

A DILATAÇÃO DO ESTOMAGO

74/6 EHC

6  
GUILHERMINA DE MORAES SARMENTO

787

# A Dilatação do Estomago

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO  
IMPRESA PORTUGUEZA  
Rua Formosa, 112

—  
1894

7416 EMC

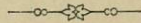
# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

*Dr. Wenceslau de Souza Pereira de Lima*

SECRETARIO O ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



## CORPO CATHEDRATICO

### LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.<sup>MOS</sup> E EX.<sup>MOS</sup> SRs.

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

### LENTES JUBILADOS

Secção medica . . . . .	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica . . . . .	Visconde de Oliveira.

### LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica . . . . .	{ Maximiano A. Lemos.
	{ Vaga.
Secção cirurgica . . . . .	{ Ricardo d'Almeida Jorge.
	{ Candido Augusto C. de Pinho.

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica . . . . .	Roberto B. do Rosario Frias.
----------------------------	------------------------------

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

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

A MEU PAE

Á MEMORIA DE MINHA MÃE

A MINHAS IRMÃS E A MEU IRMÃO

A MEU PADRINHO

O ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SR.

*Deutor Theophilo Braga*

Lente cathedratico do Curso Superior de Letras

Exemplo raro de honradez e de trabalho

Em signal de profunda homenagem á sua carinhosa amizade, ao seu nobilissimo character e á sua incontestavel superioridade intellectual.

Á ILL.<sup>MA</sup> E EX.<sup>MA</sup> SR.<sup>A</sup>

*D. Maria do Carmo Xavier Braga*

A MEU TIO-AVÔ

Jeronymo de Moraes Sarmiento

A MEU PRIMO

O ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

*Dr. Antonio Augusto Soares de Sousa Cirne*

Á MEMORIA

DO

**DR. ANTONIO VICTORINO DA MOTTA**

Aos meus professores

Ad meu presidente

## DUAS PALAVRAS

---

*Entre a vastidão de assumptos que a medicina moderna nos offerecia para a elaboração da nossa dissertação inaugural, demos a preferencia á Dilatação do estomago, não porque dispozessemos, para a realisação do nosso intento, de conhecimentos excepcionaes, mas porque a frequencia e a generalidade d'esta affecção, attendendo ás innumeradas causas que a determinam, nos solicitaram persistentemente a nossa singela curiosidade scientifica. Apesar dos esforços que empregamos para desenvolver o assumpto nos termos da importancia que elle merece, diznos a consciencia que muito longe ficamos de ter conseguido, não já um trabalho completo, que muito superior seria*

isso aos fracos recursos de que dispomos, mas, ao menos, um estudo bem claro e elucidativo da doença, sob todos os seus pontos de vista. Todavia, lançando mão, não só dos conhecimentos que o nosso curso nos facultou, senão também das indicações que os melhores tractados sobre a materia nos offereceram, procuramos redigir esta dissertação com o concurso exclusivo da nossa boa vontade. Se das rapidas paginas que seguem, poder transparecer, ao menos, o firme desejo que tivemos de agradar aos illustres professores que sobre ellas hajam de emittir parecer, esta simples circumstancia nos compensará largamente os esforços que dispendemos. Nada mais pôde aspirar

quem escreve, não porque a sua capacidade scientifica a isso aconselhe, mas porque o cumprimento d'um dever, fortalecido pela lei, a isso obriga.

---

Dividimos o nosso assumpto em duas partes. Na primeira expozemos as principaes indicações anatomicas e physiologicas, indispensaveis para a comprehensão da séde da doença. E na segunda tratamos especialmente d'essa doença sobre os differentes aspectos pelos quaes o seu estudo nos pareceu que deveria ser feito.

## PRIMEIRA PARTE

---

### Anatomia e physiologia do estomago

O estomago é uma grande bolsa musculo-membranosa situada entre o esophago e o duodeno, no qual se deteem os alimentos immediatamente depois de ingeridos, para ahi continuarem o trabalho da digestão. Podemos consideral-o como uma dilatação do tubo digestivo, situada na parte superior da cavidade abdominal, occupando o hypocondrio esquerdo e o epigastro. A posição que este orgão occupa no organismo humano tem dado logar a varias discussões. Até hoje conhecem-se tres opiniões differentes, a saber: uns, como Cruveilhier, Tillaux, Richet, Sappey, Quain,

etc., admittem que o estomago não se encontra rigorosamente transversal, mas sim levemente obliquo; outros, como Beaunis e Bouchard, julgam que elle se apresenta fortemente obliquo e dirigido da esquerda para a direita, de diante para traz e de cima para baixo; e finalmente outros, como Luschka e Henle, querem crêr que a sua direcção seja vertical e não obliqua. Admitte-se como mais plausivel a segunda opinião, visto ser essa a posição que offerece o maior numero dos casos observados nos nossos theatros anatomicos. Em virtude d'esta posição, a abertura pylorica encontra-se abaixo da abertura esophageana, e os alimentos, pelo seu proprio peso, tendem a dirigir-se para o lado direito. Esta posição parece explicar até certo ponto a preferencia que muitas pessoas dão ao decubito lateral direito durante o somno, emquanto que deitando-se sobre o lado esquerdo sentem um certo mal estar, tem digestões difficéis, pesadelos, etc.

Na mulher, o estomago é ás vezes um pouco mais obliquo, differença esta attribuida ao aperto da base do thorax. Muitas

vezes muda de posição e direcção, tendo isto lugar, sobretudo, nas mulheres que abusam extraordinariamente do espartilho, bem como nos militares, devido talvez ao uso do cinturão. Encontra-se também esta inclinação em individuos affectados de hernias volumosas ou d'uma hernia epiploica complicada de adherencia, etc.

O estomago é um órgão simples, isto é, constituido por uma só cavidade; encontra-se, porém, ás vezes dividido em duas partes, apresentando o aspecto d'uma cabaça. Esta divisão, situada no meio do órgão, é devida a uma contracção mais energica das fibras circulares correspondentes. Quasi sempre esta fórma do estomago bilocular desaparece quando o órgão é fortemente distendido por insufflações, e não reaparece depois de esvasiado.

Póde o estomago apresentar dimensões muito variaveis: desde as de um cylindromal excedendo o diametro do intestino grosso até ás de um volume consideravel, pela introduccção de uma grande quantidade de alimentos que ocupe quasi toda a cavidade abdominal. É isto devido á grande

elasticidade do órgão. O estomago é muito dilatavel, principalmente nos individuos que fazem uma só refeição ao dia, mas esta muito abundante. A falta de alimentos demasiadamente prolongada, bem como certas doenças, dão ás vezes logar a uma tal atrophia do estomago que o seu volume se torna igual ao do duodeno. N'um individuo que observamos na Escóla medico-cirurgica do Porto, tendo morrido em resultado de uma lesão cardiaca de que soffria havia algum tempo, e cujo estomago se achava vasio, encontramos as seguintes medidas: — no seu maior diametro, que é o transverso, 20 centimetros; 8 centimetros d'um bordo ao outro; e nulla a distancia d'uma face á outra, pois que se justapunham. Sappey, um dos primeiros que se deu ao cuidado de avaliar a capacidade de um estomago meio distendido, encontrou para media 24 a 26 centimetros para o grande diametro; 10 a 12 centimetros de um bordo ao outro; e 8 a 9 centimetros de altura de uma face á outra. Mais tarde, Pacanowski, em abril de 1887, medindo varios estomagos de mulheres e homens no estado de plenitude, encontrou:

11 a 14 centímetros de altura para o homem, e 10 para a mulher; 18 centímetros de diametro transverso n'esta, e 21 n'aquelle. Visto isto, considera uma capacidade exaggerada n'um ventriculo em que a percussão marque uma altura de 15 centímetros para o homem e 12 para a mulher; é distendido se este phenomeno é passageiro, dilatado se é permanente.

Quando percutimos um estomago no seu estado normal, vemos que elle occupa um espaço triangular na cavidade abdominal—espaço que é limitado á direita pelo bordo cortante, do lobo esquerdo do figado, á esquerda pelo bordo das falsas costellas, e em baixo, como nunca está acima d'uma linha horisontal tirada pelo bordo inferior da cartilagem da nona costella esquerda, tomamos esta altura para limite; é possível que fique alguma cousa abaixo d'essa linha; todavia, em estomagos sãos, é raro encontrar-se para limite uma linha horisontal tirada pelo umbigo; de ordinario está pelo menos dous centímetros acima.

No estomago é importante considerar uma superficie externa e outra interna.

A superfície externa offerece:

1.º uma face anterior em relação com o diaphragma, o figado, as seis ultimas costellas esquerdas e a parede abdominal anterior; 2.º uma face posterior correspondendo ao meso-colon transverso, á terceira porção do duodeno, ao pancreas, á aorta descendente e aos pilares do diaphragma; 3.º inferiormente, uma curvatura convexa dando inserção aos dous folhetos do grande epiploon e em contacto com a parede abdominal anterior; 4.º superiormente, uma pequena curvatura concava, dando inserção ao epiploon gastro-hepatico. Esta pequena curvatura olha para cima no estado de vacuidade, porém no estado de plenitude abraça a columna vertebral e o lobo de Spigel; 5.º dous orificios, o primeiro dos quaes dá passagem aos alimentos que veem do esophago, e que tem por conseguinte o nome de orificio esophagiano ou cardia, e o segundo orificio que dá sahida aos alimentos d'este para o duodeno e que se denomina duodenal ou pyloro; 6.º finalmente, duas tuberosidades: uma, chamada grande tuberosidade do estomago

ou grande fundo de sacco, constitue a parte mais elevada e a mais volumosa do estomago. Situada no hypocondrio esquerdo a grande tuberosidade é estreitamente unida ao baço pelo epiploon gastro-esplenico, de sorte que este, deslocando-se, a grande tuberosidade segue-o na sua direcção. Esta parte do estomago está em relação com a metade esquerda do diaphragma que a separa da base do pulmão esquerdo, por modo que este é fortemente comprimido quando o estomago se acha muito distendido, explicando-se assim a dyspnea que muitas pessoas sentem depois de terem ingerido uma grande quantidade de alimentos; a outra, menos volumosa, precedendo o pyloro tomou o nome de pequena tuberosidade, antro do pyloro ou ainda pequeno fundo de sacco.

A superficie interna do estomago apresenta as mesmas regiões que a superficie externa. Todas as particularidades que o seu estudo offerece consistem na membrana mucosa. Estudemos agora os dous orificios—cardia e pyloro. O primeiro é constituido por fibras lisas e pregas radia-

das; o seu bordo, formado por recortes desiguales, apresenta um colorido rosa pallido que estabelece um limite entre as mucosas gastrica e esophagiana. Este orificio (cardia) é largo e dilatavel; não apresenta valvulas nem esphincter. O segundo orificio (pyloro) notavel por ter um bordalete ou valvula circular é pouco dilatavel, muito estreito e cercado d'um annel muscular chamado tambem esphincter pylorico.

Este orgão, quando vasio, conserva as suas paredes verticaes mais ou menos justapostas; porém, á medida que se dilata, a sua orientação vae mudando gradualmente. Parece que então a viscera gira de baixo para cima, em volta d'um eixo que passasse pelos dous orificios e a pequena curvatura (suppondo a pequena curvatura immovel), de fórma que a parede que era anterior, no estado vasio, torna-se antero-superior, e a que era posterior torna-se postero-inferior. O orgão assim dilatado dá ideia do reservatorio d'um instrumento musico, vulgarmente denominado *gaita de folle*.

Se dissecarmos um cadaver de fórma a deixarmos o orgão a descoberto, vêmos

que só a pequena tuberosidade fica ao lado direito da linha media, isto é, um sexto do órgão, permanecendo a parte restante ao lado esquerdo da mesma linha.

Quanto á estructura das paredes do ventriculo, são estas d'uma espessura de 0,003, e compõem-se de tres tunicas que, a partir do exterior, teem os caracteres seguintes: uma tunica serosa, uma tunica muscular e uma tunica mucosa. Alguns auctores admittem quatro, fazendo entrar n'esse numero uma membrana de tecido cellulaer que existe entre as membranas muscular e mucosa, que por isso denominam membrana ou tunica cellulaer ou sub-mucosa.

A serosa do estomago é fornecida pelo desdobraimento do peritoneo em dois folhetos que partindo do sulco transverso do figado, se separam para que cada folheto vá cobrir a face correspondente do estomago. A serosa não adhere ao estomago na grande e pequena curvatura; entre ella e cada um dos bordos existe um espaço triangular que tem para vertice—no limite superior do estomago—o angulo de separação dos dous folhetos, e para base a pequena

curvatura. Outro tanto succede no limite inferior d'esta viscera. Como esta membrana é pouco dilatavel, é á custa d'estes espaços triangulares que o estomago se distende. A tunica muscular apresenta tres camadas de fibras, a saber: longitudinaes, circulares e obliquas. A primeira, sendo a continuação das fibras longitudinaes do esophago, fórma ao longo da pequena curvatura uma faixa muscular conhecida por *gravata de suisso*; a segunda camada apresenta fibras circulares perpendiculares ao grande eixo do estomago, formando no pyloro um esphincter, que por esse motivo toma o nome de esphincter pylorico; a terceira camada especial ao estomago fórma uma ansa cuja concavidade abraça o lado esquerdo do cardia e cujos ramos se dirigem obliquamente para a direita, para a grande curvatura sobre as duas faces do estomago, de fórma que quando se contraem, dividem-n'o em duas partes:—uma inferior correspondendo ao grande fundo de sacco onde se accumulam os alimentos; outra superior, constituindo um canal ao longo da pequena curvatura que permite

aos liquidos passarem directamente do cardia ao pyloro.

A membrana cellular, que por muito tempo foi negada, existe intimamente unida á mucosa.

