serosa anterior sobre a sutura profunda e ata as extremidades aos fios da sutura serosa posterior, que deixa para este fim.

c) *Processo de Billroth (pylorectomia combinada com a gastro-enterostomia)*. — Consiste em fechar as duas extremidades, gastrica e duodenal, depois da resecção

do pyloro, e anastomosar uma ansa jejunal com a parede anterior ou posterior do estomago.

Como este processo é uma combinação da pylorotomia e gastro-enterostomia, é inutil descrevê-lo aqui.

O mais empregado d'estes processos é o de Péan-Billroth-Wölfler; mas alguns cirurgiões preferem o de Kocher, e outros o de Billroth, na ressecção pylorica excessivamente extensa.

TRATAMENTO POST-OPERATORIO.—É muito variavel.

Billroth, pouco depois da operação, dá bocados de gêlo se a sêde é muito intensa, e clysteres alimenticios durante alguns dias. No dia seguinte, pela bocca, leite fervido frio com cognac ou chá com rhum. Nos dias immediatos, caldo com ovos quentes, para depois dar comêço á alimentação solida.

Roux dá aos doentes, tres a quatro horas depois da operação, agua, champagne, chá ou leite. No dia seguinte deixa-os comer do que lhes appetece, não só para evitar que elles morram de inanição, como para restabelecer a circulação no tubo digestivo.

Kocher sustenta os doentes, nos primeiros tres a quatro dias, com clysteres alimenticios, não lhes permittindo gêlo ou qualquer liquido com que mitiguem a sêde.

## STENOSES BENIGNAS

A *gastro-enterostomia* é a operação de escolha n'estas stenoses.

As diferentes estatísticas <sup>1</sup> mostram que a mortalidade é consideravelmente baixa em relação á *pylorectomia* e á *pyloroplastia*.

A *pyloroplastia* não dá a certeza de cura, porque os casos de recidiva são frequentes, e a *pylorectomia* é excluída pela sua gravidade.

Na obstrucção do pyloro, devida a um calculo ou tumor, recorre-se primeiro á extirpação do corpo estranho, e, na sua impossibilidade, executa-se então a *gastro-enterostomia*.

Nas stenoses por processos inflammatorios periphericos (de origem gastrica ou hepatica) faz-se a destruição das adherencias pelo thermocauterio, afim de evitar as recidivas. Se a destruição é impossivel, recorre-se á *gastro-enterostomia*.

**Gastro-enterostomia**

***Gastro-enterostomia.*** — Consiste na formação d'um orificio artificial, que permita a passagem do conteúdo do estomago para o intestino.

---

<sup>1</sup> A média das diferentes estatísticas é pouco mais ou menos: *gastro-enterostomia*, 3 a 12 0/0; *pyloroplastia*, 48 0/0; *pylorectomia*, 57 0/0.

Foi executada a primeira vez por Wöfler em 1881.

É a primeira ansa do jejuno que deve anastomosar-se á face anterior ou posterior do estomago, visto ser bastante elevada e a parte do intestino inutilisado ser muito curta.

No primeiro caso diz-se *anterior*, no segundo *posterior*.

A gastro-enterostomia anterior diz-se *antecolica* ou *retrocolica*, conforme a ansa intestinal anastomosada passa por diante ou por detraz do colon.

A gastro-enterostomia posterior diz-se *transepi-  
ploica* e *transmesocolica*, porque a anastomose faz-se através d'um buraco praticado no epiploon gastrocolico, e depois através d'um segundo buraco feito no mesocolon com o fim de procurar o jejuno; e *transmesocolica*, porque, depois de ter levantado o colon transverso e o seu meso, pratica-se n'este ultimo um buraco, através do qual se consegue fazer a anastomose.

#### a) GASTRO-ENTEROSTOMIA ANTERIOR

*Gastro-enterostomia anterior antecolica (processo de Wöfler).*

PREPARAÇÃO DO DOENTE. — A mesma que ficou indicada para as pylorectomias.

OPERAÇÃO. — Dividimol-a em cinco tempos:

1.º *Laparotomia exploradora*. — Incisão, na linha

média, de uns 10 a 12 centímetros— $\frac{2}{3}$  supra-umbilicaes e  $\frac{1}{3}$  infra-umbilical. Exploração do estomago e fixação definitiva da operação a executar.

