

1216

André dos Santos

1905

N.º 3.

DILATAÇÕES CLÍNICAS DO ESTOMAGO

(BREVE ESTUDO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Typ. C. Vaseconcellos

1905

124/3 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedratícos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a Cadeira — Physiologia . . .	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . .	José Dias d'Almeida Junior.
8. ^a Cadeira — Clinica medica . .	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica .	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica.	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal . .	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira — Hygiene	João Lopes da S. Martins Junior.
14. ^a Cadeira — Histologia normal .	José Alfredo Mendes de Magalhães.
15. ^a Cadeira — Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias.
	Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	Vaga.
	Vaga.
Secção cirurgica	Vaga.
	Antonio Joaquim de Sousa Junior.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

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

(*Regulamento da Escóla*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

À saudosa memoria

DE

Minha Mãe

Devo-vos tudo o que sou, e nem
ao menos tive tempo de vos mostrar
a sinceridade do offerecimento d'esta
pagina !...

Nunca posso esquecer a vossa
memoria.

Continuaes a viver em meu peito.

A meu Pae

Nunca olvidarei o que por mim
tendes feito.

A MEUS IRMÃOS

José e Antonio

Este trabalho também vos pertence
porque contribuísteis para elle.

A MEUS IRMÃOS

Maria, Joaquim e Julio

E A MEU CUNHADO

Joaquim Dias Salgueiro

Um abraço do vosso

Manoel.

AO MEU PRIMO E AMIGO

o Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Domingues Jacintho Maia

e sua Ex.^{ma} Esposa

D. Carmelina Augusta d'Andrade Alves Maia

Bem sei que a vossa amizade e
dedicação não tem limites. Nunca
olvidarei as férias passadas na vos-
sa casa de Villa do Conde.

AO MEU PRIMO E AMIGO

Ex.^{mo} Snr.

Mr. José Antonio Domingues Maia

Nunca te procurei que te não
encontrasse. O meu reconheci-
mento será infindo.

A's III.^{mas} e Ex.^{mas} Sr.^{as}

D. Mathilde Ismenia Pitta d'Ortigueira Negrão

E

D. Maria da Gloria Pitta d'Ortigueira Negrão

A amisade e dedicação com
que V. Ex.^{as} sempre me teem
distinguido, fazem-me desejar a
ocasião de mostrar-vos o meu
reconhecimento.

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

Um abraço de saudosa
despedida do vosso

André.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

AOS MEUS AMIGOS

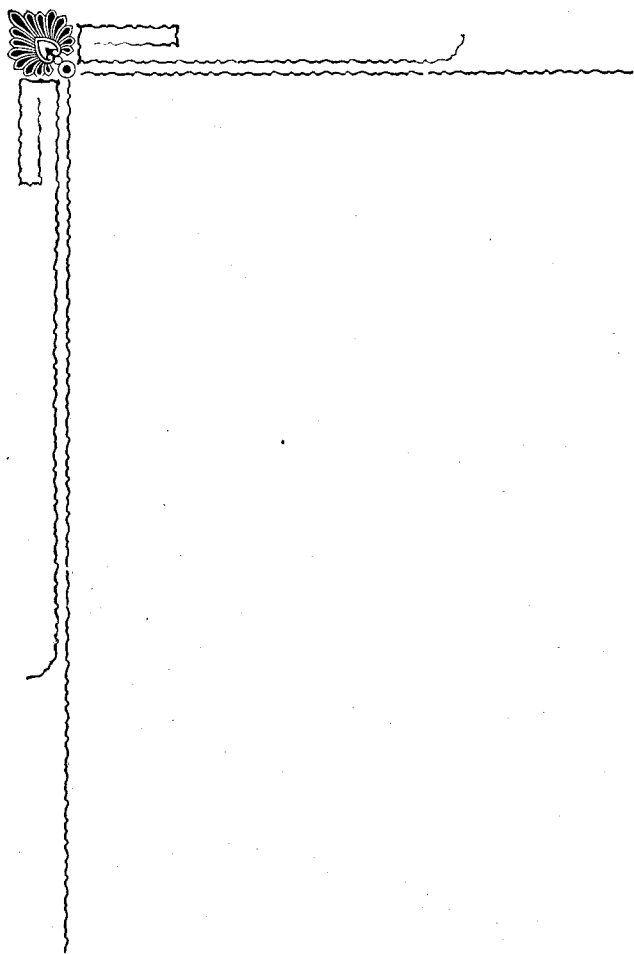
Ao meu dignissimo Presidente de these

M.^{mo} e Ex.^{mo} Srr.

Dr. A. Azevedo Maia

Testemunho da minha gratidão,
homenagem ao seu talento, profundo
saber e primoroso caracter.

O discipulo reconhecido.



PROLOGO

Já quasi no meio do anno lectivo, ao meu curso suggeriu a ideia de enviar aos poderes publicos uma representação pedindo a abolição das theses.

A ideia foi por nós acolhida com tanto mais carinho, quanto maior era a convicção que tinhamos no pouco ou mesmo nullo valor d'estes trabalhos.

Era tão justa a nossa pretensão, que chegamos a convencer-nos de que, pelo menos, ficaria facultativo o — acto grande, — até agora obrigatorio.

A representação seguiu, mas não houve solução alguma da parte dos poderes publicos. Não sabemos pelo que. A ideia era tão justa e a pretensão tão razoavel!

Mas o tempo foi decorrendo, e já não havia muito para quem tivesse urgencia em defender these na primeira epocha.

Varias circumstancias obrigavam-nos a obter o

mais breve possível o nosso diploma de medico-cirurgião. A necessidade d'elle emprazava-nos a escrever.

Foi assim que lançamos mão de casos clinicos que observamos durante o anno lectivo, na frequencia da aula de Clinica Medica.

Não foi outro o motivo que nos levou a escolher este assumpto para a nossa dissertação. Elle não tem nada de pessoal além das observações clinicas que n'elle apresentamos. O resto é o producto do que podemos colher em varios livros onde o mesmo assumpto vem proficientemente tratado. É o producto d'algumas horas de estudo, e aqui e além a nossa maneira de vêr ácerca de varios capitulos que vamos apresentar.

Ao illustre e dignissimo Jury que nos julgar, pedimos que queira vêr na nossa dissertação apenas o cumprimento honesto d'uma lei que não devia existir.

Observação I

M. O., casado, de 32 annos, natural d'Agueda, rachador, entrou para a enfermaria n.º 3, sala de clinica medica do hospital da Misericórdia, no dia 16 de janeiro de 1905, por se queixar do estomago.

Antecedentes pessoais. — Até á idade de 9 annos não se lembra de ter soffrido doença alguma; mas n'esta idade diz que esteve de cama pouco mais ou menos tres vezes com muita febre e diziam-lhe que elle tinha a variola.

Creio bem ter sido esta a infecção que o attingiu, porque ainda agora tem, principalmente no rosto, os signaes que esta doença deixa ficar nos individuos por onde passa.

Desde esta data, isto é, pouco mais ou menos desde os 9 e meio até aos 15 annos, passou sem-

pre regularmente, recordando-se que nunca esteve doente que fosse preciso guardar o leito; porém, aos 15 annos teve outra doença e tambem infecciosa, parecendo ter sido, pelo que o doente conta, febres intermittentes.

Esta doença, que durou approximadamente dois mezes, principiou por arrepios seguidos de calor e suor abundante, symptomas estes que o doente sentia todos os dias, pouco mais ou menos ao meio dia.

Durante o tempo que soffreu esta doença tomou apenas um medicamento que lhe foi indicado por um pharmaceutico da localidade. Terminadas as febres, nunca mais voltaram.

Desde os 15 aos 19 annos passou outra vez muito regularmente, sem incommodos de maior; mas n'esta idade adoeceu de novo e pela fórma que o doente diz: andava a trabalhar e sentiu um forte calefrio, dôres de cabeça e uma dôr localisada da parte média do lado esquerdo do thorax. Recolheu com custo a sua casa e logo na noite seguinte esteve muito afflicto, com muito calor e sêde. A temperatura, que se conservou constantemente elevada desde o apparecimento da doença, manteve-se n'esse estado durante dias, não se lembrando o doente de quantos, mas parece-lhe que não seriam mais de dez.

Durante o tempo que esteve doente, lembra-se de que teve tosse e de que expectorava escarros que lhe pareciam de sangue pisado.

Chamado um clinico, este prescreveu-lhe varios

medicamentos, entre elles um caustico e disse tratar-se d'uma pneumonia. Mas pouco depois de sentir menos calor, veio-lhe o appetite e não se lembra de que tivesse qualquer perturbação digestiva durante todo o tempo que durou a convalescença.

Depois d'esta doença, voltou a gosar de boa saude até, pouco mais ou menos, á idade de 26 annos, epocha em que adoeceu de novo com uma outra doença que parece ser tambem infecciosa e que o doente narra do seguinte modo: uma noite em que recolhia, já tarde, a sua casa, cahiu a uma regueira, molhando-se completamente até ao peito. No dia seguinte sentiu-se incommodado, tendo de recolher á cama, onde esteve mais de um mez. Durante este tempo teve febre, suor abundante e alguma tosse. N'essa occasião sentiu dôres muito intensas por todo o corpo e principalmente nos joelhos, nas articulações tibio-tarsicas e tambem na região lombar, que o impossibilitavam de mover-se na cama e nem sequer podia mexer-se.

As dôres augmentavam quasi sempre de noite e desde que principiou a sentil-as, notou que lhe incharam muito os joelhos.

Recorda-se de que tomou muitos medicamentos para se curar, e mais ainda: de que na convalescença só podia andar seguro a um pau. Isto durou mais d'um mez.

Curado d'esta doença continuou a passar bem durante algum tempo até que em abril de 1904 voltou a adoecer.

Um dia depois d'um jantar onde comeu um pouco mais do que costumava, sentiu-se mal disposto, com dôres na cabeça, dôres na região epigástrica e vontade de vomitar. Tomou um purgante que diz ter-lhe feito bem mas, apesar de melhor, continuou de cama porque tinha febre.

Melhorando um pouco depois de tudo isto, nunca desde ahi para cá, teve mais saúde. Logo que coma um pouco mais, mas ainda assim dentro de regra, sente-se immediatamente incommodado, sobretudo sendo pesado o genero de alimentação, por exemplo: batata, sardinha, arroz, etc.

Pouco tempo depois da ingestão dos alimentos sente-se affrontado, tem falta d'ar e uma grande afflicção no estomago.

Em maio do anno passado e em virtude d'estes padecimentos, deu entrada no hospital de Coimbra onde esteve em tratamento durante vinte e tres dias, estando dez dias com alimentação lactea e outro tanto tempo com mixta; isto é, leite e carne assada.

Como se não dêsse bem com a dieta ultimamente prescripta, voltou á primeira durante o resto do tempo que permaneceu no hospital referido.

Tomou varios medicamentos e entre elles umas capsulas que lhe administraram em virtude de se ter queixado ao medico, de não poder dormir.

Quando sahiu do hospital de Coimbra, vinha consideravelmente melhor, mas chegando á terra da sua naturalidade, principiou a não observar a dieta pres-

cripta no hospital, e em breve voltaram a aggravar-se-lhe os padecimentos do estomago.

Desde então os seus padecimentos foram de cada vez a mais, até que o doente deu entrada n'este hospital da Misericordia e foi, da enfermaria geral, requisitado para a sala de clinica medica.

Relatou-nos mais, que depois das refeições sente um peso e dôres na região do epigastro, tendo tambem uma sensação especial no estomago que o doente traduz comparando-a a uma bola que lá permanece sempre e que lhe pesa muito.

Passa noites inteiras sem dormir e fumando quasi todo esse tempo que está acordado.