A tunica mucosa é recoberta d'uma camada de epithelio cylindrico, que se desliga quasi immediatamente depois da morte, e que repousa sobre um chorion mucoso, no qual se distinguem duas camadas:—uma profunda ou muscular, a outra superficial ou glandular. A primeira adhere pela sua superficie externa á tunica cellular e pela superficie interna está em contacto com os fundos de sacco das glandulas que constituem a segunda camada. A camada glandular é composta de um numero infinito de glandulas; estas, por seu turno, compõem-se de uma membrana propria e de um epithelio. As glandulas são todas em fôrma de tubo, á excepção de algumas em pequeno numero situadas perto do pyloro que são em fôrma de cacho. Distinguem-se duas especies de glandulas:—glandulas secretoras de succo gastrico, assim chamadas por Beaunis e Bouchard, ou, como as clas-

sifica Sappey, glandulas pepsiniferas, por conterem n'esse succo o principio activo— a pepsina, e glandulas muciparas. As primeiras occupam toda a superficie interna da viscera, á excepção do pyloro; as segundas, pelo contrario, existem apenas n'esta ultima parte.

O estomago recebe nervos do pneumogastico e do grande sympathico. Os dous nervos pneumogasticos formam um plexo em volta do orificio esophageano e distribuem-se:—o esquerdo na face anterior, o direito na face posterior do estomago. O plexo solar fornecido pelo grande sympathico dá nascimento (entre varios plexos secundarios) ao plexo coronario estomachico que acompanha a arteria d'este nome, fornece ramos ao cardia, ás duas faces do estomago, e termina anastomosando-se com os filetes do pequeno plexo pylorico. Os filetes nervosos emanados d'esta dupla origem (grande sympathico e pneumogastico) constituem na espessura das paredes da viscera dous plexos principaes—o plexo de Auërbach, cujas ramificações se espalham na tunica muscular, e o plexo de

Mesner subjacente á tunica mucosa com as suas divisões n'esta tunica.

As arterias coronaria estomachica, pylorica, gastro-epiploicas e vasos curtos que se distribuem no estomago, veem todas do tronco cœliaco. As duas primeiras percorrem a pequena curvatura do estomago; as gastro-epiploicas a grande curvatura; e os vasos curtos, nascidos da esplenica, distribuem-se na grande tuberosidade. Todas ellas formam um circulo anastomotico, applicado a este orgão quando está distendido e que se separa no estado de vacuidade. Este circulo arterial dá nascimento a duas series de ramos distinctos: anteriores e posteriores.

As veias seguem o mesmo trajecto das arterias, tendo a mesma classificação. A gastro-epiploica esquerda abre-se na veia esplenica, a coronaria estomachica termina no tronco da veia porta, a gastro-epiploica direita vae ter á veia mesenterica superior, e a veia pylorica sobe ao sulco transversal do figado e ramifica-se no seu parenchyma.

Os vasos lymphaticos são muito numerosos; vão todos aos ganglios que se acham

ao nivel das duas curvaturas do estomago.

O estomago tem por fim transformar as substancias albuminoides em peptonas, á custa da pepsina e acido chlorhydrico do succo gastrico, para depois serem absorvidas e servirem para a nutrição.

Não é este o orgão principal da digestão—é o orgão onde ella continua, mas onde termina e se aperfeiçoa é no intestino. A peptonisação começa no estomago á custa da pepsina e acido chlorhydrico e termina no intestino á custa do pancreas. Esta ultima viscera não só fornece um fermento capaz de dissolver e tornar absorviveis as substancias albuminoides, mas tambem saccharifica as feculas e o amido e emulsiona as gorduras. Os musculos do estomago tem por fim, durante as suas contracções, comprimir os alimentos, obrigando-os assim a embeber-se de succo gastrico e por meio dos movimentos peristalticos, que se fazem da esquerda para a direita, conduzil-os ao intestino; estes mesmos movimentos, parece effectuarem-se tambem em estado de jejum, mas se se ef-

fectuam, são de pequena intensidade. Onde elles se tornam muito sensiveis é nas pessoas magras, soffrendo d'um aperto do pyloro. Alguns auctores, como Schiff, querem admittir outros movimentos além d'estes, fazendo-se em sentido inverso, isto é, da direita para a esquerda; porém Leven é contrario a esta opinião, dizendo que no proprio vomito não existem; este é produzido pela compressão que as paredes abdominaes e o diaphragma exercem sobre o ventriculo.

O succo gastrico que se encontra n'esta cavidade, fornecido pelas glandulas pepsiniferas, é um liquido levemente amarellado, claro, correndo em fio, devido á sua mistura com mucos das glandulas muciparas. Os seus principios activos são: — a pepsina e o acido chlorhydrico. Este succo tem por fim transformar as substancias albuminoides em peptonas á custa (como acima já dissemos) da pepsina e do acido chlorhydrico, para assim passarem ao intestino e ahi serem absorvidas. É provavel que a absorpção se faça tambem no estomago, mas esta é tão diminuta, comparada com a

que se dá no intestino, que podemos dizer que o lugar onde se faz a absorpção é no intestino e não no estomago.

O intestino póde supprir o estomago; para o provar, Tappeiner, n'uma experien-  
cia que effectuou, fechou o pyloro com um  
obturador por meio de uma abertura feita  
na parede do estomago; depois introduziu  
atravez d'uma canula que atravessava esse  
obturador os alimentos no intestino e viu  
que assim a digestão não só se fazia, mas  
que era mais rapida que a digestão normal  
gastro-intestinal.

Acontece muitas vezes que depois d'uma  
refeição muito abundante não haja succo  
gastrico para transformar immediatamente  
as substancias albuminoides d'uma nova  
refeição em peptonas; em tal caso devem  
usar-se dextrina, caldo, peptona, etc.; sub-  
stancias que tenham por fim fornecer ao  
estomago pepsina e concorrer por conse-  
guinte para a transformação das substan-  
cias albuminoides em peptonas.

Os alimentos são conduzidos do cardia  
ao pyloro pelos movimentos peristalticos  
que se fazem n'esta direcção e que é facil

observarem-se, como acima já mencionamos, nas pessoas magras e melhor ainda quando a esta circumstancia se pôde juntar uma difficuldade na passagem atravez do pyloro, como: uma ulcera, um cancro, um estrangulamento, etc. Chegados aqui, segundo uns, depois d'alguns minutos o estomago esvasia-se por intervallos á medida que os alimentos se liquefazem; outros porém, como Richet, Rossbach e Hessen, querem que a passagem se faça em massa; nós somos da primeira opinião, porque vemos que a digestão gasta um certo tempo a fazer-se, isto é, que se faz lenta e gradualmente. Os movimentos do estomago dependem de duas ordens de nervos: o pneumo-gastrico e o grande sympathico. O primeiro é excito-secretor e motor do ventriculo, e o segundo é moderador ou phrenador. Leven de Marselha explica da fórma seguinte os movimentos do estomago pela excitação do pneumogastrico: — «Se excitamos este nervo, quer o direito quer o esquerdo ou os dous ao mesmo tempo, ou ainda se cortarmos os dous e excitarmos os topos periphericos, veremos que a mas-

sa liquida que contem o estomago é deslocada; a contracção está na relação de duração da excitação, assim: se a excitação é curta a contracção dá-se depois da excitação, se é longa a contracção persiste, se é mantida durante bastante tempo, apesar d'esta excitação, ha esgotamento e o estomago relaxa-se pouco a pouco para se contrahir de novo, mas mais fracamente no fim d'um certo tempo.»

Nas viviseccões, o pyloro contrahe-se energeticamente, quer o sympathico e pneumogastrico estejam cortados ou não, o que dá logar a suppôr a existencia d'um sistema ganglionar, mas estas contracções são mais energicas quando se excita o pneumogastrico, e pelo contrario diminuem sensivelmente quando se excita o sympathico; d'ahi o dizer-se que o primeiro é excitomotor e o segundo phrenador.

O tempo necessario para se fazer uma boa digestão é de 4  $\frac{1}{2}$  a 5 horas ordinariamente; todavia, se a quantidade dos alimentos ingeridos é tal que o estomago esteja completamente cheio, se os individuos teem uma vida sedentaria, e que por isso não

façam nenhum exercicio, depois das refeições, a digestão torna-se difficil, dolorosa, e póde durar 7 e 8 horas. Faz-se mais depressa no individuo acordado do que durante o somno.

Segundo uma lista feita por William Beaumont, uma das substancias que mais depressa soffre a digestão, é o leite; este leva  $\frac{1}{2}$  a 1 hora pouco mais ou menos; porém em compensação temos outros alimentos como: pato assado, costelletas de porco, sopa fervida, couves cozidas, etc., que gastam  $3\frac{1}{2}$ , 4 ou 5 horas.

Resta-nos apenas dizer sobre o que nos fundamos para suppor se ha ou não um estomago são. Quando um individuo digere bem, sem dôres ou pezo d'estomago durante a digestão, e que uma sonda, introduzida na cavidade estomacal, faça vêr que a extremidade introduzida está acima do umbigo, ou antes, que a sonda não desça além de 60 centímetros a partir da bocca, ou que o som estomacal se faça ouvir nos limites normaes, e que pela simples inspecção o orgão se não mostre saliente, todos estes caracteres reunidos, fazem crêr que se

trata d'um estomago que funciona normalmente.

Antes de passarmos ao assumpto principal da nossa these, queremos primeiro estabelecer a differença que existe entre dilatação e distensão.

A distensão póde-se considerar uma phase anterior á dilatação; isto é, que para haver dilatação houve primeiro distensão, emquanto que póde haver distensão sem que haja dilatação.

Supponhamos como exemplo um elastico novo, que se estende e que volta ao seu estado primitivo logo que cesse a causa que o obrigou a distender; n'isto consiste a distensão. Na dilatação suppomos um elastico usado que á força de ser distendido constantemente, perdeu toda a sua elasticidade e não volta já ao seu primeiro estado.

Physicamente se conhece quando um estomago é distendido ou dilatado. No primeiro caso, os gazes que se formam no estomago tem por fim levantar a pequena curvatura e dar um diametro maior á base

do thorax, emquanto que no segundo caso a accumulção de alimentos, e por conseguinte o seu pezo, faz com que a grande curvatura desça abaixo do limite normal, e não é raro vêr em alguns dilatados cahir o estomago sobre o pubis e flancos.

N'uma palavra, o estomago distendido volta á posição normal e ao tamanho primitivo depois de feita a digestão, que é sempre longa; emquanto que o estomago dilatado conserva a sua capacidade sem já-mais voltar aos limites normaes. Quando este adquire um volume notavel, as paredes affrouxam na vacuidade e cahem muitas vezes atraz da parede abdominal como um avental. No estomago distendido existe dôr durante a digestão; nota-se tympanismo infra-thoraxico, flatulencia consideravel e sempre prisão de ventre, e a grande curvatura permanece á altura normal. No dilatado nem sempre ha dôr, algumas vezes ha apenas uma dôr surda, ruido de marulho abaixo dos limites normaes, tympanismo umbilical e geralmente constipação entrecortada por grandes diarrheias. De todos estes symptomas, aquelle que é mais importante é o

ruido de marulho que se percebe abaixo dos limites normaes, como adiante temos de vêr quando tratarmos do diagnostico.

## SEGUNDA PARTE

---

Depois de termos estabelecido a differença entre estes dous estados, passemos a dizer duas palavras ácerca da dilatação do estomago.

A dilatação d'estomago, conhecida tambem por gastro-ectasia, ou ectasia gastrica, é hoje uma doença bastante conhecida e muito frequente; podemos mesmo dizer, sem nos afastarmos muito da verdade, que se observarmos um certo numero de individuos soffrendo de doenças chronicas, veremos que pelo menos metade d'esse numero tem ao mesmo tempo dilatação d'estomago. Ainda ha pouco tempo ninguem imaginava este estado anormal tão vulgarizado; isto é devido a que dous terços dos

doentes se apresentavam sem symptomas gastralgicos nem dyspepticos, sem sensações anormaes, symptomas que apenas se dão em um terço; de fórma que assim não se avaliava quantas pessoas a tinham adquirido. Hoje, graças a varios processos de investigação que até então se desconheciam, é que a podemos provar.

Estomago dilatado é um estomago forçado, um estomago que não se retrahe quando se suppõe vasio; ou antes, é o estado de relaxamento a que chegam as suas paredes com perda de retracção, sendo por isso incapaz de fazer uma digestão completa. Bouchard exprime-se dizendo: — «é um estomago incapaz de se retrahir quando está vasio.» Um estomago dilatado é um estomago doente, sem forças para fazer passar o seu contheudo por inteiro ao intestino, dando logar á estase de alimentos e liquidos na sua cavidade. A definição que dá Mathieu sobre dilatação parece preferivel á de Bouchard: é um estomago que não se esvasia; porque, diz Mathieu: um estomago póde ser distendido por gazes e não se retrahir — n'este caso não é um es-

tomago dilatado, é um estomago distendido.

Este orgão chega ás vezes a adquirir dimensões enormes. Os primeiros casos eram outr'ora considerados como phenomenos de curiosidade; via-se ás vezes o estomago cahir para diante sobre o pubis e flancos em fórma de sacco que apresentava frequentemente capacidades extraordinarias; assim varios auctores viram alguns que podiam conter 5, 10, 15 e 20 litros de liquido. Schuring cita um caso de estomago dilatado a que attribue uma capacidade de 24 litros de liquido.

Blancher conta que n'uma autopsia de um hydropico, examinando o estomago, viu que podia conter 45 litros de liquido! Por isto se póde avaliar até que ponto se distende um estomago; os casos em que a sua capacidade mede 5, 6, 7 e 8 litros encontram-se mais facilmente. A experiencia tem mostrado que este estado pathologico se dá tanto no homem como na mulher, mas segundo Laveran e Teissier, na sua obra *Pathologie et Clinique médicales*, dizem, a respeito da dilatação d'estomago,

que ella é mais frequente no homem do que na mulher, e isto n'uma proporção de 14 para 5 (segundo Hirsch); e apparecendo em todas as idades, é mais commum vêr-se dos trinta aos quarenta annos.