2.º *Pesquisa da ansa intestinal e isolamento das regiões a anastomosar.* — Levanta-se o grande epiploon e o colon transverso para procurar o ponto de reparo — préga duodeno-jejunal — á esquerda da columna vertebral, e, reconhecida esta, segue-se o intestino n'uma extensão de 40 a 50 centímetros e marca-se n'este ponto a anastomose. Isolam-se uns 10 centímetros entre duas pinças, e faz-se no estomago, sobre a grande curvatura e tão perto quanto possível da inserção do epiploon, uma préga que se isola tambem por uma pinça.

3.º *Gastro-enterostomia.* — Approxima-se a ansa intestinal da préga estomacal isolada para fazer a anastomose, de maneira que a corrente alimentar no intestino siga a mesma direcção que no estomago, isto é, conservando a ansa afferente á esquerda e a ansa efferente á direita. A incisão do intestino é feita no bordo opposto á inserção mesenterica e n'uma extensão de 5 centímetros. É necessario não esquecer o isolamento do campo operatorio por compressas humidas e quentes, e enxugar qualquer liquido que possa sahir das aberturas visceraes.

4.º *Reposição dos órgãos, toilette do campo operatorio.* — Depois de rigorosa asepsia, collocam-se os órgãos nos seus logares.

5.º *Sutura das paredes abdominaes.* — Qualquer dos processos empregados nas pylorectomias.

**Gastro-enterostomia anterior retro-colica** (*processo de Brenner*). — Foi executada em 1892.

Depois de encontrar a porção inicial do jejuno, recalca de traz para diante o mesocolon transverso e o epiploon gastro-colico para baixo da grande curvatura do estomago, e escolhe uma zona onde, encostados e desprovidos de vasos, possa fixar os dois folhetos peritonias por quatro pontos de sutura, de maneira a fechar a cavidade posterior dos epiploons. Faz uma incisão longitudinal e paralela aos vasos, entre os pontos de sutura, e pela fenda traz a ansa jejunal até á parede anterior, a qual se liga como no processo de Wölfler.

#### b) GASTRO-ENTEROSTOMIA POSTERIOR

a) **Processo de Courvoisier**. — Consiste em anastomosar a ansa duodeno-jejunal á face posterior do estomago, perfurando o grande epiploon e mesocolon transverso para approximar a ansa do estomago.

Este methodo está abandonado, por ser difficil fazer uma sutura em boas condições.

b) **Processo de von Hacher**. — Consiste em anastomosar a ansa intestinal á face posterior do estomago, fazendo uma fenda no mesocolon transverso.

O 1.º tempo é commum a todas as operações gastricas; o 2.º executa-se como no processo de Wölfler, até ao encontro da préga duodeno jejunal; o 3.º é completamente diverso.

A anastomose faz-se a 15 centímetros da préga duodeno-jejunal. Levantando o estomago, o epiploon e o colon transverso, de modo a conservar tenso o mesocolon transverso, von Hacher procura perfural-o, em certo ponto, com uma tesoura, n'uma direcção parallela aos vasos e que lhe dê accesso directo á face posterior do estomago. Obtida esta fenda, faz passar por ella uma préga do estomago, que isola e fixa aos bordos da abertura por uns pontos separados de modo a evitar o estrangulamento da anastomose. Isola a ansa intestinal por pinças ou por dois fios de sêda passados através do mesenterio, e aproxima então os dois orgãos para proceder á sutura serosa posterior; em seguida faz no estomago uma incisão de 5 centímetros pouco mais ou menos, e outra no intestino, e reúne os bordos das incisões por uma sutura posterior das tres tunicas, uma sutura anterior identica e uma sutura serosa anterior.

O 4.º e 5.º tempo são identicos ao processo de Wöfler.

Não esquecer o isolamento do corpo operatorio com compressas humidas e quentes.

c) **Processo de Roux**<sup>1</sup> (*gastro-enterostomia posterior em Y*). — Todos os tempos, até á incisão do mesocolon transverso, como no processo de von Hacker.

Secção total do intestino, entre duas pinças de Kocker, prolongada pelo mesenterio fóra até á pri-

---

<sup>1</sup> Roux. *La gastro-enterostomia*. Paris, 1903.

meira bifurcação arterial (secção a 30 ou 40 centímetros do musculo de Treitez).