Tem-lhe parecido, por varias vezes, que os objectos que o cercam lhe andam á roda e levantando-se n'essas occasiões parece-lhe tambem que o chão lhe foge deante dos pés. Precisa, quando sente estas tonturas, agarrar-se sob pena de cahir immediatamente. Quando isto lhe acontece, logo a seguir fica muito incommodado e afflicto, com vontade de vomitar.

O appetite é de cada vez menos, mas em compensação é sempre grande a vontade que tem de beber.

Tem falta d'ar que augmenta quando deitado, tendo por vezes, especialmente de noite, de levantar-se.

Quasi sempre n'estas occasiões sente palpitações dolorosas do coração.

As forças tendem a diminuir de cada vez mais, e actualmente sente que são muito menos do que

tinha quando se sentia bem. Cansa muito, e ás vezes quando se levanta ainda se sente mais cansado do que quando se deitou.

Ha já bastante tempo que soffre de prisão de ventre.

Era alegre e agora irrita-se por coisas insignificantes, coisas que d'antes nem o contrariavam.

De noite urina mais do que de dia, mas ainda assim entre dia e noite, urina pouco.

Apesar de instado, diz que só bebia vinho ás refeições e que durante a sua vida nunca abusou d'essa bebida. Aguardente bebia todos os dias quando ia para o trabalho.

Antecedentes hereditarios. — O pae morreu aos 40 annos, e o doente não se recorda d'elle; no emtanto sabe, por ouvir dizer, que elle pouco tempo esteve doente.

A mãe é viva ainda; tem 60 annos, e soffre de dôres de cabeça com perturbações visuaes.

Teve um irmão, que morreu aos 7 annos; mas, apesar de morrer n'essa idade, já tinha soffrido de ataques nervosos, que o doente não sabe descrever.

É casado, e tem dois filhos saudaveis. Tem primos, mas nada de importante sabe a respeito d'elles. Não tem tios.

Exame ao doente. — Pela inspecção, nada se encontra de anormal. A palpação revela-nos a flacidez

do ventre, que é facilmente deprimivel, e esta operação não provoca ao doente dôr alguma. Ouve-se distinctamente o ruido de gargolejo ⁽¹⁾.

Fizemos ingerir ao doente uma mistura de acido tartrico e bicarbonato de soda, com o fim de, em virtude do desprendimento de acido carbonico, resultante da acção chimica, melhor podermos apreciar os limites da cavidade gastrica.

Após a ingestão da mistura, notou-se o abaulamento da parede anterior do abdomen, e não houve eructações, como é de habito n'um estomago normal. Viu-se, por este processo, o estomago bastante dilatado.

A dilatação é marcada pelos seguintes limites: Em baixo uma linha que, partindo da crista illiaca, vá terminar 1 centimetro abaixo do umbigo; em cima o 6.º espaço intercostal e para dentro ultrapassa a linha média, pouco mais ou menos 3 centimetros.

Não foi feita a analyse do meio gastrico, porque, n'esta epocha, não funccionavam ainda os laboratorios.

A mobilidade estomacal foi procurada administrando ao doente, n'um dia á noite, 30 passas, e procurando-as no dia seguinte de manhã no liquido extrahido com o fim de lavar o estomago.

Esta operação foi feita dez horas depois da ad-

(1) As observações foram colhidas pela manhã em jejum.

ministração das passas, e nenhuma sahiu pela intubação.

Em virtude de tudo que fica exposto, foi feito o

Diagnosticó de dilatação de estomago, e desde logo ficou instituido o tratamento que o caso requeria.

Foi o doente submettido a uma alimentação o maximo substancial, mas occupando esse maximo de substancia no menor volume possivel.

Com o fim de que o doente não introduzisse no estomago alimentos solidos ou liquidos que occupassem grande volume, foi-lhe prohibido beber, e a alimentação era assim constituida: — almoço, dois ovos mornos e 80 grammas de pão torrado; ao jantar, um bife na grelha, de 120 grammas, e 100 grammas de pão torrado; á ceia, tinha a mesma dieta do jantar.

Durante o dia só lhe era permittido beber 4 decilitros de agua chalada, e eram-lhe administrados tres clysteres de agua e sal commum.

Como medicação, ficou no uso d'uma poção de strychnina, da qual tomava tres colhéres por dia. Nos cinco primeiros dias nada se alterou na medicação e regimen a que foi sujeito o doente, nem alteração houve na evolução da doença.

Passados porém seis dias; isto é, ao setimo dia, o doente contou-nos que já não tinha tanta constipação, mas começava a sentir frio de pés.

Principiou a passar bem as noites, dormindo durante quasi todo o tempo, e se acordasse, já não sentia tanto os incommodos a que nos referimos.

No dia 27 de janeiro de 1905 pediu-nos leite para o almoço, porque sentia mais appetite. Foi-lhe satisfeita a pretensão, observando sempre o menor volume possível de liquido ingerido, e por isso, foi-lhe diminuida de 2 decilitros a quantidade de agua chada e substituida por 2 decilitros de leite ao almoço.

Nos dias seguintes o doente dizia-nos que se encontrava melhor, parecendo-lhe ter já mais forças; não tinha dôres de cabeça, nem se encontrava cansado. Desappareceram-lhe as vertigens e as palpitações dolorosas. Já notou que não sente a mesma falta d'ar. Passa as noites dormindo-as socegradamente.

Por varias vezes nos pediu mais de comer, porque tinha muita vontade, sentia já bastante appetite. Não foi attendido n'esta ultima pretensão, e continuou, debaixo do mesmo regimen e medicação, a melhorar consideravelmente.

O frio de pés, queixava-se de que era de cada vez mais. Passava noites inteiras e seguidas sem que elles lhe aquecessem. Com o fim de estimular-lhe um pouco a circulação, foram prescriptos banhos douches escocizes, de que o doente principiou a fazer uso no dia 6 de fevereiro de 1905.

Os douches eram assim administrados: — em leque, principiando a 27° e subindo a 38° durante cinco minutos, e no fim, durante 5 segundos, um jacto d'agua fria.

Depois do banho, o doente vinha deitar-se e aquecia muito na cama. No fim do terceiro ou quarto

banho já não queria mais, porque o frio de pés já não sentia.

Foi de cada vez a melhor e queria comer mais, pois dizia-nos todos os dias que tinha agora o mesmo appetite que tinha quando gosava de boa saúde.

A dilatação do estomago tinha diminuido consideravelmente. Já não havia vascolejo. O proprio doente dizia que não se sentia nada affrontado. Queria comer mais, era o que elle pedia.

Sentiu-se tão bem, que em 15 de fevereiro de 1905 sahiu, sem nos prevenir, do hospital, e não podemos fazer-lhe a analyse d'urinas, como queriamos.

Observação II

J. M. R., de 49 annos de idade, casado, pescador, natural da Povia de Varzim, onde residia.

Entrou para o hospital no dia 4 de setembro de 1904 e para a enfermaria n.º 3 (Clinica medica), em 20 de outubro do mesmo anno, queixando-se do estomago.

Antecedentes hereditarios. — Já não tem pae nem mãe. O pae morreu de 80 annos, sendo durante toda a sua vida muito saudavel. A mãe foi tambem sempre muito saudavel e morreu pouco mais ou menos aos 70 annos de idade.

Na sua familia não ha pessoa alguma que seja debil ou portadora de temperamento algum morbido.

Tem filhos que foram e continuam ainda a ser saudaveis, fortes, constituição robusta.

Antecedentes pessoas. — Não se lembra de ter sofrido em creança. Pouco mais ou menos até aos 25 annos nunca soffreu de cousa alguma, sentindo-se sempre bem disposto e com força.

Ha pouco mais ou menos 20 annos, recorda-se de ter estado doente pela primeira vez. N'esta occasião tinha muita febre e uma dôr do lado direito do thorax na parte correspondente á porção média do pulmão. Esteve assim bastantes dias. Tinha tosse e lembra-se que a expectoração era de côr avermelhada.

Um clinico da terra da sua naturalidade foi chamado a tratá-lo e examinando-o, disse tratar-se de uma pneumonia. A doença correu bem e passados alguns dias levantou-se com muito appetite e já bom.

Curado, voltou a occupar-se no seu mister e passou sempre bem a não ser de longe em longe pequenos incommodos que muitas vezes nem o prohibiam de embarcar. Tudo correu bem até maio de 1904 onde adoeceu de novo.

Recorda-se que teve arrepios, dôres de cabeça e diarrhêa. Passou muito tempo em delirio, estando d'esta vez muito mal.

Um clinico que o medicou diagnosticou-lhe uma febre typhoide.

Esteve de cama quinze dias e quando se levantou sentia um appetite devorador.

Entrando em convalescença, tudo correu bem até que um dia comendo peixe em mau estado, sentiu-se immediatamente incommodado do estomago. Pela

manhã do dia seguinte tinha a lingua grossa, mau gosto na bocca, uma indisposição enorme e muita febre.

Um clinico receitou-lhe sulfato de quinino que o doente tomou, sentindo-se ainda mais incommodado, com dôres e uma ardencia no estomago. Fez em seguida uso d'um purgante, e isto por prescripção medica, mas o resultado foi nullo. A ardencia e as dôres tornaram-se ainda mais intensas. Tinha muita sêde e sentia-se melhor algum tempo depois de beber. Como continuasse no mesmo estado sem que, apesar de medicamentos, sentiu melhoras, veio ao Porto consultar um clinico que o aconselhou a dar entrada n'este hospital, por ser demorada a doença e attenta a sua pobreza ainda assim só deu entrada n'este hospital depois de ter feito uso de medicamentos que o mesmo facultativo lhe receitou. Lembra-se que n'esta occasião sentia-se affrontado sempre que comesse.

Exame do doente. — O estado geral é regular. Os órgãos thoraxicos funcçionam regularmente. A temperatura é normal. A inspecção não revela nada de anormal no abdomen. A palpação dá-nos uma certa flacidez do ventre que deixa deprimir-se sem que o doente tenha sensação de dôr. Ha vasculejo mesmo em jejum. O rim direito está ptosado. A zona de som tympanico é anormalmente grande e não ha meteo-rismo. A mistura gazogenica deu-nos um estomago dilatado sobretudo na direcção do umbigo, não che-

gando, porém, a esta região. O doente sente oppressão no órgão gastrico principalmente do lado esquerdo do abdomen. Tem ardencia, a lingua sêcca e sente dôres de dia algumas vezes, mas bastantes de noute. Tem pyrosis e perturbações nervosas frequentes taes como: sobresaltos, arrefecimentos, alteração na visão. O appetite é pouco e a comida não lhe sabe ou sabe-lhe mal. Tem constipação, passando quatro e cinco dias sem obrar.

Do exposto acima concluimos que se trata d'uma dilatação de estomago. Analysando todos os dados e não encontrando na historia do doente causa alguma onde a filiar, a sua causa não poderia ser outra, senão a gastrite produzida pela febre typhoide.

Em virtude do diagnostico, sujeitou-se o doente ao regimen apropriado e tentou levantar-se o estado geral, pondo-o no uso de sulfato de strychnina e acetato de ammonio em poção. Ao mesmo tempo, como havia stase alimentar, fazia-se-lhe lavagens de estomago e punha-se em pratica o uso diario das massagens na região epigastrica. O doente continuava a piorar, apesar do tratamento prescripto. O estado geral era de cada vez peor, a stase alimentar conservava-se como antes e a oppressão era de cada vez mais intensa.

Desanimados e descrentes do tratamento medico, concluimos que o unico caminho a seguir era a intervenção cirurgica, a gastro-entero anastomose porque suppunhamos ser a atonia gastrica a causa das perturbações.