Dividiremos o nosso trabalho nos seguintes capitulos:

Etiologia, Predisposições creadas pela doença, Anatomia Pathologica, Symptomatologia, Diagnostico, Marcha e Prognostico, e Therapeutica.

## CAPITULO I

### **Etiologia**

São numerosissimas as causas que podem produzir a gastro-ectasia, o que explica facilmente a razão porque a dilatação é uma doença tão vulgar entre nós. Seria preciso, para tornar mais facil este estudo, fazermos uma classificação d'essas causas.

Todos os auctores teem a sua classificação; assim vemos Dechambre, no seu *Diccionario Encyclopedico*, admittir a divisão seguinte:

Dilatação do estomago..	Dilatação de origem organica.....	}	Obstaculo mechanico (aperto do pyloro).
			Lesão do musculo gastrico.
	Dilatação de origem funcional.....	}	Atonia nervosa muscular.
			Sobrecarga alimentar, distensão gazona permanente.

Mathieu, n'um tratado recente que escreveu sobre o tratamento das doenças de estomago e intestino, segue a seguinte ordem:

Dilatação atonica, passageira ou definitiva.

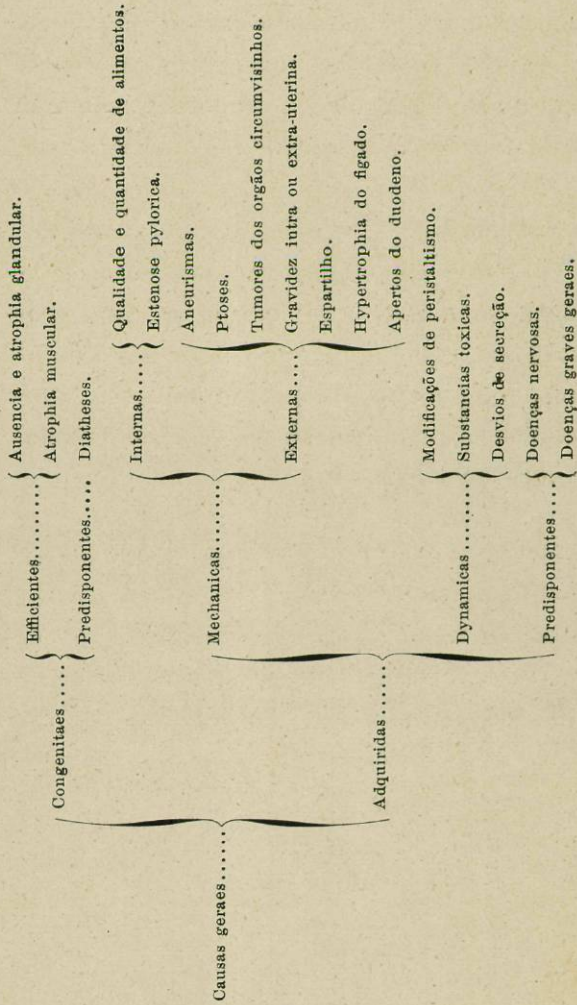
Hypersecreção com hyperchlorhydria e estase permanente.

Dilatação mechanica por lesão das paredes abdominaes ou obstaculo pylorico.

Bouchard, no seu tratado: *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, apresenta outra ordem de classificações; e assim successivamente veriamos que cada auctor, não achando boas as classificações anteriores, apresenta uma propria que quasi sempre tem uma vida ephemera, tão insufficientes tem sido as classificações até hoje publicadas.

Poderíamos fazer das innumerables causas que conhecemos, uma classificação simples, em: Dilatações que teem por causa um aperto do pyloro e dilatações que não teem por causa um aperto do pyloro.

Mas não é esta ainda a classificação que queremos dar; abrangendo d'um modo geral todas as causas que trazem consigo a dilatação, podemos dividil-as em dous grupos: Causas congenitales e causas adquiridas. Congenitales — as que nascem com o individuo. Adquiridas — as que apparecem durante a vida do individuo.



Todas estas causas podem existir separadamente; mas podem tambem achar-se associadas duas ou mais causas e apparecerem *d'emblée* ou uma após a outra.

Vejamos as causas congenitas:

#### Causas efficientes

Temos casos observados em crianças de ausencia ou atrophia de glandulas na mucosa estomacal. Ora nós sabemos da physiologia que o principal excitante das contracções peristalticas do estomago é o succo gastrico; sendo assim, todas as causas que modifiquem a quantidade ou integridade do succo gastrico dão logar a uma modificação de contracções; havendo n'este caso ausencia ou diminuição de contracções, claro está que os alimentos tendem a accumular-se no estomago, d'onde resulta a dilatação.

Casos ha em que a tunica muscular está atrophizada, atrophia que muitas vezes resulta de um enfraquecimento congenital dos musculos do estomago, dando logar a que o ventriculo se esvasie incompletamente.

### Causas predisponentes

Tem-se notado em algumas familias varias pessoas padecerem d'uma lassidão anormal das paredes estomacaeas que não póde ser explicada por uma communidade de desordens, mas sim por uma debilidade diathetica, exercendo acção directamente sobre o estomago; como a syphilis, a gotta, o rheumatismo, etc.

Passemos ás causas adquiridas.

### Causas mechanicas

1.º *Alimentos*. — Temos em primeiro lugar a quantidade ou qualidade dos alimentos e bebidas: uma distensão muito consideravel muitas vezes repetida e por muito tempo prolongada, devida a uma accumulção de alimentos e bebidas que alguns individuos ingerem, póde levar mais ou menos rapidamente a uma gastro-ectasia; vê-se isto frequentemente nos gastronomos e em pessoas que abusam do leite, agua, etc., tomando grandes porções. Se observarmos alguns individuos, que dispondo

mesmo de grandes recursos, fazem um uso immoderado de batata, feijão, etc., devido ao preço baixo d'estes generos, alastrando assim d'um modo collossal o estomago, veremos que, n'esses individuos, o orgão se acha bastante dilatado. Pela sua qualidade irritante, temos: a acção continua de certas substancias irritantes medicamentosas, substancias acidas, alcoolicas, toxicas, podem dar logar á dilataçãõ; alimentos que pela sua fermentaçãõ podem dar logar a um desenvolvimento enorme de gazes como os vegetaes; substancias indigestas, como molhos, gorduras, substancias grosseiras; irritantes thermicos, como alimentos ou bebidas muito quentes ou demasiado frias; ingestãõ de substancias em via de decomposiçãõ, como o uso imprudente de carne ou peixe deteriorados, etc.

Temos ainda outros erros que dizem respeito á alimentaçãõ, como: a irregularidade das refeições com intervallos ás vezes pequenos, de maneira que os alimentos que estão por digerir se juntam á nova ingestãõ dando logar á accumulaçãõ, resultando d'ahi a dilataçãõ; comer muitissi-

mo depressa quando se está com grande appetite, sem fazer bem a divisão dos alimentos antes da deglutição; ás vezes os dentes tambem influem na dilatação quando não estão em bom estado e as pessoas não se servem d'elles, engulindo os alimentos sem os triturar. A maior parte d'estas causas, dão primeiro logar a uma dyspepsia e mais tarde á dilatação: assim vemos dyspepsias antecedentes tendo trazido uma demora ordinariamente muito prolongada dos alimentos no estomago, dar logar mais tarde á dilatação; outras vezes dão logar á dilatação sem dyspepsia, e casos ha de dyspepsia sem dilatação d'estomago. Le Gendre, estabelecendo a comparação entre os diversos typos de dyspepsia gastrica e de dilatação estomacal, refere n'um dos numeros da *Semaine Médicale* de Paris, de 1892, que d'uma sua estatistica pessoal durante o periodo de 6 annos deduziu que as dyspepsias por dilatação d'estomago representam quasi metade do numero total dos dyspepticos que se encontram na pratica.

2.º *Estenose pylorica*. — O aperto do pyloro, qualquer que seja a sua natureza,

tem por consequencia directa a dilatação d'estomago. Temos os neoplasmas: entre elles citamos o carcinoma por ser mais frequente em casos de ectasia gastrica; depois temos outros, como: papiloma pylorico, myoma circular, sarcoma, tumores syphiliticos (Virchow, Lanceraux, Galliard e Cornil). Corpos estranhos como: conchas de *griphea cymbrium*; ás vezes a ectasia tem por origem uma hypertrophia do pyloro simples com aperto; um engastamento de calculos biliares; ulceras redondas; cicatrizes consecutivas e ulceras tuberculósas; cicatrizes d'ulceras causticas, posto que raras vezes dá tambem logar á dilatação; estrangulamento do pyloro por si mesmo por tracção ou por torsão; muitas vezes a cicatriz enrugada d'uma ulcera simples curada póde dar logar por tempo á dilatação, sem que todavia a digestão deixe de fazer-se normalmente como o affirma Bouchard.

*Causas mechanicas externas*—1.º Aneurismas que, tendo por séde o proprio orgão ou outro visinho, se oppõem á passagem dos alimentos.

2.º Ptoses d'orgãos, como: o rim que

cahindo sobre o pyloro ou duodeno comprime a região, impedindo o ventriculo de se esvasiar.

3.º Tumores d'orgãos circumvisinhos, como: ganglios cancerosos ou outro qualquer neoplasma, que comprima a parte pylorica do estomago ou mesmo o duodeno.

4.º A gravidez normal arrasta ás vezes a dilatação; o mesmo pôde succeder quando ella é extra-uterina, como por exemplo: a abdominal, intersticial, etc.

5.º O espartilho que tantas vezes é causa de dilatação nas mulheres, principalmente n'aquellas que d'elle abusam extraordinariamente, sem se importarem com as consequencias que d'ahi possam originar-se. O que digo do espartilho tem tambem referencia ao cinturão dos militares e ainda a certos apparelhos que alguns homens usam com o fim de andarem apertados.

6.º Tambem a hypertrophia do figado, de que fallaremos quando se tratar dos symptomas, pôde occasionar a gastro-ectasia.

7.º E, emfim, devemos citar os apertos do duodeno de que resultam os mesmos effeitos.

### Causas dynamicas

*Modificações do peristaltismo.* Podem ser devidas a um enfraquecimento ou degenerescencia da tunica muscular, atrophia das glandulas, diminuição do estimulo natural dos alimentos sobre as extremidades nervosas da mucosa gastrica; podem ser devidas a substancias toxicas que originem a paralytia das paredes, como: o phosphoro, acido chlorhydrico, arsenico, etc.; podem ser devidas a desvios de secreção, com augmento de mucos, á diminuição ou augmento d'acido chlorhydrico ou mesmo á sua ausencia.

### Causas predisponentes

*Doenças nervosas.* A nevrosthénia que existe nos hystericos e ataxicos, modificando a energia do systema nervoso central, papreira esophthalmica, affecções do utero e annexos, debilidade geral do systema nervoso, prazeres venereos muito repetidos, e principalmente logo em seguida ás refeições, quando o estomago está desempe-

nhando toda a actividade digestiva; alteração dos cordões nervosos que se distribuem no órgão, assim como dos centros correspondentes. A masturbação também dá um grande contingente; hoje está provado que a maior parte das gastro-ectasias tem essa origem, calculando-se aproximadamente oitenta casos por cem. Depois de desgostos prolongados, preocupações moraes tristes, canção intellectual, physico ou moral, etc.

*Doenças geraes graves.* Temos: febre typhoide, pneumonia, chloro-anemia, tuberculose, sarampo, hexigas, empaludismo, etc.

## CAPITULO II

### **Predisposições creadas pela dilatação do estomago**

Tem-se notado ha bastante tempo que individuos soffrendo de dilatação de estomago contrahem muito facilmente certas doenças, principalmente de natureza infectiosa; e assim Bouchard aponta já, no

*Grande Diccionario Encyclopedico das Sciencias Medicas*, que a febre typhoide, a tuberculose, etc., se desenvolvem de preferencia nas pessoas victimas d'esta doenca. Hoje mesmo, nós vemos a facilidade que ha em se encontrar d'estes casos nos nossos hospitaes.

A febre typhoide é talvez mais frequente, pois que é d'ella que mais se occupam os principaes auctores.

Assim, Bouchard diz que embora a febre typhoide possa dar logar á dilatação, esta lhe é ordinariamente secundaria; e a proposito conta, que tendo-se-lhe offerecido durante o espaço de dous annos, no seu serviço como interno do hospital, 12 casos de febre typhoide, notou que 12 vezes se tratava de doentes atacados de dilatação d'estomago. Além d'isto, diz elle: que a maior parte dos doentes que se submettem nos hospitaes ao tratamento da febre typhoide, trazem nodosidades nas segundas articulações dos dedos, facto este que annuncia a dilatação anterior.

Mais tarde Le Gendre, discipulo de Bouchard, notou em 19 casos de febre typhoide

que se tinham dado no espaço de dous annos e meio no mesmo hospital, que o contagio se manifestára quasi sempre em individuos affectados da dilatação d'estomago. Não ficaram por aqui as suas investigações; foi mais longe. Viu elle que a recidiva podia ter lugar, posto que muito raras vezes, declarando que reuniu quatro casos authenticos de febre typhoide em dilatados.

Como explicar a predisposição para esta doença?