O tampo superior é envolvido n'uma compressa e posto para o lado esquerdo; o tampo inferior aproxima-se da préga do estomago, que passa pela fenda do mesocolon transverso, e procede-se em seguida:

1.º Sutura contínua sero-serosa, a 1 centimetro da grande curvatura e paralela a ella;

2.º Incisão da sero-muscular estomacal e intestinal a 0<sup>m</sup>,5 da sutura, e em seguida sutura contínua sero-muscular;

3.º Abertura da mucosa gastrica e secção do tampo inferior do jejunio por detraz da pinça de Kocker; sutura contínua muco-mucosa em volta de todo o orificio creado;

4.º Sutura sero-muscular anterior;

5.º Sutura sero-serosa anterior;

6.º Deixa-se escorregar o estomago pela fenda aberta no mesocolon, e fixa-se aos bordos da fenda por quatro a cinco pontos de catgut. Todas as outras suturas com sêda.

Antes de fazer a anastomose jejunio-jejunal, é necessario collocar um clampo perto do novo pyloro, sobre a ansa inferior. Presa esta ansa a 20 ou 30 centímetros do estomago, aproxima-se-lhe o tampo superior do jejunio e anastomosa-se perpendicularmente, como se fez para o estomago.

A incisão é paralela ao eixo do intestino. Escolhe-se, sendo possível, a face opposta ao mesenterio, e faz-se uma incisão mais curta do que o diametro

do intestino, de modo a obter uma comunicação mais semelhante a uma grande ampolla de Vater do que a uma implantação ordinaria. N'estas condições passa a bilis e alguns alimentos que tenham conseguido atravessar o pyloro, afim de evitar vomitos, que se produziriam se essa passagem fosse difficil-tosa.

Terminadas as duas anastomoses, fixemos, por quatro ou cinco pontos de catgut, os bordos da fenda mesenterica, afim de evitar a introducção d'uma ansa intestinal nos orificios constituídos durante a operação.

Os ultimos tempos são semelhantes aos do processo de von Hacker.

\*

\*

\*

Entre os diversos processos descriptos prefiro, sempre que pössa, fazer a *gastro-enterostomia posterior* de Roux; mas, se o estado do doente não permite que se prolongue a operação por muito tempo, devemos praticar o processo de von Hacker.

A *gastro-enterostomia anterior* não póde assegurar a evacuação completa do orgão, porque o orificio do pyloro artificial fica situado a um nivel bastante superior ao da parte mais declive d'esse orgão (2 centimetros acima do ligamento gastro-colico). N'este caso ha de existir retenção, a não ser em ca-

—  
sos excepcionaes de estomagos não dilatados, com a musculatura normal ou mais energica, vomitos de bilis e succo pancreatico, compressão do colon transverso, formação d'espório na ansa anastomosada, curvaturas bruscas observadas ao nivel do orificio anastomotico, devidas ao peso do colon e epiploon, etc. — inconvenientes estes a que se podem attribuir alguns casos fataes.

O processo de von Hacker tem muitas vantagens sobre a gastro-enterostomia anterior: 1.º o novo pyloro póde ficar na parte mais declive de todo o estomago; 2.º a ansa do jejuno, a partir da préga duodeno-jejunal, não descreve nenhuma curvatura anormal; 3.º não ha longos trajectos nem transposição de visceras a effectuar (os orgãos estão quasi em relações immediatas, e n'ellas continuam com insignificantes alterações); 4.º o doente, mesmo no decubito dorsal, não apresenta retenção.

O processo de Roux tem, além de todas estas vantagens, a de não permittir o refluxo de bilis e succo pancreatico, e a de evitar accumulção de liquido na ansa duodenal; mas leva mais tempo a executar.

Este methodo restabelece <sup>1</sup> com perfeição as circulações alimentar, biliar e pancreatica.

Para os casos em que a parede posterior fôr inaccessible ou cancerosa, empregam alguns cirurgiões a *gastro-enterostomia anterior* de Wölfler.

---

<sup>1</sup> *Revue de chirurgie* — Tavel.

TRATAMENTO POST-OPERATORIO. — É identico ao das pylorectomias.

### **Pyloroplastia**

É pouquissimo empregada, porque a sutura transversal deve fazer-se em tecido são e póde vir a recidiva. Foi primeiro praticada por Heineke em 1886.