Uma vez liberto o estomago do pezo dos alimentos e da stase, tudo desapareceria. Foi indicada a operação para o dia 28 de janeiro de 1905. Correu o acto operatorio muito bem e mesmo depois da operação, nos dias que se seguiram o estado do doente era animador. A temperatura nunca se elevou acima de 38,2 e mesmo só se manteve subida durante quatro dias. O doente durante muito tempo queixou-se das mesmas perturbações que tinha antes de ser operado, apenas lhe tinha desaparecido a ardencia e as dôres. Continuou n'este estado e em tratamento na mesma enfermaria, onde se encontra actualmente um tanto melhor, podendo até dizer-se que o estado actual é satisfactorio.

Observação III

R. P. Oliveira, 23 annos, solteiro, jornaleiro, natural de Gondomar, deu entrada no Hospital de Santo Antonio a 27 de abril, recolhendo á enfermaria n.º 2 de que é director clinico o meu estimado collega Lemos Peixoto.

A 22, estando eu de serviço como interno fui chamado a toda a pressa para soccorrer um doente que repentinamente peorára pouco depois de ingerir um vomitorio, augmentando-lhe enormemente o ventre e a quem era impossivel fazer a lavagem ao estomago.

Eis o resultado d'um exame rapido d'este doente, que eu via pela primeira vez e que estava sem falla.

O aspecto é d'um homem novo pouco vigoroso, de estatura menos que mediana. Face congestionada, afflicta e coberta de suores abundantes. Respiração

laboriosa, superficial e curta. O volume do ventre descommunal. A palpação abdominal é impossível, em virtude da espantosa resistencia das paredes. A percussão é sonora, por igual tympanica desde o thorax (região mamillar) até perto do pubis. O pulso tão pequeno e tão rapido que mal se percebe. Os membros superiores e inferiores apresentam leves ecchymoses que augmentam rapidamente e coalescem formando largas petechias, que por sua vez se re-unem em verdadeiros livores cadavericos. A temperatura desce muito. Emfim o doente agonisa á minha vista. E tudo isto se desenvolve em pouco tempo, pois que meia hora antes, segundo affirma o enfermeiro, o doente achava-se relativamente bem disposto, com o ventre flacido e pouco saliente.

O meu primeiro diagnostico foi a distensão gazoza; procurei, portanto, esvasiar o estomago por meio da sonda estomacal, mas a resistencia da porção terminal do esophago era tal que até me inutilisou um tubo vulcanizado com o qual fiz tentativas infructiferas.

Emquanto esperava o aspirador de Potain, que mandei vir do arsenal do hospital, esforcei-me por introduzir no recto um tubo de enteroclyse e sondas vulcanizadas de largo calibre sem conseguir passar da parte inferior do sacco, além da qual a resistencia era invencivel. Os tubos vergavam ou achata-vam, mas não progrediam.

Por este tempo appareceu o meu abalisado collega e amigo Forbes Costa, e ambos effectuamos di-

versas aspirações no estomago e intestino sem obtermos nada mais do que alguns grammas de liquido seroso.

O estado do doente era de morte apparente: o thorax immovel, os olhos embaciados e fixos, e as extravasações sanguineas tinham estendido a todo o corpo, dando-lhe uma côr rôxo-vinoso.

Havia, como se vê, um só recurso: a laparotomia; mas, a nosso vêr, sem resultado, porque os instrumentos não se achavam á mão, e o doente estava por momentos a dar o ultimo suspiro. Demais, o meu diagnostico, como referi ao collega Forbes, já agora não apresentava duvidas: era um caso de — dilatação aguda de estomago, caso virgem para mim e de que nem mesmo suspeitaria a existencia, se não tivessem já sido relatados em revistas estrangeiras alguns d'estes, cuja terminação é sempre a morte, ainda mesmo que se effectue a tempo a gastrostomia.

Quando sahimos da enfermaria, o doente era já cadaver.

Autopsia. — Limitamo-nos ao exame da cavidade abdominal. Apenas aberto o ventre, por uma incisão inferior e curvilinea, de modo a levantar um avental, appareceu-nos o estomago. O seu volume era phenomenel. Estendendo-se das fossas illiacas direita e esquerda aos hypochondrios correspondentes, repelia diante de si o figado, o diaphragma, e com este os pulmões e o coração, diminuindo espantosamente

a capacidade thoraxica e impossibilitando a respiração e a circulação; achatára e desviára o esophago, e comprimira fortemente o recto contra a concavidade do sacro. Emfim tomára, elle só, posse de toda a cavidade abdominal.

E facto curioso, mas já conhecido e portanto esperado, e que nos dá a explicação da maioria dos phenomenos d'esta curiosa doença: o estomago, depois de aberto pelo meu collega Forbes Costa, conserva a fórma e dimensões que tinha antes de aberto, o que estabelece a differença entre distensão gázosa e dilatação aguda, e nos dá a razão da pouca ou antes nenhuma efficacia da punção ou aspiração.

O estomago apenas continha algum liquido e arroz repellido e comprimido contra o hypochondrio esquerdo, sendo preciso extrahil-o á mão, com difficuldade.

Os restantes órgãos — rins, figado, baço e intestinos, — comquanto menos volumosos, pela compressão a que estavam sujeitos, pareceram-nos normaes.

Considerações: O que bastante nos intrigava, era a impossibilidade, que eu tinha encontrado, de fazer passar as sondas esophagica e rectal; a compressão, devida á dilatação aguda, dá-nos a explicação do estranho facto. E essa mesma compressão explica as extravasações cutaneas e a morte por paralysia mechanica circulatoria.

A meu vêr, o unico recurso em caso semelhante será: abrir largamente a cavidade abdominal, deixar herniar uma larga porção do estomago, reseccal-a e

suturar os bordos á parede abdominal, que ficará aberta em parte temporariamente.

A gastrostomia simples, em virtude da rigidez do estomago, julgo-a inefficaz. O essencial é diminuir rapidamente a tensão abdominal, que fulmina o doente em pouco tempo, e isto não me parece realisavel só pela gastrostomia incidindo n'um órgão que se manteve em dilatação tetanica. (*Medicina Moderna*, n.º 137, de maio de 1905. Observação do ex.^{mo} snr. dr. Martins da Silva, cirurgião do Hospital da Misericórdia.)

Dilatação clinica de estomago

Definição

Chama-se dilatação clinica de estomago ao augmento de capacidade da cavidade gastrica, acompanhado de perturbações funcçionaes caracteristicas.

Ainda ha bem pouco tempo que se não fallava em — dilatação do estomago — a não ser para mencionar um dos symptomas que muitas vezes acompanha a stenose pylorica.

A dilatação apenas era considerada como fazendo parte de manifestações morbidas que appareciam em consequencia de qualquer obstaculo que se oppozesse á passagem dos alimentos do estomago para o intestino.

Tinha, portanto, um campo muito mais restricto

do que o que ella hoje abrange; mas passou muitos annos sem merecer a honra de fazer parte e de enriquecer a pathologia estomacal.

Modernamente, considerações feitas sobre observações conscienciosas de doentes portadores d'esta affecção, desprenderam-na do ponto onde permaneceu tanto tempo e trouxeram-na ás pathologias, onde deve ter uma descripção differente d'aquella que os tratadistas lhe deram.

A sua frequencia, as lesões anatomo-pathologicas, bem como as perturbações funcçionaes, fizeram consideral-a como uma affecção distincta, tendo uma individualidade propria.

De facto, assim é.

Observando um doente dilatado, o clinico não pôde contentar-se com o que dizem os pathologistas ácerca de dilatação gastrica. Ella é mais ampla, mais extensa, e não cabe dentro dos limites que a descripção dos pathologistas lhe assignalam.

Não se pôde acreditar-a só um symptoma de stenose pylorica.

Se fosse assim, ella devia ter a sua existencia dependente da existencia da stenose. E o maior numero de vezes apparece a dilatação sem haver aperto.

As autopsias teem desmentido por completo as asserções dos pathologistas.

Ha bastantes observações de dilatação onde o orificio pylorico se encontrava em condições boas de se deixar atravessar pelos alimentos.

Como explicar n'estas condições que a dilatação gastrica é um symptoma de stenose pylorica? O mais que se póde dizer é o seguinte: — que, sendo uma affecção independente de stenose, esta, comtudo, apparece muitas vezes conjunctamente, mas as perturbações funcçionaes que apparecem n'este caso de stenose, apparecem tambem no caso onde só existir dilatação.

As perturbações são dependentes da ectasia; curada esta, desaparecem immediatamente. É um facto de observação clinica.

Á medida que o augmento de capacidade do estomago vae diminuindo, ou por outra, á medida que o estomago se vae approximando dos seus limites normaes, as perturbações funcçionaes vão desaparecendo.

E contra factos não póde haver argumentos.

Referimo-nos a este ponto, porque ha quem queira negar a existencia de dilatação, como affecção gastrica.

Muitos julgam que o facto de se ter dilatado o órgão não póde arcar com a responsabilidade das perturbações funcçionaes. É contra isto que nos insurgimos.

Das poucas observações que temos, colhemos já o necessario para que no nosso espirito ficasse bem fundamente gravada a ideia de que os soffrimentos dos dilatados são produzidos em virtude da propria dilatação, e não é preciso, para haver aquella, que exista primitivamente uma stenose.

De tudo que vimos de dizer, conclue-se que a dilatação de estomago deixou de ser symptoma para ser considerada como uma affecção estomacal capaz de produzir perturbações funcçionaes que levariam o medico a fazer prognosticos reservados, a não ser a intervenção da therapeutica, que a maior parte das vezes é potente o preciso para a debellar.

Mas, logo que a medicina conclue que muitas das perturbações que pesam sobre os individuos dilatados, tinham por causa a cavidade gastrica, levantaram-se discussões sobre a denominação que havia de dar-se á affecção que nos occupa.

Uns chamaram-na — dilatação ou ectasia gastricas, outros — insufficiencia motriz do estomago, e ainda outros crearam um termo, uma palavra nova para a designar — Iseochimia.

Analogamente ao que se passa na bexiga, que se esvasia incompletamente e cuja perturbação se designa — Isehuria, — os tratadistas denominaram tambem — Isehochimia — o estomago que se esvasia incompletamente.

Desde que partamos d'este mesmo ponto, desde que liguemos a esta affecção a ideia de augmento da cavidade gastrica com perturbações funcçionaes caracteristicas, pouco importa uma denominação ou outra.

Nós adoptamos a denominação de — dilatação ou ectasia, — porque estes termos designam desde logo um symptoma da affecção que é clinicamente de observação facil e commum.

Queremos referir-nos á dilatação, que, com toda a clareza, se nos apresenta quando observamos um doente dilatado.

Portanto, no decurso da exposição, querendo referir-nos a esta affecção, chamar-lhe-hemos sempre — dilatação ou ectasia gastricas.

Pathogenia

Tres são os caminhos que conduzem á dilatação gastrica.

Infelizmente, não póde ainda a medicina dar-nos, para cada um, a explicação que melhor contente o nosso espirito, mas a verdade é, que tres vias apenas, bastam para chegarmos á ectasia.

Ainda não vae muito longe a epocha em que a dilatação do estomago era considerada como symptoma, e quando os medicos viram que devia entrar como entidade morbida, fazendo mais rica a pathologia do orgão, acorrentaram-na em grande parte, derivando-a até certo ponto do obstaculo á passagem dos alimentos.

Hoje, estudos modernos, feitos n'este sentido, principalmente na Inglaterra, deram em resultado chegar-se á conclusão de que a dilatação póde existir independentemente d'esses obstaculos.