Nós sabemos que para uma doença infecciosa se desenvolver n'um organismo, uma das condições necessarias é que este esteja mais ou menós predisposto. Ora a dilatação d'estomago, qualquer que seja a causa, arrasta sempre um enfraquecimento do orgão, enfraquecimento que é favoravel ao desenvolvimento d'uma doença infecciosa. Mas isto não basta para que a febre typhoide se dê; é preciso que o acido chlorhydrico do succo gastrico exista em menor quantidade que normalmente, apesar de Ewald, de Berlim, dizer que ainda não tinha reconhecido que o acido chlorhydrico nos

estomagos dilatados fosse em menor quantidade. É possível que assim succedesse com Ewald algumas vezes, mas d'aqui não se segue que o facto seja verdadeiro para todos os casos, por isso que se nos dermos ao cuidado de analysar o acido chlorhydrico de varios dilatados de estomago, por qualquer dos meios que conhecemos, taes como: phloroglucina-vanilina, violete de mettyla, etc., veremos que nem sempre existe na proporção normal, e se não, haja vista ao que Klemperer, de Berlim, relata n'um dos numeros da já citada *Semaine Médicale*, de Paris, de 1889;— tendo examinado o succo gastrico de 17 dilatados encontrou o seguinte: em 8 individuos o acido chlorhydrico existia em quantidade inferior á normal, em 2 era igual, e nos 7 restantes superior.

Nós sabemos que o acido tal qual se encontra no succo gastrico normal, goza d'uma certa propriedade antiseptica, de maneira que os micro-organismos, quando existem, são por elle rapidamente destruidos. Mas outro tanto não se dá quando o acido existe em menor quantidade; per-

dendo então essa propriedade, os germens morbidos, não tendo a vencer nenhum obstaculo, atravessam facilmente o estomago e chegam ao intestino conservando a sua virulencia; achando-se uma vez no seu campo não tarda a doença a manifestar-se.

Será unicamente em casos de hypochlorhydria que a febre typhoide se dá? É.

Póde dar-se o caso de dilatados hyperchlorhydricos tornarem-se dilatados hypochlorhydricos e contrahirem depois a febre typhoide. Vejamos como:

A hyperchlorhydria simples, se persiste, é sem duvida destinada a passar a hypersecreção contínua, e esta arrasta consigo a gastrite. Esta gastrite torna-se a causa da ulcera simples, complicação frequente da hyperchlorhydria; chega á sua phase terminal—destruição do systema glandular do estomago e por conseguinte á dilatação com hypochlorhydria. D'aqui comprehende-se como possa desenvolver-se a febre typhoide.

Outra doença infecciosa, tambem muito vulgar nos gastro-ectasiados, é a tubercu-

lose pulmonar. Se a existencia da gastrodilatação predominante da tuberculose não parece tão frequente como é, é porque não se procura. Bouchard diz que em dous terços de tuberculosos a dilatação existe. A falta de nutrição torna o organismo muito favoravel á tuberculisação.

Poderíamos ainda citar outras doenças d'esta natureza, mas as principaes são as de que nos occupamos.

Temos varios casos de existencia de lombrigas, tœnias, etc., nos intestinos, apresentados por Bouchard e Le Gendre. O mechanismo é o mesmo que já expoze-mos quando fallamos da febre typhoide.

Outra doença que sem ter o character infeccioso é comtudo frequente nos dilatados, é a chlorose; e como esta, outras que achamos desnecessario mencionar. Bouchard diz que ella se faz acompanhar de dilatação em quatro quintas partes dos casos.

Isto não nos deve admirar, porque toda a dilatação gastrica traz comsigo, após algum tempo, um *ralentissement* da nutrição (isto é, uma desnutrição), facto que não só

predispõe para se adquirir qualquer doença contagiosa, mas também arrasta o seu portador a doenças constitucionaes.

### CAPITULO III

#### **Anatomia pathologica**

As lesões anatomicas que acompanham e caracterizam a dilatação d'estomago, variam com as causas que lhe dão nascimento. Segundo alguns auctores que se dedicaram a estudar taes alterações em individuos portadores d'essa doença, e que por conseguinte se prestaram á execução da autopsia, verificou-se que as lesões especiaes a este estado morbido se manifestavam principalmente: 1.º, na tunica muscular; 2.º, na tunica mucosa.

Notemos o que se possa dar em cada uma d'essas tunicas:

#### **Tunica muscular**

1.º *Hypertrophia* — Podemos comparar a alteração que se dá na tunica muscular

do estomago, em consequencia d'uma stenose ou obstaculo pylorico, [como: cancro, tumor osseo, tumor syphilitico (observação de Virchow, de Leudet, de Lancereaux, de Galliard e principalmente de Cornil com autopsia), caroços de cereja, tumor cartilagineo, cicatriz consecutiva a uma ulcera simples, etc., etc.], ou ainda a que tem por origem uma diminuição do calibre do duodeno, (por compressão, etc.) semelhante á que se dá, por exemplo, no coração esquerdo, resultante d'um aperto da aorta ou ainda á que se dá na bexiga em consequencia d'um aperto da urethra. Assim, o coração esquerdo, para fazer esvasiar o sangue retido no ventriculo para a aorta, resultante d'um aperto do orificio, necessita d'um augmento de força — trabalho de compensação que se traduz por uma hypertrophia da tunica muscular. Este trabalho de compensação póde durar algum tempo, mas por fim o orgão, desempenhando um trabalho superior ás suas forças, de todas as vezes que haja nova diastole, póde terminar finalmente por cançar; dá-se então o que os inglezes chamam *weakened heart*,

—coração fatigado ou insuficiencia do coração. Exactamente o que succede com o estomago quando haja qualquer das modificações acima apontadas. O estomago no estado normal tem por fim, como é sabido, peptonisar as substancias albuminoides e fazel-as passar ao intestino; acontece, porém, quando haja qualquer causa que impeça o ventriculo de se esvasiar, que o órgão, para fazer transportar os alimentos, disponha de forças maiores; estas manifestam-se pela hypertrophia das paredes do órgão, hypertrophia que tem logar principalmente na tunica muscular. Ora é natural que se dá aqui o que se observa no ventriculo esquerdo do coração, isto é, que o augmento de trabalho a que é obrigada a parede muscular, de todas as vezes que o estomago contenha alimentos, chegue por fim a cançal-o, pois que o equilibrio póde ser restabelecido durante um certo tempo, mas chegado um certo momento esgota-se; então a bolsa estomacal, cançada e degenerada, deixa-se distender; e nós veremos, se não sujeitarmos estes individuos a um tratamento rigoroso, o estomago tomar

pouco a pouco proporções crescentes, podendo descer, como se tem visto por varias vezes, até abaixo do pubis.

A hypertrophia é ás vezes bastante sensível ao nivel do esphincter pylorico, para ser claramente percebida pela palpação, atravez das paredes abdominaes.

Temos assim hypertrophia da tunica muscular por causa mechanica, entendendo-se que não se limita unicamente á causa tendo por séde o pyloro ou o duodeno, mas tambem a propria cavidade, por isso que vemos dar-se na polyphagia e mesmo em pessoas que abusam de comidas copiosas repetidas. Isto explica-se da seguinte fórma: o pyloro, sendo relativamente estreito para dar passagem ás substancias de uma cavidade subitamente amplificada e enormemente cheia, necessita de empregar uma certa força, trabalho que se traduz por hypertrophia.

2.º *Pseudo-hypertrophia* — Nos casos em que a dilatação tem por origem uma gastrite chronica, dá-se então a pseudo-hypertrophia, resultante da inflammação do tecido cellular interposto entre os feixes primitivos das fibras musculares.

3.º *Atrophia*—Esta póde ter por origem uma causa dynamica, e assim veremos que todas as causas que trazem uma diminuição de movimentos peristalticos, como: diminuição de alimentos, diminuição de succo gastrico (nos anemicos, por exemplo), abundancia de mucos, embotamento de sensibilidade das fibras nervosas (que existe principalmente na gastrite alcoolica), etc., dão logar á atrophia do musculo.

Se a atrophia se dá pelo facto de uma diminuição dos movimentos peristalticos, com mais forte razão se apresentará quando haja ausencia d'esses mesmos movimentos, o que se observa na paralysisia devida, por exemplo, a um veneno, como: arsenico, phosphoro, acido sulphydrico, etc.; além d'isso, a experiencia tem-nos mostrado que um orgão tende a atrophiar-se, desde o momento que deixe de funcionar, como por exemplo na paralysisia da bexiga.

4.º *Degenerescencia da tunica muscular*  
—Foram Kussmaul e Maier os primeiros que assignalaram a degenerescencia colloide e gordurosa dos musculos no caso de dilata-

ção gastrica (*Wolkman's Samml. klin. Vortrage n.º 72, 1873*). Depois, em varias intoxicacões, na propria anemia tambem se descobriu a degenerescencia gordurosa, tanto da fibra muscular lisa como da fibra muscular estriada.

Ewald, tendo examinado varios estomagos dilatados, diz que por varias vezes encontrou a degenerescencia gordurosa, mas nunca a hypertrophia das fibras musculares assinalada por Lebert, nem a degenerescencia colloide. Por outra parte, Edinger assevera ter encontrado degenerescencia, mas a degenerescencia amyloide das fibras lisas.

#### **Tunica mucosa**

A mucosa, por seu lado, soffre tambem modificações importantes; assim vemos na paralyisia do estomago dar-se o que se dá na paralyisia da bexiga, isto é, descolamento do epithelio abundante, tendo por vezes desaparecido em toda a superficie da viscera. Não fallamos da atrophia muscular, que é simultanea.

Nos casos de chlorose e de anemia, entre outros, é frequente vêr-se, além d'uma mucosa anemica, uma atrophia das glandulas. Comprehende-se facilmente por quê: estas pessoas, tendo pouco appetite, a diminuição do estímulo alimentar excita pouco as glandulas do succo gastrico, e estas, funcionando por conseguinte menos energicamente, tendem a atrophiar-se.

Quanto ás glandulas, quando não desaparecem, são a séde de um augmento de volume e de uma alteração particular das cellulas de pepsina, cujo nucleo se offerece claramente no meio de uma massa protoplasmatica de bordos irregulares e em via de fragmentação (molecularisação de Mathias Duval), e assim veremos em toda a dilatação gastrica acompanhada de gastrite chronica, além de um liquido bastante mucoso que humedece a mucosa, esta encontrar-se alterada, apresentando uma côr vermelho-escura, uma superficie mamillosa e pontos transparentes que a analyse microscopica indica serem glandulas dilatadas por um muco transparente; mas toda a dilatação gastrica, a partir d'um certo tempo,

traz uma atrophia das glandulas, d'onde se explica a diminuição do succo gastrico.

Quanto á propria dilatação, ella faz-se á custa da grande curvatura e grande fundo de sacco, variando o limite segundo o grau de ectasia, podendo esta ir até ao pubis ou mesmo descer, o que não é raro. Um facto importante, observado muitas vezes por Lieutaud, é que um dos primeiros effeitos da dilatação é a approximação e a transposição para o mesmo plano horisontal dos dous orificios da cavidade gastrica.

A autopsia feita n'estes individuos tem provado que além d'estes phenomenos apontados se encontra ainda: o apagamento quasi completo do epiploon, compressão maior ou menor dos intestinos, adelgaçamento e mesmo transparencia das paredes do estomago, e accumulção d'uma quantidade consideravel de alimentos.

## CAPITULO IV

**Symptomatologia**

Agora, que já fallamos da anatomia pathologica da dilatação d'estomago, sem duvida uma das partes mais interessantes d'este assumpto, passaremos a descrever os symptomas que a caracterisam.

Antes de entrarmos n'este ponto, não virá fóra de proposito o dizermos que os symptomas dependem em parte do proprio estomago e em parte da affecção que deu nascimento á dilatação ou dos phenomenos que a acompanham. Como nem todos elles se manifestam no tubo digestivo, por isso que vemos uma boa parte ter logar em órgãos situados a distancia, para tornarmos mais nitido este estudo, dividil-o-hemos em duas secções: symptomas locaes e symptomas a distancia. Os primeiros tendo para séde o tubo digestivo, e os segundos os outros órgãos.

## SECÇÃO I

**Symptomas locais**

*Dôr*—A dôr não é um symptoma essencial na dilatação, visto que, em muitos casos, ella não apparece; é principalmente nas pessoas que são dotadas de temperamento nervoso, que esta sensação se manifesta. Ella consiste ás vezes n'uma dôr surda occupando toda a região, augmentando com a ingestão de alimentos, outras vezes consiste em crises gastralgicas, que apparecem por impulsos e se acompanham algumas vezes de vomitos. As dôres nem sempre se limitam á região do orgão; é frequente vêrmos doentes queixarem-se de irradiações para os hypocondrios dos dous lados; é já Lenoir, Chantemesse e Bouchard assignalavam casos de nevralgia intercostal como irradiações da gastralgia. Muitas vezes a dôr circumscreve-se n'um ponto da região; assim não é raro dar-se o caso de doentes se exasperarem, quando fazendo a pressão digital nos aproxima-

mos da região pylorica. Dá-se este facto quando ha uma ulcera não cicatrisada ainda, um tumor, etc., posto que muitas vezes haja um tumor canceroso, sem que, todavia, os doentes se queixem. Póde ainda succeder que a dôr seja determinada pela acção de retesamento que exerce o pezo do ventriculo nos pontos da sua suspensão: — no cardia, no pyloro, e mesmo no epiploon gastro-hepatico.

Como acima dizemos, não é a dôr que se encontra na maior parte dos casos, mas sim uma sensação de pezo no epigastro, que tem logar algum tempo depois das refeições, acompanhando-se d'um mal estar.

*Appetite* — É difficil, senão impossivel, estabelecer regra sobre este assumpto. Ha casos em que os doentes perdem o appetite; outros em que o conservam por muito tempo; outros ainda em que, comendo de uma fórma simplesmente espartosa, os doentes confessam não se darem, no entanto, por satisfeitos. Este ultimo caso vê-se frequentemente nos obesos.