OPERAÇÃO. — Dividimol-a em quatro tempos:

1.º *Laparotomia exploradora*. — Identica á dos outros processos.

*Incisão*. — Depois de limitar o campo operatorio com compressas asepticas e de fechar por oclusão provisoria, pelas mãos d'um ajudante, o estomago e o duodeno, visto ser impossivel a applicação de pinças sem descollamento de epiploons, fazer uma incisão longitudinal de 8 centimetros na parede anterior do pyloro e sutural-a depois transversalmente.

3.º *Sutura e toilette*. — A sutura é feita em dois andares: um de pontos separados, comprehendendo todas as tunicas, outro apenas seroso, com sutura contínua.

4.º *Sutura da cavidade abdominal*. — É identica á dos outros processos.

# OBSERVAÇÕES

---

## Observação I

*Dr. Azevedo Maia*<sup>1</sup>. *Stenose cicatricial do pyloro. Gastro-enterostomia posterior pelo processo de von Hacker. Morte no fim do 6.º dia. Autopsia.*

A. P. Braga, de 34 annos de idade, viuvo, sargento-enfermeiro, natural do Porto e residente em Macau, entrou para a enfermaria n.º 3 (clinica medica) do Hospital da Misericordia do Porto em 6 de novembro de 1905, queixando-se do estomago.

*Historia.* — Andando um pouco incommodado do estomago, tomou um purgativo salino, e n'esse mesmo dia caldo de feijão; mas á noite sentiu uma dôr

---

<sup>1</sup> Professor A. Maia. *Operação da gastro-enterostomia.* 1905.

muito forte no estomago, e, d'ahi por diante, todos os dias tinha dôres de estomago, que desapareciam com liquidos quentes; no caso das dôres serem muito violentas, tomava cognac.

Depois das dôres alliviarem um pouco mais, começou a ter vomitos, principalmente de noite, de liquidos amargos, que o não deixavam dormir.

Estes vomitos foram depois substituidos por outros de comida. Não sentido melhoras, veio para o Porto por conselho medico, e entrou para o hospital no dia acima indicado.

*Antecedentes pessoais.* — Foi para o Brazil na idade de 4 annos, onde esteve até aos 14; apenas alli foi atacado de febre amarella. Passou depois para Macau, e, logo que aqui chegou, teve uma febre ligeira. Mais tarde teve ictericia, uma blenorragia que passou ao estado chronico, cancrios molles e uma adenite. Foi em Macau que começou a padecer do estomago, devido a irregularidade nas horas de comida e a excesso de bebidas brancas.

*Antecedentes hereditarios.* — A mãe apenas padece do estomago. O pae morreu quando o doente tinha 4 annos; por isso não se lembra de coisa alguma.

Teve quatro irmãos, um dos quaes morreu com uma doenca do coração, e os outros tres são vivos e sadios. A mulher foi saudavel. Teve tres filhos: um morreu de angina, na idade de 12 annos; outro morreu com peste, na idade de 18 mezes; o terceiro é saudavel.

*Estado actual.* — Reconheci que o doente apresentava uma grande dilatação gastrica, peristaltismo estomacal exagerado, vomitos (alguns com parcelas alimentares dos dias anteriores), ruido de vascojejo em jejum, dôres, emmagrecimento progressivo, falta de appetite e as evacuações raras.

*Diagnostico* — Em face dos elementos colhidos, o diagnostico impõe-se: *stenose pylonica*.

*Tratamento.* — Applicou-se-lhe o tratamento paliativo, e, como não obtivesse melhoras, foi operado — gastro-enterostomia posterior — no dia 19 de novembro de 1905, demorando a operação 50 minutos.

#### DIARIO

Dia 19. — 6 horas da tarde: temperatura, 36,3; pulso, 85 pulsações por minuto. Conservou-se bem. Injecção de soro physiologico, alimentação rectal. Às 2 horas da noite levantou-se, andou a passear no quarto e bebeu duas garrafas de litro d'agua de Vidago. Isto contou-me o doente, porque os enfermeiros estavam n'outras enfermarias.

Dia 20. — Manhã: temperatura, 36,6; pulso, 105. Tarde: temperatura, 36,5; pulso, 105. Tomou, de hora em hora, duas colhéres de leite e uma de agua de Vidago. Alimentação rectal.