No periodo em que se encontra a sciencia a proposito d'este assumpto, já não podemos affirmar, como ainda ha pouco se fazia, que a stase ao pyloro era a causa da ectasia quando existiam conjunctamente.

Mas apesar de terem progredido enormemente as sciencias medicas, na parte correspondente á pathologia estomacal, ainda assim não podemos deixar de declarar que o mysterio ainda cobre a pathogenia da ectasia gastrica.

Tres são os caminhos por onde ella deve chegar, mas nós não os conhecemos, a não ser um d'elles que podemos seguir em todo o seu percurso, dilatação aguda — neurasthemia ou atomia — e dilatação que chega por via de gastrite. São estes os caminhos que nos levam a fazer um estomago dilatado.

Mas logo, desde o principio ao nosso espirito, salta uma pergunta a que, parece-nos ainda até hoje ninguem deu resposta. Como é que em pouco tempo, no decurso d'uma doença enormemente infecciosa e aguda, o estomago attinge dilatações consideraveis? Poucas horas são precisas para que os clinicos encontrem no seu doente toda a symptomatologia característica da dilatação. Às vezes, nem mesmo vinte e quatro horas são necessarias para que se manifeste a ectasia.

É aqui onde o veu do mysterio é mais denso. No periodo em que se encontra o desenvolvimento da medicina, não se póde dizer nada com o fim de

querer levar o espirito dos outros a acreditar em tal ou qual pathogenia. Mas o facto apresenta-se e ninguem pôde duvidar da sua existencia. São os clinicos que o apontam a proposito de doentes portadores de doenças infecciosas, como a febre typhoide, por exemplo.

Uma vez que só racionalmente podemos fallar d'este assumpto, não nos repugna admittir que só o systema nervoso poderá trazer uma dilatação com a rapidez com que ella nos apparece muitas vezes.

De que maneira? — Ainda se não pôde saber ao certo. Talvez a intoxicação profunda do organismo tenha influencia, preparando um terreno predisposto. Não deve ser estranho admittir, que ha uma fraqueza congenita na fibra muscular gastrica.

A intoxicação sem duvida, tem muita influencia no apparecimento da dilatação aguda, pois esta sobrevem a maior parte das vezes no decurso d'uma infecção grande e, quando se manifesta, o prognostico torna-se desde logo muito mais sombrio.

A percentagem na febre typhoide é grande.

Quasi todos os clinicos que tem observado doentes n'estas condições, teem tido o desgosto de os vêr partir sem que o estomago voltasse ao seu primitivo estado.

A autopsia mostra, n'estas circumstancias, muitas vezes, ectasias consideraveis feitas á custa de muito pouco tempo.

Mas nem só na dilatação aguda do estomago é que ignoramos a pathogenia.

O mysterio vae ainda muito mais longe.

A dilatação neurasthenica ou atonica que preoccupa muitos medicos de auctoridade reconhecida, permanece tambem sem explicação pathogenica.

Será essa ectasia uma funcção puramente nervosa ou dever-se-ha addicionar-lhe lesões puramente locais?

Nós não somos obrigados a resolver o problema. Basta que o apresentemos e com os olhos na evolução da medicina, esperemos a solução d'elle.

Tem-se escripto muito sobre este assumpto, mas por emquanto não passam de hypotheses os numerosos escriptos que se vão amontoando.

Ainda assim, apesar de nada de positivo se saber ácerca d'este caminho de dilatação, seja-nos licito admittir que para se chegar a um resultado tão completo, é necessario o concurso de muitas causas adjuvantes ao elemento etiologico — fraqueza congenita da fibra muscular gastrica.

Esta asserção parece ter a sua razão de ser.

Em individuos dilatados por esta via, é commum observar-se o relaxamento da fibra muscular lisa.

Observa-se a chamada *splanchnoptose*, devido ao relaxamento dos ligamentos que das visceras se dirigem para a columna vertebral. Ha tambem a coexistencia de varizes, hemorrhoides, etc.

Portanto, para haver a dilatação neurasthenica, parece ser necessario a existencia prévia da fraqueza da fibra muscular do estomago.

Mas devemos desde já declarar, que não nos pa-

rece que só com a existencia d'este elemento etiologico, possa chegar-se á dilatação atonica.

É necessario que outros venham coadjuvar o elemento primordial e, só então, com o concurso de todos, a ectasia póde seguir-se. E entre estes factores secundarios, mas necesarios, devemos mencionar: a neurasthenia, surmenage quer physica quer moral e todas as affecções cachetisantes como: a chlorose, tuberculose, syphilis e as doenças agudas muito prolongadas como por exemplo: a febre typhoide.

A ser assim, somos tambem de opinião, que a dilatação neurasthenica é, quanto á sua origem, muito differente das ectasias—aguda e por via de gastrite. Estas são totalmente adquiridas, emquanto que a primeira parece ter mais de congenita do que de contrahida.

Bem sabemos que alguns tratadistas apresentam como causa primordial, a quebra dos preceitos da hygiene alimentar, como: o abuso de bebidas, a insufficiencia da mastigação, o comer de mais obrigando o estomago a um esforço enorme, e ainda outros que, a nosso vêr, só de per si, não podem produzir a affecção.

Hayem, o mais celebre, sem duvida, dos tratadistas a que nos referimos, defende e afirma que estes elementos etiologicos actuam pela perturbação da digestão, creando productos toxicos que uma vez na economia conduzem, por processos ainda desconhecidos, á dilatação neurasthenica.

Se a theoria de Hayem fosse verdadeira, o nu-

mero de dilatados seria descommunal, pois ninguem ignora que, sobretudo nas classes baixas, estes preceitos de hygiene alimentar são muito poucas vezes observados. Não deve ser assim. A nosso vêr, todas estas circumstancias actuam quando operam conjunctamente com a fraqueza congenita da fibra muscular gastrica.

Desde que esta causa não tenha existencia, parece-nos que, embora existam as outras todas, a dilatação não se seguirá. Sobre este assumpto, numerosas opiniões contradictorias tem apparecido sem que até hoje se saiba alguma cousa do caminho que os elementos etiologicos devem seguir para operarem uma dilatação neurasthenica.

Haverá apenas lesões nervosas que conduzem á ectasia, ou haverá lesões no estomago que sejam sufficientes para explicarem a affecção que nos occupa? No estado actual toda e qualquer opinião é sempre admissivel e não repugna admittil-a. Por isso, será como muitos querem, a ectasia neurasthenica uma resultante dos dois factores — systema nervoso e lesões locais conjunctamente.

A autopsia nunca revelou a existencia de taes lesões, mas isso não quer dizer de modo nenhum que ellas não existam. Ninguem ignora como são falhos os nossos meios de investigação. E por isso mesmo não repugna admittir a sua existencia, embora taes lesões nunca fossem encontradas.

Não pretendemos n'este despretencioso trabalho, analysar as hypotheses que se tem apresentado com

o fim de explicar pathogenicamente a ectasia atonica ou neurasthesica.

Mas ainda assim, não queremos deixar passar sem nos referirmos áquella que faz depender a ectasia de nevrites estomacaeas produzidas por intoxicação alcoolica, da mesma maneira que apparecem nevrites periphericas produzidas pela mesma intoxicação.

Isto não deve ser assim.

Pois se a ectasia resultasse das nevrites locaes produzidas pela acção do alcool, nós deviamos encontrar a mucosa gastrica com um processo inflammatorio chronicamente estabelecido.

Nem sabemos como o alcool teria a sympathia de irritar as terminações nervosas e deixar intactos os elementos cellulares que com elles mantem relações de contiguidade. Accresce ainda a circumstancia de que estes elementos seriam os primeiros a reagirem e a manterem a inflammação, visto que tem mais resistencia.

A autopsia que tambem nos podia illucidar a este respeito, nunca revelou inflammação da mucosa gastrica na dilatação puramente neurasthenica. Devemos, portanto, deixar de lado esta hypothese e procurar nas outras a explicação pathogenica da ectasia. A nós parece-nos que a dilatação neurasthenica tem mais de congenita do que de adquirida. Reservamos para final a dilatação que sobrevem por via de gastrite.

Fizemol-o propositadamente porque é a unica da

qual se conhece em toda a sua extensão o caminho pathogenico.

Em clinica, é frequente encontrar-se dilatações de estomago que tem tido por antecedencia um processo inflammatorio gastrico mais ou menos duradouro. Esta é de todas as dilatações aquella que maior numero de vezes se nos apresenta e tambem a mais importante por ser a unica que em muitos casos requer uma therapeutica que, podemos affirmar, conduz a resultados certos e positivos.

Basta sabermos a estrutura do estomago e as lesões anatomo-pathologicas da gastrite para concluirmos, desde logo, ser facil chegar-se á ectasia gastrica por esta via.

Quando por qualquer causa um estomago se inflamma, o processo morbido produz nos elementos cellulares da mucosa uma irritação que mantem os mesmos elementos inflammados, ao mesmo tempo que a sua actividade funccional augmenta.

No principio manifestando-se os phenomenos vasculares e cellulares da inflamação, ha hypertrophia e hyperplasia de todos os elementos, incluindo os glandulares que lançam na cavidade gastrica o seu producto de secreção.

Mas como a actividade funccional é maior, resulta que o producto de secreção é em maior quantidade do que no estado normal.

Ha sempre um excesso de acido chlorhydrico no estomago produzindo perturbações no doente, as quaes elle tenta e consegue até certo ponto attenuar,

introduzindo de novo mais alimentos, com o fim de neutralisar a acidez anormal que lá se encontra. Quando esta phase da affecção apparece, a ectasia avança com maior rapidez.

Comprehende-se facilmente a razão. Os alimentos introduzidos na cavidade gastrica e não podendo atravessal-a porque já a motilidade e contractibilidade das fibras lisas estão compromettidas, demoram-se no estomago e originam fermentações anormaes d'onde resultam gases que tem uma importancia capital na continuação da dilatação.

Com effeito, sabemos por um principio de physica que um gaz tem uma tensão tanto maior quanto menor é o volume que occupa. Ora, a cavidade gastrica estando quasi que constantemente cheia de alimentos, reduz o volume e, portanto, augmenta a tensão do gaz que ella contém.

Esta tensão exercendo-se em todos os sentidos, dilata continuamente o estomago, obrigando-o a ceder pelo ponto de menor resistencia que corresponde exactamente áquelle onde a fibra muscular gastrica se encontra mais lesada.

Mas pouco e pouco, se não sugeitarmos o doente a um tratamento apropriado e conveniente, a gastrite continúa a fazer os seus estragos, levando mais longe e mais fundas as suas lesões.

A musculosa gastrica soffre mais profundamente desde que este estado gastrico continue a sua marcha. O estomago d'este modo perde de cada vez mais a sua motilidade e contractibilidade, e as fer-

mentações anormaes juntas ás lesões que a gastrite prepara, levam muito mais longe ainda a ectasia.

O estomago, n'estas condições está mechanicamente e physiologicamente sobrecarregado. Não devemos n'este ponto, esquecer um facto que é de frequente observação.

Acontece que um grande numero de vezes a ectasia é acompanhada de stenose pylorica.

A coexistencia da stenose e ectasia, dissemos nós, levou os anatomo-pathologistas a affirmarem que esta tinha por origem aquella.

Isto não deve ser assim. Quando se trata d'um obstaculo produzido por neoplasia maligna acompanhado de dilatação, podemos affirmar que a neoplasia é posterior, muito posterior mesmo, á ectasia. O mesmo acontece com todas as outras causas de aperto pylorico — cicatrises de ulceras, bridas peritoneaes e mesmo a ante-ptose do rim direito.