*Vomito* — O vomito não se encontra em todas as especies de gastro-ectasia; é prin-

principalmente na dilatação, tendo por origem uma causa mechanica, como: no aperto do pyloro de natureza cancerosa, por exemplo, que elle se dá. O vomito não se repete amiudadas vezes; produz-se com grandes intervallos, não sendo raro repetir-se com intervallos de cinco, seis e mais dias. É este o unico meio de esvasiar o estomago quando haja obliteração completa. O que caracteriza a gastro-ectasia não é simplesmente o vomito; é preciso que não só elle seja distanciado mas ao mesmo tempo extremamente abundante. Assim, observam-se casos em que a materia vomitada se calcula em 5, 8, 10 litros e mais. Esta materia, se a fôrmos examinar, veremos que n'ella existem substancias ainda por digerir; tem-se notado, muitas vezes, fragmentos de grãos, de legumes, etc., que tinham sido ingeridos dias antes. O vomito tem, de ordinario, um cheiro insupportavel que é devido, em alguns casos, ao vinho, isto é, ao acido acetico dependente da sua fermentação.

Não é só de alimentos solidos que se compõe o vomito; temos um liquido mu-

coso, ás vezes bilioso (quando o aperto se faz no duodeno abaixo do confluyente das vias biliares), caseina proveniente do leite, esporos semelhantes ao do fermento da cerveja, sarcinas e muitas vezes sangue, sangue que pôde provir d'uma ulcera, d'um cancro ou mesmo da erosão da superficie da mucosa. Pelo aspecto que apresenta a hematemese se pôde suspeitar d'onde parta o sangue; assim, se ella é negra, còr de borra de café, pertence mais particularmente ao cancro, e mais probabilidades temos para o affirmar se a este phenomeno pudermos juntar ainda: tumor epigastro, ausencia d'acido chlorhydrico livre e adenopathia supra clavicular. Quando estudamos o cancro do estomago notamos que um dos symptomas mais frisantes era a ausencia ou diminuição d'acido chlorhydrico do succo gastrico, que é devida, segundo Riegel, á neutralisação do succo gastrico pelo succo canceroso. A hematemese de còr vermelha rutilante, faz suppôr que haja ulcera, se n'ella encontrarmos acido chlorhydrico, que muitas vezes existe em grau elevado.

Algumas vezes as materias vomitadas são coradas de azul, em consequencia da bilis que penetra no estomago (Bouveret e Devic); estes vomitos abundantes d'uma côr azul esverdeada, são característicos.

Os vomitos podem ser acidos, mas esta acidez não depende do acido chlorhydrico mas sim dos acidos butyrico, acetico, lactico, etc., provenientes da fermentação das materias alimentares existindo por muito tempo no ventriculo. Tambem apparece o vomito nas dilatações extensas das paredes do estomago e ainda, mas raras vezes, em casos de atonia muito sensivel.

Depois de termos fallado dos vomitos, vem a proposito dizermos alguma coisa sobre a tetania das extremidades que frequentemente sobrevém quando elles se tornam repetidos.

Tres hypotheses existem hoje para explicar a tetania dos gastro-ectasiados. Kusmaul attribue o phenomeno á secura dos tecidos, outros encaram-n'o como um movimento reflexo, tendo o estomago para ponto de partida, ou podendo ser provo-

cado pela lavagem do órgão ou pela sua percussão; e finalmente outros, como Bouchard, crêem que se trata d'uma intoxicação. Quando este facto se segue aos vomitos, parece ter por causa a primeira hypothese, pois que se dá quando se tornam extremamente abundantes e frequentes, e vemos que é muitas vezes precedida de lymphimia, sobretudo quando os doentes estão de pé ou andando. A mesma hypothese parece ter cabimento quando a tetania se dá nas amas de leite, depois de uma amamentação bastante demorada. Ha casos em que a tetania parece ser provocada por auto-intoxicação; assim um dos numeros da *Semaine Médicale*, d'um dos ultimos annos, relata um caso d'esses n'um rapaz de 19 annos, que apresentava os symptomas de gastro-ectasia e que era accommettido de accessos de tetania bastante violentos; estes, apresentando-se sempre antes do vomito, não faziam suspeitar que fossem devidos á seccura dos tecidos; poderia attribuir-se a um acto reflexo, porém Bamberger considera a opinião da auto-intoxicação como a mais provavel.

Beurmann relata um caso de morte por tetania, observado por elle no curso d'uma dilatação de estomago. O individuo teve por ultimo um accesso que durou algumas horas, estendendo-se aos musculos respiratorios. Dias antes tinha tido outro accesso caracterizado por vertigens com sensação de entorpecimento e formigueiro nas extremidades. Estes casos de tetania de origem gastrica são muito graves; para o provar bastará dizer que dos quinze casos que a sciencia conhece, oito foram seguidos de morte. Foi Kussmaul quem publicou o primeiro caso.

*Eructações* — A eructação gazosa apparece frequentes vezes, principalmente quando ha meteorismo gastro-intestinal. Esta eructação, umas vezes é inodora, outras vezes tem um cheiro desagradavel devido aos gazes que se formam em virtude da decomposição das substancias. A eructação gazosa compõe-se em parte de ar atmosferico e em parte de gazes anormaes produzidos no estomago por processos de decomposição. Acontece muitas vezes que na occasião da eructação, o doente sente vir á

bocca um liquido acido (regorgitação acida) que deixa na sua passagem atravez do esophago uma sensação de queimadura que é conhecida hoje pelo nome de pyrosis. Esta acidez ou azedume está hoje provado que é devida aos acidos:—acetico, butyrico, latico, ou a qualquer especie de acidos gordos, que fazem parte da decomposição das substancias.

*Meteorismo*—É pouco frequente encontrar-o; ordinariamente é depois das refeições que se nota em alguns casos este phenomeno. Este symptoma torna-se mais ou menos saliente, segundo se estende ao intestino ou se limita apenas ao ventriculo. Não é permanente quando se dá; apparece uma ou duas horas depois da ingestão dos alimentos; permanece outro tanto tempo para depois desaparecer. O meteorismo toma ás vezes taes proporções, que os individuos são obrigados a conservarem-se desapertados, pois que a roupa, opprimindo-os, impede-os de respirar á vontade durante este tempo. Os doentes queixam-se então de dyspnea e palpitações, porém isto desaparece, como acabamos de dizer, no

fim de uma a duas horas, para reaparecer depois de nova refeição.

*Constipação* — É outro symptoma ordinario nos dilatados, sendo ás vezes muito pertinaz. Ella é interrompida de quando em quando por uma diarrheia que é uma simples evacuação do intestino, ou antes, um despejo rapido do estomago. N'elle, as materias fecaes de consistencia molle são ordinariamente putridas e acidas; esta ultima qualidade depende de grande desenvolvimento d'acido acetico. A constipação caracteristica da dilatação póde ter por origem varias causas: umas vezes é devida á seccura intestinal resultante quer da retenção dos liquidos no estomago dilatado, quer de vomitos abundantes; póde depender tambem das mesmas causas, da mesma tendencia á atonia por esgotamento da acção nervo-motriz que deram logar á gastro-ectasia.

*Flatulencia* — Muito notavel na dilatação nervo-motriz, encontra-se tambem quando ha meteorismo.

Para concluirmos, diremos que a nutrição dos dilatados varia. Assim nós vemos

individuos emmagrecerem d'uma fôrma notavel sem que haja grande perturbação digestiva apparente, enquanto que outros ha sem que a nutrição geral seja alterada, e no entanto a ingestão e a digestão dos alimentos faz-se com uma certa difficuldade.

## SECÇÃO II

### Symptomas a distancia

Além dos symptomas que acabamos de descrever, as fermentações anômalas e auto-intoxicações dão logar a accidentes longinquos que são considerados de ordem reflexa. É segundo o logar em que estes accidentes se dão que a gastro-ectasia toma fôrmas correspondentes. Bouchard nomeia dez typos, dizendo que podia citar mais, mas acha desnecessario, pois que em volta d'esses se podem agrupar todos os outros symptomas.

*Fôrma rheumatismal* — É caracterizada pela apparição de nodosidades na articulação da primeira com a segunda phalange.

Estas nodosidades atacam geralmente os quatro ultimos dedos da mão, mas principalmente o auricular e o annular; outras vezes vemos esta deformação na articulação metacarpo-phalangeana do polegar, que corresponde em qualquer outro dedo á da primeira com a segunda phalange. Estas nodosidades não teem relação alguma com as diversas fórmas de rheumatismo chronico, ainda que sejam ás vezes precedidas de dôr. A alteração consiste apenas n'uma exaggeração dos tuberculos de inserção tendinosa da visinhança da articulação, e da espessura do rebordo que limita a cupula articular; todas as outras partes de que se compõe a articulação se apresentam normaes, não havendo mesmo differença no movimento.

Se examinarmos os artelhos, veremos muitas vezes as mesmas alterações nas articulações correspondentes. As nodosidades são ás vezes tão salientes que desviam o eixo dos dedos.

Estas disformidades teem um grande valor para Bouchard, dizendo elle que são consecutivas á dilatação e que existindo

ellas, se deve suppôr que haja gastro-ectasia, mas ainda mais, que indicam ser ella já antiga; são as nodosidades que na febre typhoide mostram que a gastro-ectasia lhe era anterior.

Não é só na segunda articulação dos dedos que a deformação tem logar; vêmos muitas vezes tumefacção acompanhada de dór, ora na articulação da extremidade interna da clavicula; ora na articulação do punho. Estas alterações estão em relação com o grau de ectasia, e assim as vêmos augmentar ou diminuir segundo as oscillações da doença.

A dilatação pôde arrastar não só alterações nas articulações, como acabamos de dizer, mas tambem o tecido osseo pôde soffrer mesmo na continuidade dos ossos longos; Bouchard diz que assim como Comby attribue o rachitismo na infancia a uma das consequencias da dilatação d'estomago, da mesma fôrma elle explica a osteomalacia nos velhos; diz ainda que as nodosidades dependem d'uma alteração da nutrição, e que se é verdade que o rachitismo pôde ser devido á formação em ex-

cesso d'acido lactico impedindo a calcificação dos ossos, é provavel que as nodosidades tenham tambem por causa a formação em excesso d'acido acetico; o que diz em relação ás nodosidades tem tambem referencia á osteomalacia.

*Fórma hepatica*—É caracterizada pela congestão do figado devida á passagem das materias toxicas atravez do systema porta; esta congestão faz-se acompanhar varias vezes de dôr. Passageira, pois que apparece e desaparece durante dous ou tres dias, tem logar de dez a quinze vezes no anno. Bouchard diz que a dilatação com fórma hepatica existe na relação de um para oito.

A congestão do figado explica como a ectopia do rim direito se faz; ectopia que é muito frequente dar-se nas mulheres, nos militares, emfim nas pessoas que teem por habito comprimir a base do thorax. Explica-se da seguinte fórma: estando esta parte do corpo comprimida, de cada vez que haja augmento do figado, como este não pôde passar adiante do rim, limita-se a recalcal-o; ora é natural que a congestão, apparecendo dez a quinze vezes no anno, o rim

impellido pouco a pouco se desloque, de fórma que a ectopia existe na mesma relação que a dilatação com fórma hepática. Como a constrição do thorax é mais frequente na mulher do que no homem, comprehende-se que esta fórma de dilatação seja mais vezes encontrada n'aquella; Bouchard diz que existe na relação de vinte e oito para cem na mulher e de tres para cem no homem.

*Fórma latente* — É a mais frequente; existe em dous terços dos casos. E pelos diversos meios de exame physico que a podemos provar, visto que não se manifesta por sensações anormaes, accidentes dyspepticos ou gastralgicos.

*Fórma cutanea* — Bouchard notou um grande numero de affecções cutaneas nos dilatados; são quasi sempre doentes friorentos, queixando-se de que transpiram facilmente e que os seus suores teem de caracteristico um cheiro a pão bolorento bastante exquisito. Bouchard tem notado a acneia da fronte, das fontes e do mento em raparigas, soffrendo ao mesmo tempo de uma dilatação, bem como a acneia rosea

que se mostra algumas horas depois das refeições com uma côr escarlate, predominando nas faces e nariz. Hoje, está provado que o eczema secco existe na proporção de treze para cem. Notam-se ainda o pityriasis capitis ou pre-esternal, o pityriasis versicolor, a urticaria, que a cada passo se encontra. Comby viu a zona em crianças affectadas de ectasia gastrica; Jacquet, revelou a existencia d'este mesmo estado morbido em doentes atacados de pityriasis rosea. Bouchard explica estes casos dizendo que os tegumentos cutaneos desempenham o papel de eliminadores de substancias toxicas, como: materias gazosas, acidos gordos volateis, que resultam das fermentações anormaes reabsorvidas no tubo digestivo. É pois certo, qualquer que seja a interpretação que se queira dar, encontrar-se a gastro-ectasia em individuos victimas d'uma affecção cutanea.

*Fôrma nervosa*—Frequentes vezes os doentes de dilatação estomacal se queixam de insomnia, dôres de cabeça, pesadelos, visões phantasticas, sentindo-se, ao acordar, mais fracos e fatigados do que durante

o dia ; são muito sensíveis ás diversas causas de depressão e excitação ; teem tendencia a passar por periodos successivos de excitação, depressão e hypocondria ; sentem-se muitas vezes fatigados sem saberem por quê, não resultante do trabalho a que se applicaram ; a cabeça muitas vezes parece comprimida dentro d'um circulo estreito ; passam facilmente d'um periodo de bem estar para um de mal estar ; teem tendencia para o abatimento e tristeza, sofrem casos de paralyisia digital ; apresentam muitas vezes perturbações da vista, como : a hemiopia, a diplopia, devidas á paralyisia dos musculos dos olhos ; a angina de peito, zumbidos ; suores nocturnos localisados no pescoço, no peito, na cabeça ; casos de tetania de que já fallamos, etc.