Dia 21. — Manhã: temperatura, 36; pulso, 105. Tarde: temperatura, 36,6; pulso, 107. Duas colhéres de leite e uma d'agua de Vidago de hora em hora.

Lavagem do estomago com agua de Vidago. Alimentação rectal; uma injeção de morphina, porque os vomitos não o deixavam socegar durante a noite.

Dia 22. — Manhã: temperatura, 36,3; pulso, 105. Tarde: temperatura, 37; pulso, 108. Duas colhêres de leite e uma d'agua de Vidago. Alimentação rectal; injeção de morphina; vomitos.

Dia 23. — Manhã: temperatura, 36,2; pulso, 108. Tarde: temperatura, 36,4; pulso, 108. Dôr localisada no hypochondro esquerdo, augmentando pela pressão. Vomitos biliosos, soluços. Tomou leite gelado e champagne. Alimentação rectal.

Dia 24. — Manhã: temperatura, 35,6; pulso, 108. Tarde; temperatura, 37,4; pulso, 108. Dôr no hypochondro esquerdo, vomitos biliosos. Leite gelado e champagne.

Falleceu ás 8 horas da noite.

*Autopsia.* — Foi feita no dia 25 pela manhã. Encontramos os labios da incisão perfeitamente sêccos. Tirei para fóra o estomago e uma porção do duodeno, e vi que todos os pontos de sutura estavam em suppuração. Abri o estomago e reconheci a gastrite chronica, pela mucosa estar pouco espessa, lisa como uma serosa; havia dilatação dos vasos, e n'alguns pontos echimoses.

Proximo ao pyloro havia uma ulcera cicatrizada e, em volta, uma zona de adherencias — *peri-gastrite*.

Abri depois a cavidade thoraxica, e notei a existencia de symphise pleural.

*Conclusão.* — A causa da morte foi a peritonite septica. Fui auxiliado na autópsia pelo meu condiscipulo Americo Luiz de Vasconcellos, e ambos apparecemos, no fim de quatro dias, com uma infecção.

## Observação II

*Dr. A. Maia. Stenose cancerosa do pyloro Gastro-enterostomia posterior. Cura operatoria.*

J. R. Machado, de 56 annos de idade, solteiro, jornaleiro, natural da freguezia de Rebordello, concelho de Amarante, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 10 de dezembro de 1905, queixando-se do estomago.

*Historia.* — Haveria dois annos que começára a notar que as suas digestões não eram faceis de fazer, pois sentia peso, calor, oppressão no epigastro e regurgitações acidas, que lhe produziam, ao longo do esophago, uma sensação de queimadura. Pouco depois appareceram-lhe dôres, que augmentavam com a alimentação e diminuiam com os vomitos e com as mudanças de posição. Teve duas ou tres hematemeses pouco abuntantes. Consultou alguns medicos, e, como não obtivesse melhoras, resolveu entrar para o hospital.

*Antecedentes pessoais.* — Lembra-se de ter sarampo, variola e influenza. Gostava bastante de vinho e bebidas brancas.

*Antecedentes hereditarios.* — O pae morreu aos 65 annos de idade; era alcoolico. A mãe morreu aos 70, d'uma congestão cerebral.

Tem tres irmãos saudaveis, mas alcoolicos.

*Estado actual.* — O estado geral é de cachetico. A inspecção não mostra nenhuma saliencia no abdomen. Á palpação dá-nos o ruido de vascoejo, e não reconhece o tumor, porque o figado cobria a região pylorica. Não ha febre. Defecação só com o auxilio de clysteres.

Administrou-se ao doente a refeição de prova de Ewald, com o fim de analysar o conteúdo gastrico, e favoreceu-nos o diagostico. Eis o resultado: não contém HCl livre, mas sim acidos anormaes, a que é devida toda a acidez.

*Diagnostic.* — Tendo em consideração o emmagrecimento progressivo do doente, os vomitos, as dôres, a stase alimentar, forçoso era pensar na stenose pylorica. Relacionando estes symptomas com a idade do doente, com a anachlorhýdria e a presença do acido lactico, e ainda com o estado cachetico, era licito pensar n'um carcinoma da região pylorica.

*Tratamento.* — Foi palliativo até o dia 25 de janeiro de 1906, em que foi operado.

Feita a laparotomia exploradora, viu-se que a neoplasia era grande; por isso, pôz-se de parte a pylorctomia e fez-se a gastro-enterostomia.