E fóra de todas estas causas de stenose, nós podemos demonstrar que a propria gastrite é a causa do obstaculo. Não é difficil acreditar que o processo morbido tomando origem proximo do pyloro, determine n'este uma reacção mais intensa visto que a estrutura do estomago nos revela ali a existencia de elementos cellulares em melhores condições de reagirem á causa irritante, do que no resto da cavidade. Ha, portanto, inflammção do proprio pyloro e não tarda a apparecer o espessamento do orificio. Alguns tratadistas referem-se a este facto, denominando a inflammção pylorica — linite plastica.

Acontece n'estas condições duas cousas juntas ou então separadas, mas que conduzem ao mesmo fim. A linite irritando as terminações nervosas dos nervos que se distribuem na região, acarreta por via reflexa a contractura do pyloro, e portanto um obstaculo á passagem dos alimentos do estomago para o intestino.

Ha, n'estas condições stenose. O mesmo acontece embora não entre em jogo o systema nervoso. Vejamos: desde que a linite assentou arraiaes, os elementos cellulares reagem, hyperplasiando-se e hypertrophiando-se, dando n'essa região um augmento de espessura que por seu turno conduz tambem á stenose. E embora a inflammação retroceda, sempre fica um tal ou qual espessamento a marcar indelevelmente o traço da sua existencia.

Por estas considerações ligeiras mostramos que a própria gastrite que levou muito tempo a fazer — ectasia — é tambem causa do apparecimento de stenose pylorica. E podemos tambem affirmar que, assim como a dilatação por esta via é a mais commun, assim tambem é frequente a coexistencia de stenose. De resto não admira porque ambas podem ter, e muitas vezes tem a mesma etiologia.

Não admira, portanto, que n'estas condições o estomago contine a dilatar-se attingindo por vezes dimensões consideraveis.

Não é raro a clinica observar ectasias que sobem no thorax quasi até á região axillar, como tambem não é raro vêr-se estomagos descerem abaixo do

umbigo. D'aqui tira-se, com relativa facilidade a pathogenia das perturbações funcçionaes de que são portadores os individuos atingidos d'esta affecção.

Umas vezes os doentes queixam-se de perturbações que fazem lembrar affecções do lado do thorax emquanto que n'outros casos as perturbações são apenas abdominaes.

Não admira que assim aconteça, pois se o estomago subir anormalmente, levanta deante de si os pulmões e o coração, produzindo perturbações no funcçionalismo d'estes órgãos.

É frequente, n'estas condições, os doentes queixarem-se de anciedade e palpitações dolorosas do coração. Do lado do abdomen é mais commum observar-se a ptose das outras visceras.

E a pathogenia das perturbações do estado geral do doente tambem encontra aqui a sua explicação; as fermentações que se dão na cavidade gastrica dão em resultado a formação de productos toxicos que absorvidos intoxicam o organismo, perturbando a funcção d'órgãos a distancia taes como — o cerebro e outros.

Muitos doentes queixam-se de coisas que sentem longe do estomago, quando bem observados, o medico chega a concluir que a causa dos seus soffrimentos reside apenas na cavidade gastrica.

Fórmias clinicas

Dilatação com stenose

Vimos a proposito da pathogenia da dilatação, que esta podia existir sem que préviamente houvesse stenose pylorica.

Dissemos tambem que embora não fosse o aperto a causa da ectasia gastrica, é muito frequente observar-se dilatações grandes, acompanhadas d'esse obstaculo á passagem dos alimentos.

Convém dizer que, em clinica, toda a dilatação onde se possa diagnosticar stenose, esta constitue uma fórmula especial distincta de qualquer outra.

Clinicamente diz-se: uma dilatação com stenose pylorica. Isto é praticamente differente d'outra qualquer ectasia onde essa complicação não appareça.

Portanto, desde que uma dilatação qualquer se nos apresente com signaes bem evidentes de que ha

obstaculo, oppondo-se á passagem do bolo alimentar, nós temos um typo clinico, uma variedade distincta de dilatação gastrica.

Mas a stenose que se observa em casos de estomagos dilatados, tem uma frequencia em relação com a diversidade de origem.

Umas vezes a stenose é produzida pela implantação d'uma neoplasia maligna, como outras é apenas determinada em virtude d'uma de natureza benigna.

Algumas vezes nem ha neoplasia, são cicatrizes de ulcera ou ulceras que evolucionaram exercendo agora o character da sua retractibilidade e muitas vezes tambem, basta o espessamento da propria valvula pylorica para que o obstaculo á passagem dos alimentos esteja determinado.

Não devemos esquecer-nos de juntar a estas causas de stenose uma outra que, segundo alguns tratadistas, é tambem frequente em estomagos dilatados. Queremos referir-nos ao spasma pylorico.

Devemos, comtudo, fazer uma distincção entre esta causa ultima e as outras que vimos de enumerar. O spasma, desde que termine a causa que o determinou, desaparece, deixando de haver portanto, stenose. Já não acontece assim com as outras causas de aperto pylorico. Uma vez nascidas continuam a exercer a sua influencia até que uma intervenção cirurgica as venha extinguir.

Portanto, a differença é grande, embora á primeira vista se nos affigure pequena. Estas são todas

as causas que produzem a stenose por via denominada — intrínseca. Mas ha ainda uma outra via que pôde conduzir ao mesmo fim. É a via denominada — extrínseca. Acontece algumas vezes que qualquer processo morbido que determine a hypertrophia dos ganglios rectro-pyloricos, é indirectamente causa de stenose.

Estes ganglios augmentando de volume, comprimm a parte do estomago com que estão em relação e prohibem a passagem do bôlo alimentar do estomago para o intestino.

Em virtude de qualquer peritonite localisada podem formar-se bridas unindo a região pylorica aos órgãos com que está em relação e retrahindo-se, mais tarde, acarretam tambem stenose.

A proposito da pathogenia dissemos que a anteversão do rim direito, podia apertar o pyloro e formando assim mechanicamente o aperto.

Como se vê, são variadas as causas que produzem a stenose pylorica e d'esta maneira não admira que no decurso da dilatação gastrica surja esta complicação.

PHYSIOLOGIA PATHOLOGICA. — Quando um estomago se encontra dilatado e sobrevem uma stenose pylorica de qualquer natureza, a dilatação caminha com muita mais rapidez do que se não apparecesse essa complicação. Comprehende-se com facilidade a explicação d'esta affirmativa.

Embora haja uma ectasia produzida por qual-

quer via que já vimos, por exemplo — via de gastrite, — o estomago encontra-se já em condições de não poder lançar no tubo intestinal o bôlo alimentar, ainda que o orificio pylorico esteja francamente aberto.

Mas se estiver stenosado, com muita maior razão ainda os alimentos serão obrigados a permanecer na cavidade gastrica, onde se originam fermentações anormaes com desprendimento de gazes.

Já vimos qual o valor dos gazes no desenvolvimento ulterior da ectasia.

Mas nem todas as fibras musculares lisas foram attingidas pela lesão da gastrite, e estas esforçar-se-hão porque os alimentos atravessem o estomago.

O obstaculo sendo impossivel de vencer, o esforço muscular ha de terminar por ser vencido.

As fibras musculares espessam-se, hypertrophian-do-se, levam o estomago a tornar-se semelhante ao coração no caso de insufficiencia aortica.

É a autopsia que nos revela este facto curioso.

O estomago encontra-se duro e espesso exactamente como se encontra o ventriculo esquerdo n'essa affecção cardiaca a que nos referimos.

As fibras musculares gastricas vão pouco e pouco perdendo a sua acção physiologica em virtude do esgotamento muscular.

N'estas condições a ectasia marcha muito mais rapidamente, porque o estomago vae cedendo de cada vez mais á medida que a stenose se torna mais apertada.

Parece á primeira vista que quanto mais apertado fôr o orificio pylorico, em todos os casos de dilatação gastrica, maior seria a ectasia.

Devemos dizer que nem sempre é assim, porque a dilatação depende sempre de muitos factores, taes como — a duração da doença, o resultado da resistencia funcional congenita ou adquirida das fibras lisas, a intensidade das lesões anatomicas, o grau de retenção alimentar, a quantidade de alimentos ingeridos, a frequencia do vomito, etc.

SYMPTOMATOLOGIA DA DILATAÇÃO COM STENOSE.
— N'esta variedade clinica apparecem signaes phisicos que, por assim dizer, são caracteristicos d'ella.

Symptomas phisicos. — Tensão do abdomen. Observa-se, quasi sempre, nos doentes portadores d'esta affecção um abaulamento enorme da região abdominal, na parte comprehendida entre o umbigo e o bordo das costellas falsas.

O abaulamento, na grande maioria de casos, é muito mais pronunciado á esquerda do que á direita, o que não admira sabendo-se que o estomago encontra-se na sua maior porção para a esquerda da linha mediana. Observa-se pela inspecção e é apreciado pelos diversos meios de pesquisa clinica que temos ao nosso alcance. Assim: — á palpação o abdomen, n'esse ponto dá-nos a sensação de dureza, assemelhando-se um tanto com a sensação que se obtem, palpando um balão de cautchout.

Pela percussão obtemos um som exaggerada-

mente tympanico. Este abaulamento é devido á contracção tónica do estomago, em vista da qual o órgão pretende desembaraçar-se da sobrecarga alimentar.

Casos ha em que se encontra mais pronunciado do que n'outros. Isto só acontece quando o aperto pylorico não é de todo stenosado e alguns dos alimentos conseguem atravessar. Mas pôde ainda assim diminuir consideravelmente, mesmo no caso de ser grande a stenose, desde que um ou mais vomitos lancem no exterior os alimentos contidos na cavidade gastrica.

Um outro symptoma é a chamada onda peristaltica, que se manifesta umas vezes espontaneamente, outras provocando-a, passando a palma da mão pela região supra-umbilical e comprimindo ligeiramente. Todos estes symptomas não apparecem em todas as dilatações d'estomago, mas n'aquellas em que se manifestam não ha duvida alguma no diagnostico de stenose.

Além d'estes ainda encontramos ao nosso dis-pôr, outros signaes por meio dos quaes podemos apreciar e diagnosticar a dilatação com a complicação que vimos de vêr.

Assim, o catheterismo do estomago pôde tambem dar, e dá em muitos casos, ensinamentos de valor, como diagnose de dilatação com aperto pylorico. Se procedermos a essa operação, encontramos a maior parte das vezes alimentos na cavidade gastrica e alguns dos quaes teem sido ingeridos dias antes.

Desde que a nossa observação vá tão longe, podemos affirmar a ectasia com aperto do pyloro, porque no caso de haver dilatação sem elle, embora haja retenção alimentar, esta nunca vae até ao ponto de permanecerem tanto tempo no estomago os alimentos, embora attinja o orgão grandes proporções. N'este caso, quando não seja por outro processo, o estomago esvasia-se de noute, pelo menos, a favor da posição.

PHENOMENOS DYSPEPTICOS. — Não devemos deixar de nos referir a um conjuncto de signaes subjectivos que se observam no decurso da dilatação com aperto. Este conjuncto symptomatico, denomina-se em clinica—syndroma pylorico, e tem um grande valor de diagnostico.

Pouco tempo depois que o doente ingeriu qualquer alimento, passado um periodo de tempo comprehendido entre duas e tres horas, principia a sentir dôres mais ou menos vivas, regorgitações e vomitos.

Desde que por estes o doente consegue esvasiar o seu estomago, sente-se immediatamente alliviado para voltar de novo a sentir os mesmos incommodos na refeição seguinte.

Casos ha em que o doente se encontra constantemente incommodado durante todo o tempo que decorre entre duas refeições contiguas, mas mesmo assim os soffrimentos augmentam muito na occasião das refeições.

Desde que este cortejo symptomatico appareça, o diagnostico da dilatação com stenose, impõe-se.