*Forma asthmatica*—Comprehende-se facilmente, como a gastro-ectasia possa dar logar a esta fórma. Nós sabemos que todas as vezes que os pulmões são comprimidos, seja qual fôr a causa que os obrigou a esta constrictão, arrasta comsigo uma respiração dyspneica ; ora succede que havendo grande distenção do ventriculo por gazes,

ou antes, pneumatose gastro-intestinal, qualquer d'ellas, impellindo para cima o diafragma, e este diminuindo, por conseguinte, o espaço thoraxico, os pulmões não podendo receber ar em quantidade sufficiente, soffrem, d'onde resulta a asthma ou dyspnea.

Bouchard, tendo provado que as substancias toxicas formadas no tubo digestivo são tambem eliminadas pelas mucosas, e uma das provas é o mau halito que se nota nos dilatados, reconheceu ultimamente n'elles que se predispõem facilmente a contrahir corysas. Ordinariamente tossem, e além d'isso os bronchios segregam mucosidades que, despegando-se difficilmente, dão logar á dyspnea e silvos. A este respeito, Bouchard faz vêr, n'uma sua estatistica, que as bronchites sibilantes, rebeldes, recidivantes, estão na proporção de um decimo; e a respiração dyspneica com character paroxistico, lembrando o accesso de asthma, na relação de quatro a cinco por cento.

*Fôrma renal* — Bouchard, dando-se ao trabalho de analysar as urinas dos dilatados d'estomago, depois de varias experien-

cias feitas chegou á conclusão de que a albuminuria se encontrava facilmente, e assim obteve, em 100 casos, 17 que continham albumina. Ainda mais: tendo ao seu cuidado alguns individuos affectados d'esta doença, notou que a albuminuria segue uma marcha parallela á da gastro-ectasia, augmentando quando ella se agrava, diminuindo se se obteem melhoras. Muitas vezes a albuminuria torna-se persistente o que indica que existe uma lesão renal. Bouchard observou, além d'isto, o ruido de galope nos casos em que a albuminuria parecia estar ligada á gastro-ectasia, e viu que a albuminuria, tendo depois desaparecido, esse rythmo albuminurico deixou de existir; mais tarde essas perturbações voltaram. Como este, cita Tapret um exemplo.

Não foi só a albuminuria que chamou a attenção de Bouchard; este illustre sabio notou por mais de uma vez a existencia de peptonas na urina dos dilatados, o que não acontece no estado normal. Temos para a reconhecer, entre outros meios, a reacção de Millon e a reacção de Biuret. A solução de peptona dá a reacção de Millon e a

reacção xanto-proteica; a mesma solução, misturada á potassa ou á soda, e addicionada de vestigios de sulfato de cobre, dá a frio um bello colorido rosa (reacção de Biuret).

*Fórma dyspeptica*—Esta fórma é caracterisada por dôr diffusa ao longo de toda a região do estomago, lentidão das digestões, muitas vezes constipação, emfim os symptomas que são dados é dyspepsia.

*Fórma cardiaca*—Não é raro observarem-se palpitações repetidas e frequentes nos doentes de dilatação estomacal, depois das refeições. Potain mostrou que as affecções gastro-hepáticas se reflectem muitas vezes sobre o coração, trazendo asystolia e dilatação do ventriculo direito. Lasègue, por seu lado, assignalou uma particularidade do rythmo do coração caracterisada por palpitações precipitadas, depois das quaes parece faltar uma das palpitações do coração e o pulso; depois, tudo recommença do mesmo modo.

A ingestão de certos alimentos, como folhas de salada por exemplo, dá logar, em alguns dyspepticos, quasi immediatamente,

a uma dilatação do ventriculo direito, como o prova o augmento de *matité* cardiaca (*Bulletin médical*, 1887).

*Fôrma consumptiva aguda ou chronica*  
— Temos por ultimo a fallar d'estas duas ultimas fôrmas de gastro-ectasia. A primeira dá-se quando o individuo, soffrendo ha bastante tempo, (10 ou 15 annos, por exemplo), de repente se vê impossibilitado de se levantar do leito. A segunda vê-se a cada passo: individuos ha que entram para o hospital por não poderem trabalhar, devido isto a uma debilidade physica e moral, sendo injustamente classificados de preguiçosos ou hypocondriacos.

## CAPITULO V

### **Diagnostic**

Parece que antigamente a ectasia gastrica era menos frequente do que relativamente o é agora; isto seria devido a que em dous terços dos casos não se reconheciam os symptomas e signaes por que nós

hoje descobrimos esta doença. Actualmente graças aos diversos meios de exploração de que nos podemos servir, facil se torna conhecer este estado morbido. Os methodos de exame physico são um meio mais seguro para o nosso diagnostico do que os phenomenos subjectivos de que já fallamos no capitulo anterior (symptomatologia). Por aquelle modo reconhecemos presentemente mais dous terços de dilatados do que no tempo em que, por falta de methodo proficuo, escapavam á nossa observação todos os casos que não fossem apenas indicados por sensações anormaes, ou accidentes dyspepticos ou gastralgicos.

São seis os processos de investigação que hoje se conhecem: inspecção, palpação, percussão, auscultação, ruido de marulho, medição por meio da sonda. De todos elles, os mais importantes são sem duvida a percussão e o ruido de marulho.

Passemos a descrever rapidamente cada um d'elles, seguindo a ordem por que se acham dispostos.

*Inspecção* — Em muitos casos, a simples inspecção faz conhecer, atravez das

paredes abdominaes, os contornos de um estomago dilatado, apresentando muito nitidos os limites da grande tuberosidade e do grande fundo de sacco; é principalmente nas pessoas que soffrem de um aperto do pyloro, trazendo comsigo um grande emmagrecimento, que nós o temos notado. Outras vezes, quando as paredes abdominaes são delgadas, torna-se facil conhecer os limites pelos movimentos vermiculares provocados na região com leves pancadas.

Se succede que os limites não estejam bem nitidos, podemos accentual-os melhor fazendo ingerir ao doente alguns grammas de bicarbonato de soda e acido tartrico; o estomago não tarda a encher pelo facto do acido carbonico ahi desenvolvido.

*Palpação*— Não é dos processos de investigação o mais satisfatorio; todavia, em alguns casos a grande curvatura e o grande fundo de sacco são mais faceis de reconhecer pela palpação do que á simples vista, principalmente no momento em que a camada muscular entra em contracção.

*Percussão*— Para o acto da percussão, devemos attender á posição do paciente,

que póde estar deitado ou de pé. No primeiro caso, o individuo deve estar de costas, com os joelhos levantados, evitando assim a rigidez dos musculos; na occasião da percussão teremos o cuidado de descobrir o individuo, de maneira que o abdomen, bem como o peito, estejam expostos, e recommendaremos tranquillidade, bem como respirar com a bocca aberta. Para começarmos a percutir, devemos seguir tres linhas verticaes: axillar, mamillar e media. O limite superior será conhecido da seguinte fórma: começar-se-ha a percutir bastante de cima, de fórma que percebamos onde acabe o som pulmonar e onde começa o estomacal; marcando em cada uma d'estas linhas a differença d'estes sons, facilmente se conhece a altura a que está a pequena curvatura. O limite inferior, se é facil encontral-o em alguns casos, torna-se, porém, difficil n'outros, sendo preciso uma certa attenção e habito para distinguirmos o som estomacal do colico; devemos começar bastante em baixo a percutir para distinguirmos o som intestinal do estomacal. O som colico não só é mais ele-

vado, ouve-se mais em baixo, mas tambem faz-se muito mais á direita que o gastrico e prolonga-se ás vezes no colon ascendente e descendente. Se o limite inferior estiver abaixo de uma linha horisontal, tirada do umbigo para as falsas costellas esquerdas, é de crêr que haja dilatação.

Suppondo o individuo de pé e em jejum, podemos fazer-lhe beber um copo de agua, antes de percutirmos; se o exame mostrar uma *matité* abaixo da mesma linha de que acima fallamos, podemos dizer com muita probabilidade que temos um caso de gastro-ectasia. E esta é a opinião de Penzoldt.

*Auscultação* — A auscultação tem muitas vezes importancia na dilatação d'estomago. Por varias vezes se tem ouvido, quando fazemos ingerir ao doente substancias effervescentes, uma especie de crepitação, que resulta do estalido das bolhas de gaz á superficie dos liquidos.

*Ruido de marulho* — Superior á percussão é a provocação do ruido de marulho, que hoje é tido como o mais claro symptoma de dilatação de estomago.

Para procurarmos o ruído de marulho, devemos collocar o individuo horizontalmente como fizemos para a percussão, mas n'este caso prescindimos de travesseiro, a não ser que a pessoa em observação seja bastante obesa e receie, por conseguinte, suffocar. Temos de recommendar aos doentes que respirem tranquillamente, aproveitando a occasião de fazermos os pequenos abalos bruscos e ao mesmo tempo leves, de palpação, no fim da expiração e no começo da inspiração, momento em que o ruído de marulho se torna mais perceptivel. Não é indifferente observarmos em qualquer hora; é preciso que a digestão se tenha feito, e como ella póde ser mais ou menos demorada, convém fazel-a de manhã, quando o individuo está em jejum. Pelo facto de não ouvirmos á primeira vez o ruído, não devemos concluir que não existe dilatação, pois que o estomago póde estar achatado e cahido adiante como um avental; n'este caso devemos mandar beber meio copo d'agua e em seguida começar a nova experiencia. Se quirmos o ruído de marulho fazer-se abaixo d'uma linha hori-

sontal tirada pelo umbigo, claro está que o estomago se tinha dilatado. Bouchard diz que um dos signaes que caracterizam este estado, é o ruido de marulho ter sempre logar nos mesmos limites, quer o estomago esteja quasi vasio ou moderadamente cheio.

Mathieu n'um dos numeros da *Semaine medicale*, de 1892, affirma que a simples percepção de ruido de marulho não é sufficiente para podermos diagnosticar uma dilatação d'estomago, pois que lhe succedeu por varias vezes, assim como a Juhel-Renoy, não retirar liquido algum, por meio da sonda, em doentes que apresentavam um ruido de marulho muito claro, d'onde concluíram que o marulho não tem sempre logar no estomago e que elle póde ter a sua origem no colon.

Le Gendre respondeu no mesmo jornal a Juhel Renoy, dizendo que pelo facto de não se retirar cousa alguma pela sonda estomacal, não devemos affirmar que não haja dilatação, pois que lhe succedeu uma vez não retirar liquido com a sonda ordinaria, liquido que se tinha alojado no fundo de sacco do estomago, mas que com o au-

xilio d'uma sonda mais comprida fez vêr a sua existencia.

Bouchard e Le Gendre, contrariamente a Mathieu, consideram o ruido de marulho, abaixo d'uma linha horisontal tirada pelo umbigo, sufficiente para poder diagnosticar a dilatação, dizendo que o ruido de marulho estomacal se distingue do colico, tendo este um timbre mais elevado, fazendo-se mais em baixo e tendo uma direcção differente. Assim, quando tem logar no ventriculo, ouve-se apenas n'esta região, o que já não acontece quando se dá no colon, e n'este caso veremos fazer-se mais á direita do que n'aquelle, e prolongar-se ás vezes o ruido no colon ascendente e descendente.

Germain-Sée insiste muito, na sua clinica, sobre a necessidade e difficuldade que ha em verificar este diagnostico differencial, pois que muitas vezes se commette o erro de tratar um dilatado intestinal por um dilatado d'estomago.

*Medição por meio da sonda*—Restanos fallar da sonda. Emquanto que nas pessoas sãs a sonda não desce abaixo de

0<sup>m</sup>,60, a partir da bocca, nos dilatados d'estomago vêmol-a varias vezes descer até 0<sup>m</sup>,70, e mais. Por meio d'uma sonda rigida, introduzida no ventriculo d'uma pessoa magra, se pôde conhecer, atravez das paredes abdominaes, onde chega a extremidade interna, e por conseguinte até onde desce o estomago; assim, vêmos em casos de gastro-ectasia o limite inferior do estomago approximar-se d'uma linha tirada pelas espinhas illiacas anteriores e superiores, ou pelo menos ficar abaixo do umbigo.

Podemos tambem por meio da sonda, ou bomba estomacal de Kussmaul, vasar os liquidos contidos na cavidade, avaliando o grau de ectasia segundo a quantidade mais ou menos consideravel.

Podiamos ainda citar outros processos do diagnostico com o auxilio da sonda, mas cremos isso dispensavel visto que os proprios auctores são os primeiros a abandonal-os: — uns porque são enganosos, outros porque são perigosos, dando logar frequentes vezes á formação de ulceras.

São estes os signaes physicos que teem

aqui a maior importancia, e por terem passado ignorados até á época de Duplay Senior, é que succedeu varias vezes confundir-se esta molestia com a prenhez e mesmo com a ascite. Foi isto o que succedeu uma vez, segundo conta Chaussier, em que um caso de dilatação foi tomado por uma ascite; estando assim diagnosticado, procedeu-se á paracentese, mas, como era natural, o doente morreu. A par d'este, se deram muitos outros casos equivalentes. A facilidade d'este diagnostico leva-nos á conclusão de que os symptomas d'estas tres doenças (dilatação d'estomago, ascite e prenhez), são bastante claros para que um medico um pouco experiente deduza após um pequeno exame o caso que se lhe offerece.