Houve pequenas irregularidades de temperatura e do pulso.

Sahi do hospital, um pouco melhor, no dia 21 de fevereiro de 1906.

### Observação III

F. C. Bilhós, solteiro, jornalista, de 35 annos de idade, natural de Penajoia, concelho de Lamego, entrou para a enfermaria de clinica medica do Hospital de Santo Antonio no dia 9 de novembro de 1905, queixando-se do estomago.

*Historia.* — Ha seis annos sentiu, no estomago, umas dôres fortes, que diminuiam um pouco com attitudes differentes, principalmente no decubito dorsal, e com uma pequena porção de aguardente. Pouco tempo depois appareceram-lhe hematemeses de pouca duração. Voltou a trabalhar, mas, no fim de dois annos, sobrevieram-lhe de novo e tambem com pouca duração.

Ha um anno reappareceram-lhe as dôres e as hematemeses, mas mais persistentes, e por isso consultou um medico, o que não tinha feito nos dois primeiros ataques. Como de dia para dia se sentisse peor, entrou então para o hospital no dia acima mencionado.

*Antecedentes pessoas.* — Lembra-se de ter tido

uma pneumonia, febre typhoide, bronchites e uma blenorragia. Antes de lhe apparecerem as primeiras dôres no estomago, já o doente tinha feito uma gastrite, pois fazia mal as digestões, sentia calor, dôr, peso no estomago, tinha regurgitações acidas e erupções gazosas.

*Antecedentes hereditarios.* — A sua familia era toda saudavel.

*Estado actual.* — Reconheci que o doente apresentava um *facies* emaciado, movimentos respiratorios accelerados, dilatação gastrica, vascolejo, retenção, peristaltismo e vomitos. Tinha grandes dôres, a ponto de o não deixarem dormir, e hematemeses por vezes abundantes.

*Diagnostic.* — As hematemeses, os vomitos e as dôres fixas, exacerbando-se na occasião das refeições, levaram-me ao diagnostico de ulcera do estomago acompanhada de stenose pylorica.

*Tratamento.* — Foi-lhe dado o tratamento palliativo; porém, como as melhoras não eram nenhuma, estava indicada a gastro-enterostomia. O doente, ao saber que precisava de ser operado, recusou-se a isso e sahiu do hospital.

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia.** — São inaceitaveis os nomes de buraco obludador, oval ou subpubico.

**Histologia.** — A substancia fundamental do tecido cartilangeo dá origem a tres fórmãs fundamentaes de cartilagem.

**Pathologia geral.** — A hereditariedade é a causa mais commum da escrofula.

**Physiologia.** — Os dois phenomenos vascular e secreto-rio, provocados pela excitação da corda do tympano, são independentes um do outro.

**Anatomia topographica.** — O systema vascular do couro cabelludo não adhere ao tecido cellular subcutaneo.

**Pathologia externa.** — O catheterismo é muitas vezes a causa de infecções.

**Anatomia pathologica.** — A presença de falsas membranas não basta para o diagnostico da angina diphtherica.

**Materia medica.** — Os effeitos vomitivos do tartaro emetico não dependem simplesmente da sua acção directa sobre o estomago.

**Operações.** — A operação de escolha nas stenoses pyloricas não cancerosas é a gastro-enterostomia.

**Pathologia interna.** — Julgo indispensavel o exame bacteriologico no diagnostico da diphtheria.

**Hygiene.** — Reprovo todo o modo de cumprimentar que possa ser o vehiculo da transmissão de infecções.

**Obstetricia.** — A syphilis é uma causa frequente de abortos e partos prematuros.

**Medicina legal.** — É criminoso todo o individuo que conscientemente contamina outro.

---

Visto,  
R. Frias,  
Presidente.

Póde imprimir-se,  
Moraes Caldas,  
Director.

## ERRATAS

---

Pag.	Linhas	Onde se lê	Lêa-se
24	9	valor diagnostico	valor para o diagnostico
25	1-2	dá-nos vascolejo	dá-nos o vascolejo
26	13	Sensoldt	Pensoldt
34	8	decimos	decimas
44	18-19	o estomago se contráe	os estomagos se contraíam
63	25	registá-se	regeita-se
85	1-2	oblurador,	obturador,
•	3-4	cartilanígeo	cartilagineo