Temos visto até aqui a serie de symptomas que apparecem no decurso da evolução d'uma ectasia complicada de stenose. Mas como este obstaculo á passagem dos alimentos póde ser produzido por causas diversas, d'um modo geral, maligna e benigna, comprehende-se a importancia que terá em clinica, o saber-se a natureza da causa productora d'esse obstaculo ao *trangit dos ingesta*.

Como se depreheende, este conhecimento tem grande valor, porque se conhecermos um meio de destringar a causa productora, estamos mais ou menos habilitados a formular o prognostico da affecção e ao mesmo tempo caminhamos muito mais seguramente no tratamento a seguir.

Assim, o aperto pylorico póde ser originado por uma neoplasia maligna ou por um processo qualquer de natureza benigna, por exemplo, cicatrizes ulcerosas.

É claro que o prognostico é sombrio no primeiro caso, emquanto que no segundo póde muito bem não o ser. Mesmo pelo que diz respeito á therapeutica a seguir, é de necessidade saber-se qual a natureza da causa, porque sendo ella de natureza maligna, não vale a pena intervir, e sendo benigna, como no exemplo que dissemos, a intervenção deve ser seguida de bom exito.

Portanto, é de maxima importancia conhecer a causa do obstaculo á passagem dos alimentos.

Effectivamente, ha meios praticos que nos permitem fazer o diagnostico differencial do aperto pela diversidade de symptomas que observamos n'um e n'outro caso.

Estes ensinamentos são fornecidos pela analyse do succo gastrico e dão resultados bastante elucidativos.

Quando a stenose pylorica é produzida por uma neoplasia maligna, os liquidos da stase, extrahidos pelo catheterismo são d'uma grande acidez devida á presença de grande quantidade de acidos organicos, existindo n'elles tambem o acido chlorhydrico, mas em quantidade exigua. O succo gastrico n'um caso d'esta natureza contém em grande porção o acido lactico. O chloro total é tambem pouco elevado em relação ao chloro fixo.

Chega-se a estes resultados analysando o conteúdo estomacal, pela manhã em jejum.

Mas se administrarmos ao doente uma refeição de prova, concluimos o seguinte: — A acidez é pequena, o chloro total é em pequena quantidade, sendo todavia, maior o chloro fixo.

A chlorhydria é quasi que nenhuma.

Já não acontece assim quando em vez de neoplasia maligna é um processo ulcerativo a causa do aperto.

Aqui os resultados colhidos da analyse do succo gastrico são exactamente o contrario do que vimos de dizer a respeito da neoplasia.

Quando examinamos o succo estomacal, no se-

gundo caso que consideramos, chegamos na maior parte das vezes á conclusão seguinte — a acidez é muito elevada e devida á presença de acido chlorhydrico; o acido lactico ou não se encontra ou então apparece em quantidade tão pequena que nem vale a pena mencional-o.

Mas nem sempre se chega a estes resultados, mesmo no caso da stenose ser benigna.

É preciso que o aperto seja originado por uma ulcera de evolução recente, porque se esta fôr antiga os resultados a que chegamos são um tanto differentes; o acido chlorhydrico em menor quantidade, mas comtudo ainda é elle que constitue a acidez e poucos acidos de fermentação podemos encontrar nos liquidos que examinamos.

Em ambos os casos que acabamos de formular, o chloro fixo é pouco abundante e é muito maior a quantidade de chloro total. A analyse do liquido, retirado uma hora depois da administração da refeição de prova, fornece-nos os seguintes elementos de diagnostico — grande acidez, o chloro total é em grande quantidade e o fixo em pequena.

Ha sempre uma intensa chlorhydria.

Pelo que acabamos de vêr, os resultados colhidos nos dois casos differentes de stenose pylorica, tem um grande valor na pesquisa da natureza d'ella.

Todavia, não devemos esquecer uma particularidade que muitas vezes póde levar os analysts a commetter um erro.

Quando estamos em presença d'um doente que

é portador d'uma ulcera antiga, a secreção chlorhydrica é muitas vezes retardada e no fim d'uma hora não podemos obter o maximo de acidez.

É, n'este caso, de absoluta necessidade fazermos analyses successivas para que, com segurança, possamos conhecer esse maximo.

Mas como nós vimos já, nem só estas causas podem produzir a stenose e portanto é preciso conhecer-se os resultados a que se chega com stenose de causa differente d'estas.

D'uma maneira geral, analysando o succo gastrico d'um doente portador de stenose pylorica de causa differente das que vimos de observar, não chegamos a resultados tão concludentes.

A nossa observação conduz-nos á affirmativa de que, se a analyse se fizer com o liquido recolhido pela manhã em jejum, obtemos exactamente o mesmo resultado que obteríamos se a causa fosse a ulcera.

Já não acontece o mesmo com a refeição de prova, porque, se analysarmos uma hora depois o liquido, vemos que os resultados da analyse são exactamente os mesmos que obteríamos com um estomago normal.

Temos visto a proposito d'este assumpto, ainda que resumidamente, o que ha de symptomatologia e os varios meios ao alcance dos clinicos para obter um diagnostico.

Mas dilatações ha onde falta o aperto pylorico, e, apesar d'isso, o orgão attinge proporções por vezes enormes.

Estas ectasias sem stenose, produzidas ainda pela mesma via de gastrite, constituem uma outra variedade clinica.

Dilatação sem stenose

DILATAÇÃO POR VIA DE GASTRITE, SEM STENOSE. — *Symptomas physicos.*— Observando um doente n'estas condições, encontramos o ventre ligeiramente abaulado, mas deixando-se comprimir com relativa facilidade.

A inspecção pouco ou nada nos revela. A palpação é umas vezes indolente, outras um pouco dolorosa, principalmente na região epigastrica.

Ella fornece-nos ainda o ruido de vascoejo, que tem uma importancia capital como diagnose.

A percussão dá-nos immediatamente a sonoridade tympanica do abdomen, e algumas vezes em toda a região por baixo da qual está o estomago dilatado. Umas vezes vae desde a região thoraxica até mesmo abaixo do umbigo, quando se trata d'uma grande ectasia.

A mistura gazogenica administrada ao doente põe-nos immediatamente ao facto dos limites anormaes do estomago, pelo augmento de sonoridade e tambem porque vêmos immediatamente o orgão, cedendo á tensão do gaz, desenhar-se por baixo da parede thoraco-abdominal.

Não é raro observar-se, após a administração da

mistura, o levantamento de toda a parede abdominal quando o pyloro, francamente aberto, deixa passar para o tubo intestinal a columna gazosa resultante da reacção.

Sempre que isto acontece, é precisa a maxima precaução, porque podemos ser levados a um erro de diagnostico suppondo um estomago dilatado, quando não ha mais nada do que um aperto intestinal, permanecendo sobretudo ao nivel do illion.

Se fôr este o ponto de localisação da stenose intestinal, o engano, não havendo cuidado, póde dar-se com relativa facilidade.

O catheterismo feito n'um doente portador de dilatação assim considerada, não revela differenças por onde possamos fazer diagnostico differencial.

Pela analyse, encontramos acidez elevada, devida á presença do acido chlorhydrico; mas ainda assim, é necessario fazermos o exame quando a affecção tem pouco tempo de existencia. Se fôr antiga, encontramos ainda acidez exaggerada, mas em muito menor quantidade do que quando é de recente evolução a variedade de ectasia que consideramos.

Symptomas subjectivos. — Ha algumas vezes dôres e peso na região epigastica, sobretudo depois das refeições.

Os doentes teem frequentemente vomitos que os alliviam, porque descarregam o conteúdo estomacal no exterior, motivo pelo qual elles os provocam quando se sentem mais afflictos. Pouco e pouco per-

dem o appetite, e são sempre individuos que se vêem na necessidade de beber muito e frequentes vezes. Sentem poucas forças; acordam suados, e, apesar de permanecerem na cama, encontram-se muitas vezes caçados. Ao levantarem-se, sentem uma fadiga muito maior ainda do que em antes de deitados.

Não é raro o doente ter palpitações cardiacas dolorosas.

Por vezes ha anciedade. E devemos percorrer a historia do doente, certos de que, na grande maioria dos casos, vamos acabar por concluir que, ha já annos, o doente é um gastropatha — ha muito que vem de fazer gastrite, apresentando a symptomatologia correspondente a esta affecção.

Dilatação neurasthenica

PHYSIOLOGIA PATHOLOGICA. — Desde que nos é desconhecida a pathogenia d'esta variedade clinica de dilatação, não admira que se não saiba com absoluta certeza qual a sua physiologia pathologica. Mas ao nosso espirito não repugna admittir que as coisas se passem da maneira seguinte: Sabemos pela physiologia normal que os musculos lisos do organismo se encontram, fóra do seu periodo de contracção, n'um estado permanente de tensão.

Um musculo, embora em descanso, está sempre no estado de contracção, em virtude da ligação, a distancia, do centro nervoso com a fibra muscular.

Isto ensina-nos e demonstra-o a physiologia normal. Basta-nos apenas estes conhecimentos para comprehender qual será a physiologia pathologica n'um caso de dilatação neurasthenica.

Desde que haja qualquer alteração no funcionamento do systema nervoso, desde que se esteja em presença d'um caso de neurasthenia, debilidade nervosa ou, em geral, de qualquer nevropathia, o influxo nervoso não pôde ter a mesma intensidade que teria quando o individuo não era portador de taes affecções.

A tensão particular que possuem os musculos quando fóra do periodo de contracção, deve ter muito menos valor que teria se não houvesse alterações do systema nervoso.

N'estas condições, um esforço pequeno será capaz de distender o musculo, e este não tem já a contractibilidade precisa para voltar á posição que occuparia se a sua physiologia fosse normal.

No estomago dá-se exactamente a mesma coisa. O peso dos alimentos e os gazes desenvolvidos na cavidade gastrica vão levando adiante de si, por distensão, as suas paredes.

O influxo nervoso é tão insignificante, que o musculo gastrico deixa arrastar-se. Sendo assim, a cavidade torna-se de cada vez maior, se não annullarmos as causas das perturbações nervosas. O estomago difficilmente evacuará no intestino os alimentos ingeridos, porque a fibra muscular gastrica encontra-se atonica, preguiçosa.

Mas um facto contradictorio observa-se em casos de dilatação neurasthenica.

O estomago, que devia encontrar-se com retenção alimentar, pelo contrario esvasia-se quasi sempre.

Este facto, que é de pura observação clinica, tem a sua justificação na physiologia pathologica.

Eis como as coisas se passam: A mesma atonia que attingiu a fibra gastrica, trouxe como consequencia a abertura franca do pyloro.

E agora dois factores concorrem conjunctamente para que o estomago se esvasie. D'um lado a posição do doente, deitado; e do outro a aspiração exercida do intestino sobre o estomago, em virtude dos movimentos peristalticos.

Modernamente esta conclusão tem sido experimentalmente observada, e parece que a experiencia demonstrou o papel importante que desempenha o intestino no esvaziamento do estomago.

SYMPTOMATOLOGIA. — Esta variedade clinica é extremamente lenta na sua evolução e apresenta durante esta, um cortejo symptomatico um pouco assustador, algumas vezes.

Os symptomas locais são principalmente: sensação de peso na cavidade epigastrica, abaulamento abdominal e palpitações dolorosas do coração. Por vezes eructações e só excepcionalmente que apparecem vomitos. Estes symptomas, como é de prever, nunca apresentam a mesma intensidade. Umas vezes

são intoleráveis enquanto que outras apenas se desenharam e os doentes suportam regularmente as perturbações.

Entre estes limites extremos, ha uma grande diversidade de graus. Não é raro os doentes apresentarem uma sensibilidade mais ou menos viva ao nivel da região do epigástrico, junto do appendice xiphoides, das falsas costellas ou d'uma maneira mais geral, em todos os pontos correspondentes ao plexo solar.