Veamos o que se dá entre a dilatação e a ascite: na dilatação de estomago em estado pouco adiantado, ouve-se ainda o ruido intestinal abaixo da grande curvatura, emquanto que na ascite ouve-se um som baço no hypogastro e fossas illiacas; na dilatação de estomago chegada a uma época um tanto mais augmentada, póde-se

sentir a grande curvatura abaixo do umbigo ou distinguir a sua saliência, emquanto que na ascite não se acha nenhuma saliência circular semelhante á da grande curvatura do estomago. Na dilatação de estomago, o ventre apresenta diversas saliências devidas á distensão do estomago, emquanto que na ascite o ventre é uniformemente desenvolvido; na dilatação determina-se o ruido de marulho pela agitação, emquanto que na ascite não ha ruido de marulho; na dilatação ha uma fluctuação ordinariamente obscura, emquanto que na ascite esta é muito evidente; emfim, na dilatação ha vomitos que trazem uma diminuição mais ou menos notavel de symptomas locais, emquanto que na ascite não ha vomitos, ou quando os haja, não teem nenhuma influencia sobre o estado do abdomen.

De resto, é conveniente distinguir aqui a gravidez da dilatação.

O diagnostico d'estes dous estados não as deixam de fórma alguma confundir; assim, temos: n'aquella, com effeito, a existencia da tumefacção na parte media e in-

ferior do ventre, a sua consistencia, a sua convexidade superior, a ausencia de toda a mudança pelo deslocamento, a auscultação que permite reconhecer os ruidos do coração do feto e o ruido placentario, os movimentos activos do feto, emfim o toque do collo — tudo isto é mais que sufficiente para que se possa affirmar se ha gravidez.

## CAPITULO VI

### **Marcha e prognostico**

Deveriamos tratar separadamente cada um d'estes assumptos, pois que qualquer d'elles é muito importante; mas incluil-os-hemos no mesmo capitulo, não querendo com isso significar a menos importancia que qualquer d'elles nos merece, mas simplesmente tendo em vista as estreitas relações que os unem.

A marcha e duração da doença dependem principalmente da natureza da causa que lhe deu origem.

Temos tido occasião de vêr algumas ve-

zes a doença apresentar uma marcha aguda; esta dá-se sobretudo quando a causa actua espontaneamente, como: traumatismo, contusão violenta (Miller, Humby, Erdman, Andral), intoxicação por ácidos, como: ácido chlorhídrico, ácido sulfúrico, (factos estes relatados por M. Klemperer e M. Litten na *Semaine medicale*, de 13 de febreiro de 1889), voltando n'estes casos o estomago ás suas proporções normaes. Póde ainda haver uma marcha extremamente rápida mas desfavoravel, como nos casos de stenose neoplásica do pyloro; mas na maior parte dos casos a dilatação é ordinariamente chronica, sendo por vezes a sua marcha bastante longa e a sua terminação indeterminada; assim, varios casos temos visto em que a duração data de dezeseis annos e mais. A dilatação com fórma chronica succede principalmente quando, sendo isenta de complicação, os individuos não querem sujeitar-se a um regimen rigoroso, parte essencial do seu tratamento.

Eis aqui resumido em poucas palavras o que sabemos a respeito da primeira parte d'este capitulo.

Passemos ao prognostico.

O prognostico é inteiramente desfavoravel quando a causa da gastro-ectasia tem por origem um aperto do pyloro e este é de natureza cancerosa. O melhor prognostico dá-se quando não podemos attribuir a dilatação d'estomago a aperto de qualidade alguma; então, n'este caso, podemos prometter uma cura duravel contanto que a doença seja leve e que um tratamento mechanico bem ordenado, associado a um bom regimen, seja instituido opportunamente e feito com toda a regularidade.

Entre estes dous extremos, a gravidade vae diminuindo dos casos em que existe uma lesão organica das paredes, áquelles nos quaes ha apenas perda de tonicidade muscular mais ou menos duravel.

A gastro-ectasia dolorosa e flatulenta póde ser curavel se é tratada desde o principio; porém, se a desprezarmos, não sujeitando o doente a um regimen prophylatico, póde isso dar logar, subseqüentemente, a uma dilatação permanente raras vezes reductivel.

A perda de tonicidade muscular, de mo-

mentanea torna-se então duravel; o relaxamento muscular do estomago passa então de funcional a organico, o que torna por conseguinte a doença muito mais grave.

Podemos ainda avaliar a gravidade da dilatação, verificando o modo como as paredes do estomago se comportam sob a influencia da ipecacuanha dada em pequenas doses, segundo o methodo que será indicado quando fallarmos da therapeutica; assim, o prognostico é tanto mais favoravel quanto maior fôr a sua retractilidade, e tanto menos favoravel quanto menor ella fôr.

Bouchard diz que a maior parte dos doentes podem obter cura, quando sigam á risca o tratamento indicado, não podendo porém fixar o tempo, que não parece ser inferior a dois annos; e que uma vez o estomago dilatado não póde dizer-se que esteja isento de recidiva, porque as curas são instaveis. Quando, porém, a dilatação data já desde a infancia, a cura em certos estomagos nunca chega a realisar-se, mas a imperfeição do orgão póde diminuir e até desaparecer, se tiver um tratamento per-

manente e rigoroso, podendo assim o individuo viver durante annos n'um estado relativamente satisfatorio.

Mal tratada ou abandonada a si mesmo, a dilatação póde terminar na cachexia gastrica, trazendo consigo a morte. Outras vezes, no ultimo periodo, os vomitos manifestam-se com tal frequencia, que os individuos começam a perder as forças e a emmagrecer, sobrevindo muitas vezes a tetania, symptoma terrivel, como já tivemos occasião de expôr, com o qual a morte apparece quasi instantaneamente.

## CAPITULO VII

### **Therapeutica**

Resta-nos dizer duas palavras ácerca do tratamento, para encerrarmos o assumpto da nossa these.

O tratamento da dilataçào de estomago, differindo segundo os diversos typos clinicos, tem feito grandes progressos depois que o diagnostico da dilataçào gastrica se

faz com facilidade e principalmente depois que Kussmaul, e mais tarde Faucher, puzeram em pratica a lavagem do estomago por meio dos seus apparatus, conhecidos hoje sob as denominações de bomba estomacal de Kussmaul e siphão de Faucher.

As principaes indicações consistem pois em desembaraçar o ventriculo dilatado dos alimentos em excesso, que se accumulam, e impedir a nova accumulção de substancias. Quando se realisa este duplo fim, temos, por assim dizer, conseguido afastar as influencias mechanicas e chimicas que, como nós vimos, são favoraveis não só a conservar a dilataçào, mas tambem a augmental-a progressivamente.

Em resumo, o tratamento da dilataçào de estomago baseia-se no regimen que varia segundo a natureza da gastro-ectasia e na lavagem do estomago; é isto o principal, sem o que nada poderemos fazer.

Sendo assim, vamos tratar em separado d'estes dous pontos, já que tanto valor teem n'esta doença. Mas isto não demonstra de fórma alguma que ella esteja sempre sujeita a um tratamento medico; não! quan-

tas vezes, e então em casos mais graves, é preciso associar a este tratamento um tratamento cirurgico! Estes casos, infelizmente, são muito frequentes. Fallaremos em primeiro logar do tratamento medico; depois citaremos os casos em que a cirurgia tem de intervir, e as vantagens que ha em proceder a esta ou áquella operação. Como para prescrevermos a medicação a que tem de submeter-se um gastro-ectásico nos é necessario, primeiro que tudo, averiguar o que se passa no orgão doente, teremos de lançar mão da sonda, pois que é por ella que nós conheceremos tantas vezes se ha ausencia, diminuição ou augmento de acido chlorhydrico. Principiaremos, pois, pela lavagem do estomago.

#### Lavagem do estomago

Varios apparatus tem sido inventados para a lavagem do estomago. Descreveremos apenas aquelles que mais estão em uso na nossa clinica a partir de 1867, anno em que Kussmaul pôz em pratica os resultados do seu methodo, sendo depois se-

guido por Niemeyer, Bartels, Liebermeister, e principalmente por Reich, de Stuttgart, sendo desde essa data que a lavagem se tornou d'uma pratica corrente. Antes d'essa época já havia alguns instrumentos, consistindo em uma seringa mais ou menos modificada: um dos principaes aparelhos foi inventado pelo doutor Physick, de Philadelphia; Read, de Londres, tinha tambem inventado uma bomba, que Astley Cooper adoptava. Lafargue, em França, no anno de 1837, tinha imaginado uma pipetta analoga a um siphão. Anteriormente a este ultimo clinico, Arnold, em 1829, Someville, na mesma época, e depois Plosz, imaginaram tubos molles e applicaram a theoria do siphão á sahida dos liquidos do estomago; mas tubos molles ou siphões cahiram no esquecimento e só depois que Kussmaul pôz em pratica os effeitos obtidos pela lavagem do estomago com o auxilio da bomba estomacal, é que ella se tornou então corrente.

Os aparelhos mais empregados actualmente nos nossos hospitaes, são: a bomba estomacal de Kussmaul, o tubo de Faucher,

o de Debove, a sonda de Nelaton, e ultimamente o tubo de Fremont.

Vejamos em que consiste cada um d'elles.

*A bomba estomacal de Kussmaul* compõe-se de uma sonda esophageana, á qual se adapta uma seringa, munida de dous tubos, um para aspirar, outro para deixar vasar o conteúdo liquido. Este aparelho, porém, só é empregado em casos excepcionaes; porque, se é verdade que lhe conhecemos vantagens, elle não deixa de apresentar inconvenientes. Assim, Ziemssen, servindo-se um dia da bomba estomacal de Kussmaul, succedeu-lhe, na occasião em que aspirava, arrancar um bocado de mucosa, que veio adherente aos olhos da sonda; outras vezes observam-se hemorragias, facto este que se deu uma vez com Wiesner. De fórma que attendendo ao perigo que da sua utilização podia provir, este aparelho tem hoje pouca applicação; no entanto ha casos em que é preciso recorrermos a elle. Quando a dilatação é enorme e quando o estomago contém uma grande quantidade de liquido putrido, como acontece em al-

guns casos de cancro do pyloro, os outros aparelhos, dos quaes ainda havemos de fallar, são insufficientes para lavar toda a cavidade, sendo então preciso servirmo-nos da bomba, que graças ao impulso com que o liquido é lançado, permite lavar todos os pontos d'esse orgão. Hoje conhecem-se outras bombas, como: a de Mathieu e a de Collin; esta ultima, porém, como mais simples, é a que mais serviços tem prestado a Dujardin-Beaumetz.

*O tubo de Faucher* é o que actualmente funciona no nosso hospital. Consistê elle n'um tubo de caoutchouc molle e flexivel, tendo de comprimento 1<sup>m</sup>,50, trazendo exteriormente um indice para indicar a que profundidade deve ser introduzido. Esse tubo deve ser tão liso quanto possivel e ter uma certa espessura, de fórma que possa ser introduzido por impulsos successivos.

No commercio existem tres variedades d'estes tubos com calibres differentes, enumerando-se com os algarismos 1, 2, 3, correspondentes a diametros de 8, 10 e 12 millimetros. Para servir, adapta-se a este tubo um funil, sendo preferivel um de vi-

dro (como por exemplo o de Hegar) a qualquer outro de metal, porque tem a vantagem de se poder observar atravez d'elle a marcha do liquido.

O tubo de Debove, que não é senão uma modificação do de Faucher, differe apenas em não ter a mesma espessura em todo o seu comprimento. Assim, a parte inferior que deve ser introduzida no estomago, tem uma espessura bastante consideravel e uma superficie lisa, o que facilita a sua introdução no orgão, devido á rigidez que apresenta o tubo; a outra parte que fica á vista e que tem a desempenhar o papel de siphão, é pelo contrario de caoutchouc muito mais delgado e muito mais molle.

Strümpell, no seu *Traité de Pathologie interne*, a proposito de dilatação d'estomago aconselha, para fazermos a lavagem do ventriculo, um simples apparelho disposto em siphão, que faz lembrar mais ou menos o tubo de Debove. A parte que se introduz no estomago e que corresponde á porção rigida do tubo de Debove, consiste n'uma sonda molle de Nelaton, de comprimento sufficiente, tendo latteralmente olhos

bastante grandes; a outra, correspondente á parte molle do tubo de Debove, é representada por um tubo de caoutchouc, tendo o comprimento de um metro. Completa este aparelho um funil de vidro que se adapta na occasião da lavagem.

Mathieu, no seu recente livro — *Therapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin*, diz que apesar de reconhecer a superioridade do tubo de Debove ao de Faucher, pelo facto d'aquelle ser mais rígido e tornar por conseguinte a sua manipulação mais facil, prefere actualmente o tubo de Fremont, posto que seja inferior em rigidez ao de Debove.

Este aparelho compõe-se de um tubo mais comprido do que qualquer outro dos mencionados, terminando na extremidade gastrica por uma abertura correspondente ao seu calibre, e superiormente por um funil de vidro que se adapta na occasião precisa. Este tubo traz no seu trajecto uma tubuladura de vidro com um indice que tem a vantagem de nos mostrar se os liquidos estacionam ou seguem o seu caminho.

Vejam os como estes aparelhos funcionam.

Antes de procedermos á lavagem, devemos mandar sentar o individuo, e depois de lhe termos collocado uma toalha ao pescoço, mandal-o desapertar. É necessario ter ao lado duas vasilhas— uma para receber o liquido que sahe do ventriculo e outra contendo aquelle que é destinado á lavagem; temos de recommendar o seguinte: respirar sempre e de fórma que se ouça, não apertar os dentes, e deixar cahir a saliva, fazendo vêr que a toalha não foi posta para outro fim. Feito isto, colloquemo-nos em frente do doente, e depois d'elle ter aberto a bocca e deitado a lingua para diante, introduzimos o tubo um pouco obliquamente de cima para baixo e de diante para traz, contra a parede posterior da pharynge, evitando tocar na abobada palatina, e uma vez ahi, devemos recommendar ao doente que faça esforços de deglutição, esforços que nós acompanharemos impellido o tubo para o estomago.