Seis ou oito horas depois das refeições ainda se encontra ruido de vascojeio. A percussão indica-nos o limite da ectasia e denuncia tambem ptose d'algumas visceras abdominaes. Combinando-a com a palpação, chega-se a esse resultado com muita mais segurança.

As visceras que maior numero de vezes se encontram em ptose, são: rim direito em ante-versão, intestino grosso, figado e bazo.

Ha tambem perturbações intestinaes; umas vezes constipação e outras diarrhêa. Não é raro apparecer a diarrhêa muco-membranosa.

O catheterismo não fornece dados de valor nem tem importancia as conclusões que d'elle tiramos. Não serve para, por elle, chegarmos a um diagnostico differencial. Feito em jejum; isto é, seis a oito horas depois da ultima refeição, indica-nos que o estomago se encontra vazio.

Em geral esta variedade clinica de ectasia, não dá stase alimentar. Ha umas vezes hyperchlorhydria

e outras é exactamente o contrario. A este mesmo resultado chega-se muitas vezes no mesmo doente, analysando differentes vezes o succo gastrico. A refeição de prova tambem não dá resultado algum.

A symptomatologia geral é extremamente variavel, a ponto de constituir fórmás differentes, sob variedades clinicas.

Ha a variedade nevropathica e a arthritica. Na primeira o doente queixa-se frequentemente de cephalear, vertigens, placa sagrada. Quasi sempre sente-se cansado, sobretudo de manhã e tem nevragias differentes, sensação de frio nas extremidades, aborrecimento e um estado de fraqueza extremo. Soffre de palpitações dolorosas do coração e tem dyspnêa.

Por vezes são asthmaticos. Finalmente, n'esta variedade de dilatação os doentes podem ter symptomas geraes das nevropathias. Na fórmula arthritica, o doente é um dilatado, apresentando symptomas de arthritismo.

Dilatação aguda

PHYSIOLOGIA PATHOLOGICA. — A physiologia pathologica no caso de dilatação aguda é das de mais facil comprehensão.

Basta assistirmos a uma autopsia para que em face das lesões apresentadas, possamos comprehender as perturbações que o doente apresentou.

Fócos hemorrhagicos e as visceras mechanicamente comprimidas umas contra as outras, mostram

desde logo perturbações funcçionaes graves e obstaculos sérios á circulação.

O estomago parece que acha pequena de mais para si só, a cavidade abdominal e levanta-se no thorax, produzindo perturbações em órgãos essenciaes á vida.

SYMPTOMATOLOGIA. — A pelle está recoberta de suffusões sanguineas e por vezes ha cyanose intensa e larga. O ventre abaulado, não deixa deprimir-se. Está tenso e duro. Ha um tympanismo enorme em toda a cavidade abdominal.

A symptomatologia geral desenrola-se com extrema rapidez sem que se possa seguir a sua manifestação.

A principio, na phase inicial da gastropathia, o coração pulsa acceleradamente, emquanto que no fim pára por embaraço mechanico á circulação; elle não póde vencer o obstaculo.

A respiração é tambem muito perturbada; o doente apresenta-se com dyspnêa viva, mas a morte liberta-o d'esse soffrimento. Observa-se que o diaphragma não desce nas inspirações.

Na phase ultima da doença parece que não ha respiração, tal é a compressão mechanica dos pulmões.

Therapeutica geral

A therapeutica das dilatações clinicas deve dividir-se em duas partes. Uma d'ellas que denominaremos — medicação geral das ectasias — e outra a que chamaremos — medicação especial.

A medicação geral comprehende todos os meios que temos ao nosso alcance para collocar o órgão doente em condições necessarias a que a sua cura se siga. E', portanto, d'uma applicação ampla, pertencendo não só á medicação das ectasias gastricas, mas d'uma maneira geral, a todas as gastropathias.

Já não acontece o mesmo com a medicação especial. Esta tem um campo de acção muito mais limitado. Applica-se a certas e determinadas fórmulas de ectasia, attendendo ao caso individual que se nos apresenta e á natureza da variedade clinica que se nos depara.

Sabemos que um órgão doente, seja elle qual fôr, precisa para curar-se, da observancia de um certo numero de condições, sem as quaes não pôde haver medicação alguma de valor.

Pois todas essas condições essenciaes á cura, bem como os meios de que dispomos para que ellas se realizem, fazem parte e constituem a — medicação geral.

Uma condição fundamental no tratamento d'um doente, é o descanso de que elle precisa, antes de recorrermos a qualquer meio medicamentoso. N'um órgão pathologico, dá-se exactamente o mesmo; é preciso que elle descance para que possa curar-se.

O estomago sendo um órgão d'uma susceptibilidade extraordinaria não pôde repousar com facilidade, sem que vamos diminuir por qualquer meio, a excitabilidade geral do organismo e a irritabilidade local.

É sempre com extraordinaria rapidez que notamos a maneira pela qual o aparelho digestivo, e principalmente as vias superiores, reagem a qualquer perturbação embora distante d'elle. D'aquí tira-se uma conclusão — deve ser difficil se não impossivel, collocar em condições de repouso o órgão gastrico. Mas como tudo isto é relativo, não tememos affirmar que, para o conseguir é necessario, principalmente, duas condições — repouso ou descanso do doente e um bom regimen alimentar.

Com a primeira condição realisamos, na medida do possivel, tudo o que seria capaz de impressionar

o doente, e portanto annullamos-lhe a excitabilidade geral.

E por isso é necessario recommendar o descanso physico e moral do doente.

D'esta maneira temos conseguido uma das condições fundamentaes. E não vá julgar-se que a medicação a que chamamos geral, não tem valor algum. Seria um erro suppô-lo, pois a maior parte das vezes, não precisamos de recorrer ao uso de medicamentos, para obtermos a cura. Basta, n'um grande numero de casos, sujeitarmos o doente a um regimen apropriado, e obrigando-o ao descanso, todos os incommodos desaparecem.

O organismo tem em si o melhor processo therapeutico, quando necessita de medicação. Elle defende-se não só contra os agentes externos como tambem interiores, desde que não tenha nada a contrariar na sua acção.

REGIMEN ALIMENTAR. — Nas gastropathias em geral, e particularmente nas dilatações clinicas de estomago, os tratadistas que concordam na importancia do — regimen alimentar — não concordam na instituição d'esse regimen. Ha um desaccôrdo frisanter até certo ponto sem justificação. Uns querem que, como regra geral, nas ectasias seja instituido, logo desde o principio, o regimen que denominam — mixto. Outros querem, pelo contrario, que sejam postos de parte os liquidos, aconselhando o regimen sêcco.

Os primeiros são de opinião de que não deve

ser proscripta a alimentação liquida, e que o doente além das refeições ordinarias, tenha, até, refeições extraordinarias, supplementares.

Isto, é claro, em casos onde não haja perturbações locais, que prohibam a alimentação; esses casos pertenceriam á excepção e nós estamos na regra. Refere-se o tratamento que vimos de observar, d'uma maneira geral, a doentes dilatados, mas com funcções digestivas ainda não completamente comprometidas.

Os partidarios da segunda opinião; isto é, aquelles que defendem o regimen sêcco, aconselham tres refeições diarias sendo reduzida ao minimo a quantidade de liquido introduzido no organismo por via digestiva. A nossa opinião, d'uma maneira geral é exactamente a ultima.

Basta vêr a pathogenia das dilatações clinicas, para não podermos concordar com a opinião dos primeiros tratadistas.

Além das considerações geraes que vimos de fazer a proposito de therapeutica geral das dilatações clinicas, ainda outras precisamos de fazer. Assim, alguns auctores incluem no tratamento geral das ectasias o seguinte: massagens, revulsivos, a hydrotherapia e ainda a electricidade.

Pelo que respeita ao nosso modo de vêr, devemos confessar que não somos d'esta opinião.

As massagens bem como a hydrotherapia e electricidade podem dar e dão muitas vezes bons resultados, mas é em determinada variedade clinica —

dilatação neurasthenica — e mesmo n'esta, em determinadas fórmas.

Está longe de ter uma applicação geral, e por isso, incluiremos estes recursos therapeuticos no tratamento especial a cada variedade de dilatação gastrica.

Quanto ao tratamento revulsivo, parece-nos não ter valor algum e portanto seria melhor destacalo da therapeutica das dilatações clinicas. Quando muito teria valor em casos de gastropathias differentes das que vimos de observar.

Dilatação com stenose

THERAPEUTICA

A therapeutica da dilatação com stenose é muito variavel, segundo o grau de stenose e conforme as perturbações gastricas. Sabemos que esta variedade clinica tem uma evolução extremamente demorada, apresentando a affecção, alternativas de melhor ou peor. Portanto, a therapeutica a seguir ha de ser uma variante da symptomatologia apresentada no decurso da evolução.

E dizemos isto porque a dilatação com stenose tem uma medicação puramente symptomatica, emquanto o aperto pylorico não é sufficientemente estreito para impedir a travessia dos alimentos.

Desde que sobrevenha esta phase na evolução da doença, deixamos, ou melhor, somos forçados a

abandonar o tratamento medico e lançar mão da cirurgia, unico meio de salvação do doente.

Mesmo attendendo a todas as circumstancias que vimos de observar a respeito da pathogenia da stenose, vêmos que embora esta complicação sobrevenha, não estamos auctorisados a intervir, desde logo, cirurgicamente.

A gastro-enterostomia só deve ser posta em pratica quando no nosso espirito não restar duvida ácerca da stenose pylorica chronicamente estabelecida.

Não devemos esquecer um ponto que julgamos conveniente tratar aqui, a proposito da therapeutica d'esta variedade de ectasia.

Quando a stnose fôr produzida por uma massa de neoformação, mas de natureza maligna, a nosso vêr, não devemos operar o doente.

As estatisticas apresentadas relatando os dias de vida dos doentes operados n'estas condições, veem em nosso auxilio para affirmar que não votariamos uma operação d'estas, n'um doente condemnado a morrer em pouco tempo.

A nossa opinião é, que melhor seria a um doente n'estas condições, administrar palliativos e esperar que a morte venha pôr termo ao soffrimento, do que operar assim um doente que em breve não resiste á intoxicação geral do seu organismo. Embora haja auctoridades medicas que defendem a operação, parece-nos perfeitamente justificada a nossa maneira de vêr.

Como vimos de dizer, a therapeutica cirurgica só deve praticar-se quando haja dilatação com stenose, e desde que seja impossivel a alimentação do doente por causa do aperto.

N'estas condições o tratamento unico a seguir é como vimos, a gastro-entero anastomose, fazendo uma abertura artificial do estomago para o intestino.

As perturbações locaes proprias e as perturbações geraes resultantes das fermentações anormaes, desaparecem desde que o estomago se esvasie por completo.

Dentro em pouco o estado geral do doente levanta-se e a ectasia diminue enormemente, alliviando o doente d'uma série de perturbações que lhe acarretariam a morte. Mas antes de se chegar a este extremo da doença, ha já perturbações funcçionaes contra as quaes a therapeutica tem de dirigir-se.

É sobretudo contra estas que pomos em pratica meios therapeuticos, um certo numero de substancias a que nos vamos referir. É a isto que chamamos tratamento medico ou symptomatico da dilatação com stenose.

MEDICAÇÃO ALCALINA.— Com o fim de combater a hyperchlorhydria, os vomitos e as dôres resultantes d'esta secreção anormal da mucosa gastrica, symptomas que muito frequentemente apparecem, é da pratica corrente o emprego dos alcalinos.