Varios auctores aconselhavam antigamente que para tornarmos a descida do

tubo mais facil, deveriamos humedecel-o primeiro n'um liquido gordo, mas como isto quasi sempre traz um sabor desagradavel quando se retira, servimo-nos da agua simples ou do leite, cujo effeito é o mesmo.

Como nas primeiras experiencias o individuo deixa ás vezes de respirar, dando em resultado a congestão da face, ficamos em duvida se o tubo seguiu realmente o seu caminho ou não, facto este que é preciso averiguar antes de submettermos o individuo á lavagem do estomago. Isto é facil de reconhecer, porque a congestão desaparece desde que se respire bem, e além d'isso o comprimento do tubo introduzido e a sahida de alguns gazes n'essa occasião, vem mostrar-nos claramente que a introduccão se fez no ventriculo e não nos pulmões.

Succede em varias pessoas que, nas primeiras experiencias, a introduccão do tubo dá logar a vomitos ao passar por dous pontos do tubo gastro-pharyngeano, o primeiro — na parte superior da pharynge, e o segundo — na cavidade do orgão. Pode-

mos, porém, evital-os; — no primeiro caso — pincelando a região com chlorhydrato de cocaina, e no segundo (mais difficil) — introduzindo uma porção de liquido sufficiente para impedir o contacto das paredes do ventriculo com o tubo. Mas outros obstaculos se offerecem á passagem do tubo e estes então mais graves, como: ulceras da epiglottle ou da parte posterior da larynge, e espasmo esophageano nas pessoas hystericas, etc.; difficuldades estas que podem desaparecer se tivermos o cuidado de anesthesiar alguns minutos antes estas regiões. Outro tanto não acontece quando ha carcinoma do esophago, que actúa então como obstaculo mechanico.

No nosso hospital usa-se, para lavar o estomago, de agua simples á temperatura geralmente de 38° a 40°; porém, alguns auctores são de opinião que se use uma solução de bicarbonato de soda a duas partes por cem, pois que com ella se destacam mais facilmente as mucosidades do estomago. Tem-se tambem empregado a agua salicylada e ainda a solução de resorcina na mesma proporção, quando se

conhece que as fermentações são d'um grau particular; porém, Dujardin-Beau-metz, reconhecendo a propriedade d'esta ultima solução, que, além de irritante, tem os seus inconvenientes, prefere empregar agua boricada a uma parte para cem a empregar uma solução de resorcina mesmo que seja a cinco por mil.

Para lavarmos o estomago, uma vez o tubo introduzido, adapta-se-lhe o funil, depois, conservando este levantado, deita-se-lhe o liquido, que immediatamente vae cahir no estomago. É preciso ter o cuidado de abaixar rapidamente o funil na occasião em que o liquido tende a desapparecer na parte inferior, indo o liquido contido no estomago vasar-se, como acima dissemos, n'uma vasilha qualquer, que se colloca para isso aos pés do doente. Para vasar mais completamente o ventriculo, auxiliamo-nos d'um ajudante, que toma a seu cuidado vascolear a cavidade no acto do esvasiamento, ou então recommendamos ao individuo que faça esforços de vomito.

A quantidade de liquido que se emprega de cada vez não deve ser consideravel,

porque nós sabemos que o liquido em quantidade exagerada tende a dilatar o orgão. Bouchard é de opinião que se introduzam apenas dous e meio decilitros, mas isto varias vezes até que o liquido saia tão limpo como entrou.

D'este modo poder-se-ha fazer uma excellente lavagem. É conveniente deixar no fim de cada lavagem uma pequena quantidade de solução de bicarbonato de soda.

A lavagem faz-se de preferencia pela manhã, em jejum, e uma só vez ao dia. Alguns auctores, porém, aconselham que se faça duas; não são da mesma opinião Dujardin-Beaumetz e Le Gendre, dizendo este que o abuso das lavagens tem consequencias graves: pôde provocar a formação d'ulceras gastricas e além d'isso constitue um obstaculo á cura em metade, pouco mais ou menos, de casos de dyspepticos por dilatação gastrica permanente.

Mathieu reconhece da mesma fórma o abuso que se faz das lavagens, e diz que o emprego systematico da sondagem do estomago tem tambem os seus inconvenientes, de fórma que devemos ter o maximo

cuidado, pois que é contra-indicado em casos de ulcera redonda e em casos de lesão organica do esophago ou do proprio ventriculo, pelo receio de causar ruptura.

Mathieu, persuadido de que a lavagem todos os dias póde ser uma causa de cansaço e de excitação exagerada para o estomago, faz principalmente nos hypersecretores duas ou tres vezes por semana a lavagem, e diariamente o esvaziamento do liquido estagnante, colhendo assim resultados satisfatorios.

### Regimen

Independentemente do tratamento mechanico, temos tambem de estabelecer um regimen rigoroso aos doentes. Como uma das condições que exige a cura da dilatação d'estomago é, depois de desembaraçar o ventriculo, impedir nova accumulção, e esta possa depender da quantidade, qualidade ou numero de refeições, Bouchard resume, dizendo que é preciso que o esto-

mago se distenda o menos, o menos vezes, e o menos tempo possível.

Para satisfazer á primeira condição é preciso que se dê uma alimentação nutritiva e tão dividida quanto possível, havendo preferencia do peixe, carne, ovos, leite e farinhas. Devemos pôr de parte — gorduras, que impedem o succo gastrico de embeber os alimentos e por conseguinte de os digerir; alimentos que deixem grande residuo, como: legumes verdes, salada ou fructas verdes; substancias susceptiveis de fermentar, como: miolo de pão, assucar, vinagre, alcool; substancias azedas; e alimentos líquidos que diluem o succo gastrico.

As bebidas não devem exceder tres quartos de litro por dia. Se possível fôr, devemos riscar o alcool, que dá origem ao acido acetico, mas como isso raras vezes se póde conseguir, principalmente em pessoas dadas a bebidas, Bouchard aconselha que se conceda, mas muito diluido. Pôr-se-ha de parte o vinho maduro tinto que contem muito alcool e tannino, cuja acidez se eleva a cinco ou seis para mil, sendo por isso preferivel

o vinho branco leve. Muitos doentes não se contentam com tão pequena quantidade de liquido e então Mathieu, seguindo Germain-Sée, conhecendo as vantagens que se tiram dando a beber liquido tão quente quanto possivel, permite que se lhes satisfaça esse desejo. D'esta fórma, os doentes tem tirado bons resultados. O calor parece excitar as fibras musculares lisas do estomago, visto que excita a fibra muscular lisa dos outros systemas (tratamento das metrorrhagias com injeções quentes) —acalma a dôr— e a obrigação de tomar as bebidas quentes diminue a ingestão dos liquidos. Devem supprimir-se as bebidas gazosas, que irritam a mucosa e distendem o estomago.

Para satisfazermos á segunda condição, Bouchard estabelece tres refeições por dia: uma, leve, pela manhã, ás 7 horas e meia, não se devendo beber a esta refeição; e duas principaes, ás 11 e meia e ás 7 e meia da tarde, bebendo então, em cada uma d'ellas, até metade da quantidade de liquido acima indicada. Recommendaremos que estas refeições sejam pouco copiosas,

mas substanciaes, e que não bebam nem comam nos intervallos, evitando assim a accumulacão de alimentos.

Para satisfazer á terceira condiçãõ temos: a ipecacuanha, que é hoje considerada como a mais efficaz para despertar a tonicidade gastrica; não deve este meio therapeutico exceder de dous a cinco centigrammas em 24 horas. Temos ainda a estrychnina, gottas amargas de Beaumé, noz vomica, etc. A electricidade, que tambem foi applicada n'estes casos, não dá grandes resultados. Temos ainda outros meios muito recommendaveis, como é a massagem, douches frias, etc.

Dadas estas condições, é preciso ainda fazer vêr ao doente que é de necessidade mastigar bem, comer tranquillamente, não se dedicar a trabalhos, quer intellectuaes quer physicos, depois das refeições, e não se deixar cahir em inacção, nem tão pouco dormir após ellas, e dar passeios, o que é muito conveniente para tornar mais facil a digestão.

Ao mesmo tempo podemos combater a constipação e a dyspepsia chimica. Veja-

mos como procederemos: — a constipação, *symptoma ordinario* nos dilatados, por isso que a agua não chega ao intestino em quantidade sufficiente, tende a desaparecer com o emprego de meios mechanicos, como: suppositorios, massagem, *clysteres*, etc., preferiveis hoje ás substancias purgativas que sendo retidas tendem, pelo contrario, a associar-se ás que já lá estão.

A *dyspepsia chimica*, como nós sabemos, póde ter por origem uma diminuição de acido *chlorhydrico*, mas o excesso de acido tambem póde ser causa d'ella. De fórma que, para combatermos este estado, é necessario primeiro examinar o *succo gastrico*; assim, no primeiro caso, temos a usar, como faz *Bouchar*d, uma solução de acido *chlorhydrico* na proporção de quatro para mil, de que se dá ao doente um copo uma ou duas horas depois das refeições.

No segundo caso temos a fazer o inverso, isto é, supprimir o excesso d'acido; então o alcalino por excellencia é o *bicarbonato de soda*, ou saes de *estronciana*, muito importante, segundo *Germain-Sée*.

Qualquer d'estas substancias é dada antes das refeições, em pequenas doses.

Ha casos ainda em que os alcalinos são indicados; assim, no apertô canceroso do pyloro, evitando a dôr produzida pelo contacto do succo gastrico com os pontos ulcerados. Os alcalinos em grandes doses teem dado aqui algum resultado, segundo affirma Mathieu.

Nem sempre é este o regimen indicado. Quando nem a carne nem os farinaceos são digeridos, ou quando ha phenomenos dolorosos, é o regimen lacteo que tem a seguir-se. Este alimento, o mais completo que se conhece, é dado durante os primeiros dias ás colheres, de duas em duas horas, depois vae-se augmentando successivamente a dose, até o doente tomar dous litros e meio ou tres por dia. O leite deverá ser de burra ou de vacca, como mais alimenticio; ser fresco e ser fervido. Como esta porção de leite tomado durante alguns dias, faz com que as forças do doente não só se conservem mas ainda augmentem, e como temos a contar com a recusa para este alimento no fim de algum tempo, deveremos, por

transições insensíveis, chegar a um regimen mixto, e d'aqui passar mais tarde ao regimen secco.

*Casos em que é preciso intervir cirurgicamente* — É principalmente nos apertos do pyloro, que a operação tem logar, mas aqui ainda temos a distinguir aquelles casos em que a dilatação é devida a um carcinoma, pois que a intervenção não é senão palliativa. É possível que tirassemos algum resultado se fizessemos a pylorotomia em tempo competente, quando a lesão estivesse muito limitada; mas é exactamente o contrario que se dá, porque quando nós chegamos a diagnosticar já ella tem tomado proporções graves. Não só é uma operação de grande responsabilidade, pelo risco que corre o doente, mas de nenhuma vantagem, pois que nós vèmol-a reproduzir-se d'uma fórma extremamente rapida, ás vezes apenas decorridas duas ou mais semanas.

Como muitas vezes o tumor está bastante desenvolvido, tornando a pylorotomia já impossivel, faz-se a gastro-enterostomia.

São d'um bello effeito qualquer d'estas

duas operações se se trata d'um aperto pylorico, mas não de natureza cancerosa. D'entre ellas é preferivel a gastro-enterostomia á pylorotomia, não só porque é de uma execução mais facil, mas porque os perigos a arrostar, quer durante quer depois da operação, são em menor numero.

Os doentes começam a restabelecer-se gradualmente; as forças augmentam, os vomitos tendem e desapparecer e a digestão facilita-se.

Ainda não presenciámos nenhuma d'estas operações, mas lá fóra fazem-se e com admiravel resultado. Ainda ha pouco lemos, n'um dos numeros da *Semaine Médicale*, de 1889, a descripção d'uma d'estas operações, que foi feita pelo doutor Bardeleben n'um individuo tuberculoso. Este aperto teve por origem a ingestão d'uma porção d'acido chlorhydrico; como não pudesse supportar os vomitos que o perseguiam constantemente, e além d'isso se visse emmagrecer, o doente resolveu entrar para o hospital. Ahi foi então examinado e depois, como consentisse na operação, pois que se tratava d'uma dilatação

tendo por causa, como acima dissemos, um aperto, foi operado. O individuo, um mez depois, sentindo-se melhorado, pediu alta e sahiu; mais tarde, passado talvez um anno, soube-se que esse individuo havia morrido da terrivel enfermidade que o perseguia; então fez-se a autopsia e notou-se que o estomago tinha readquirido as proporções normaes.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**—A espinhal medulla é relativamente maior na criança do que no adulto.

**Physiologia**—As amygdalas não são órgãos essenciaes á vida.

**Anatomia pathologica**—A pesquisa do bacillus virgula não é meio infallivel para o diagnostico do cholera.

**Pathologia geral**—Em casos duvidosos, consideramos a analyse do succo gastrico um dos meios mais seguros de reconhecer a origem da gastrorrhagia.

**Operações**—Preferimos a hysterectomia vaginal á hysterectomia abdominal, sempre que aquella se preste.

**Pathologia interna**—O catarrho intestinal das crianças é devido, a maior parte das vezes, á má alimentação ou então a alimentos não em relação com o seu estomago.

**Pathologia externa**—A amputação póde considerar-se uma operação benigna desde o conhecimento da antiseptia.

**Materia medica**—Na execução d'uma operação preferimos como anesthesico o chloroformio a qualquer outro.

**Partos**—A inspecção e palpação são elementos sufficientes para avaliarmos approximadamente o tempo de gravidez.

**Medicina legal**—A integridade do hymen nem sempre prova um estado de virgindade.

---

Visto,

A. Brandão.

Póde imprimir-se.

O director,

Wenceslau de Lima.