Os tratadistas não concordam com a dóse que deve empregar-se na administração de taes medica-

mentos. Uns preferem dóse elevada, emquanto que outros são de opinião de que deve empregar-se uma dóse pequena.

Estes ultimos, d'accôrdo com os antagonistas do regimen sêcco, preferem o uso de aguas mineraes alcalinas, porque sendo-o fracamente, estão nas condições de serem empregadas.

Fundamentam a sua maneira de vêr no seguinte: quando um doente está durante muito tempo no uso de alcalinos — bicarbonato de soda e outros — vê-se que o seu estado geral torna-se mais enfraquecido.

Segundo elles, este estado era produzido em virtude da intoxicação, affirmando até uma cachexia especial — a cachexia alcalina. Experimentalmente e mesmo a observação clinica chegou á conclusão de que a cachexia alcalina não existe.

Ha doentes que estando muito tempo debaixo d'esta medicação, nunca attingem esse estado cachectico, desde que não tenham perturbações gastricas sufficientemente intensas.

A cachexia é uma resultante das perturbações e não da medicação. Por outro lado a experiencia demonstrou que os alcalinos em dóse sufficiente não só neutralisam o excesso d'acido do succo gastrico, como ainda retardam e diminuem a sua secreção. Sendo assim, está perfeitamente justificado o seu emprego.

Devemos administrar os alcalinos e principalmente o bicarbonato de soda em alta dóse, porque com isto preenchemos pelo menos duas indicações — neutra-

lisar o acido e impedir o exaggero de secreção — annullando por consequencia os symptomas apresentados e contra os quaes temos necessidade de intervir.

Outras substancias que com o mesmo fim costumam ser empregadas são: — o opio e seus derivados, o sulfato de atropina na dóse de um centigramma para 100 e em geral a medicação anesthesica.

Principalmente estas duas ultimas substancias dão bons resultados, seja qual fôr a maneira da sua administração, devendo preferir-se sempre a poção e a solução.

MEDICAÇÃO INTESTINAL. — E' frequente o apparecimento de perturbações intestinaes, constipação quasi sempre, no decurso da evolução da ectasia. Para impedir fermentações anormaes e portanto absorpção de productos toxicos, combate-se este estado com medicamentos apropriados — clysteres, purgantes salinos, etc., com o emprego dos quaes a pratica tem colhido bons resultados.

Pelo que diz respeito ao uso das aguas naturalmente alcalinas, somos de opinião de que devem ser empregadas sempre que haja hyperchlorhydria, mas d'uma maneira differente d'aquella que vimos.

O regimen secco não prohibe por completo a agua por via digestiva. Na occasião das refeições em vez d'outra qualquer bebida, julgamos o uso d'estas aguas perfeitamente justificado.

CATHETERISMO ESTOMACAL. — É d'uso corrente empregar-se o catheterismo estomacal quando, em presença d'um doente portador d'uma grande dilatação com stase alimentar consideravel.

Parece-nos racional e perfeitamente justificada, á primeira vista, uma tal operação. Mas reflectindo um pouco no assumpto, concluimos que em face dos resultados obtidos na clinica, o seu emprego deve ser restringido.

O maximo de catheterismos que se devem fazer em oito dias, é um ou o muito dois. Esta operação é sempre uma causa de agravamento da irritação local, e tem, além d'isso, o grande inconveniente de tirar ao organismo uma grande quantidade de chloretos, produzindo uma quéda do estado geral do doente. Não o devemos empregar por mais circumstancias ainda. Como tratamento da ectasia, pouco ou nenhum valor tem.

Embora torne menor, ou annulle por completo o pezo que distende constantemente as paredes d'um estomago n'estas condições, o certo é que a stenose lá permanecia ainda, e o unico recurso vinha a ser a intervenção cirurgica.

E depois d'este tratamento tambem não é preciso para nada o catheterismo, como meio curativo, porque a abertura artificial do estomago para o intestino não consentia na stase.

É por todas estas considerações, que reputamos pouco proveitoso, e talvez prejudicial, o catheterismo do estomago na dilatação com stase e stenose.

Dilatação neurasthenica

THERAPEUTICA

De todas as variedades de dilatação gastrica, aquella que possui a therapeutica mais complexa, é sem duvida a neurasthenica ou atonica.

Apresenta-se-nos por differentes maneiras, umas vezes com um estado geral muito deprimido, emquanto que n'outras são as perturbações locais que maior cuidado nos merecem. D'aqui a complexidade do tratamento.

No primeiro caso, a nossa actividade deve desprender-se da medicação da ectasia em si, para se dirigir ao estado geral do doente. É então que recorreremos immediatamente á medicação tonica.

Todos os tonicos n'estas circumstancias, estão naturalmente indicados — a strychnina em injeção hypodermica, a cafeina do mesmo modo administrada, os phosphatos e glycero-phosphatos.

Ultimamente Gautier introduziu na pratica o cacodylate de soda, que, segundo a sua observação pessoal, tem dado resultados de valor.

Este medicamento é extremamente irritante para a mucosa gastrica, mas possui a propriedade de poder ser introduzido no organismo por via hypodermica.

Em vez d'esta substancia, podemos empregar os seus succedaneos, e, entre elles, o arrhenal é a que melhor resultado tem produzido.

AMARGOS. — É commum apparecer no decurso da evolução da dilatação neurasthenica, um enfraquecimento das funções secretorias do estomago, resultando um torpôr e lentidão no trabalho de motilidade gastrica, assim como anorexia extrema.

N'estas condições, é justo empregar-se a quina, debaixo de qualquer forma, o colombo, a quassia, etc.

Para combater, n'outros casos, a hyperchlorhydia ou hypersecreção gastricas, devemos recorrer á seguinte medicação :

MEDICAÇÃO ALCALINA. — Acontece o mesmo que vimos a proposito da dilatação complicada de stenose: os alcalinos devem ser empregados em dóse relativamente elevada para que vejamos alguns resultados.

Ainda não ha muito, empregavam-se no tratamento da dilatação neurasthenica os fermentos digestivos. Theoricamente, deviam dar resultados esplendidos; mas, praticamente, chegou-se á conclusão de que não merecem a consideração que tiveram no principio da sua applicação.

A pathologia comparada chegou a reconhecer que não eram estas as substancias que mais valor tinham na therapeutica.

Foram muito empregadas: a pepsina, a papeina, a pancreatina e a peptona.

Hoje, quasi todas estas substancias cahiram do logar preponderante onde as levaram, deixando de ser empregadas, pelo menos com a latitude que lhe tinham dado.

Alguns auctores (Frémond, Gendre e outros) são ainda partidarios da sua applicação, no caso de ecstasia atonica com hyposecreção.

Devemos dizer que, mesmo n'este caso restricto, nem todos os tratadistas dão o mesmo valor aos fermentos digestivos.

Maurice Sepault e Bouchard são partidarios do emprego da peptona, de preferencia ás outras substancias, que elles reputam de menor valor therapeutico, não se esquecendo de nos mostrar que os fermentos digestivos não teem a importancia que lhes attribuíram.

AGENTES PHYSICOS. — No tratamento da dilatação cuja variedade clinica vimos de occupar-nos, os agentes physicos são considerados como de grande valor. A pratica tem registado a sua importancia como recurso therapeutico da dilatação neurasthenica.

Ainda assim, nem todos são igualmente considerados.

A HYDROTHERAPIA. — É innegavel que nos presta bons serviços. É preciso conhecer a fôrma pela qual havemos de pôr em pratica este processo de tratamento, porque não se applica da mesma maneira a todos os doentes.

É necessario conhecermos o seu fundo morbido para sabermos o modo pelo qual deve ser feita a applicação da hydrotherapia.

Assim, nos nevropathas está perfeitamente indi-

cado o uso dos banhos douches, tepidos, escocezes e mesmo frios.

Nos doentes arthriticos já não devemos dirigir o tratamento d'esta maneira. Aqui está indicado o banho quente bastante demorado.

São estas as regras que devemos seguir, d'uma maneira geral, no tratamento da dilatação neurasthenica por meio da hydrotherapia.

MASSAGENS. — As massagens dão bom resultado, não como tratamento da dilatação em si, mas como therapeutica de certas perturbações que são a consequencia d'ella.

Assim, quando sobrevem atonia intestinal proveniente de defeitos da circulação porta, a massagem abdominal dá resultados que nenhuma outra medicação póde fornecer.

O mesmo acontece no caso de gastralgia e hyperesthesia do estomago, manifestando-se por dôres, vomitos, etc.

ELECTROTHERAPIA. — Ultimamente, na Allemanha e na America tem sido feitas experiencias physiologicas sobre a electrisação interna e externa das camadas muscular e glandular do estomago.

Os resultados obtidos não tem ainda a nitidez necessaria, parecendo até contradictorios. Portanto, ainda nada de positivo podemos affirmar ácerca do valor therapeutico da electrotherapia.

A medicação intestinal, as lavagens, etc., estão

indicadas n'esta variedade clinica, como em qualquer outra, desde que haja perturbações correspondentes.

Mas se o tratamento medico fôr impotente, a dilatação neurasthenica caminhará sempre até attingir um grau elevado.

O estomago estender-se-ha enormemente na cavidade abdominal, apparecendo então a stase alimentar, que é pouco frequente n'esta variedade de ectasia. Mas desde que ella se manifeste e que diagnostiquemos uma grande dilatação com stase, ha só um caminho a seguir.

É inutil e talvez prejudicial recorrer ao catheterismo. Só a intervenção cirurgica poderá dar-nos resultado seguro. E então, devemos recorrer á gastro-entero-anastomose, como unico meio therapeutico de valor, como unica maneira de salvação do doente.

Dilatação aguda

THERAPEUTICA

Em presença d'um doente portador de dilatação aguda, o unico meio que devemos pôr em pratica, é a laparotomia immediata e proceder á resecção parcial do estomago.

Todos os outros recursos devem falhar, attenta a gravidade das perturbações do organismo; e, mesmo a resecção, nem sempre será seguida de bom exito. A maior parte das vezes, o diagnostico não chegará a tempo de se intervir.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A fixação da parte superior do recto, é o unico signal anatomico da terminação do *S illiaco*.

Physiologia. — As acções physiologicas dos musculos do martello e do estribo são antagonicas.

Pathologia geral. — Não existe a saude perfeita.

Materia medica. — Os antipyreticos medicamentosos teem uma grande contra-indicação — as pyrexias.

Anatomia pathologica. — O tuberculo não é especifico.

Pathologia externa. — Na algaliação d'um prostatico é preferivel uma algalia grossa.

Pathologia interna. — Como regimen alimentar, nas dilatações clinicas do estomago, prefiro o regimen secco.

Medicina operatoria. — Na dilatação de estomago com stenose, a unica operação que deve pôr-se em pratica é — a gastro-enterostomia.

Hygiene. — Ha ceremonias religiosas que podem ser o vehiculo da transmissão de infecções.

Partos. — E' prudente ter ao lado um forceps, todas as vezes que tenhamos de praticar uma versão.

Medicina legal. — Nas feridas por armas de fogo, o trajecto do projectil, a maior parte das vezes, só se reconhece pela autopsia.

Visto.

Azevedo Maia,
Presidente.

Pôde imprimir-se.

Mozaes Caldas,
Director.

ERRATAS

Pag.	Linha	Onde se lê	Deve lêr-se
Prologo	1	ao meu curso	no meu curso
"	2	suggeriu	surgiu
27	12	fumando	suando
28	1-2	cansado	cançado
"	25	ao doente	do doente
29	18	meio gastrico	succo gastrico
32	1	o frio de pés já não sentia	já não sentia o frio de pés
35	11	sentiu	sentisse
"	14	ainda assim	Ainda assim,
40	5	tinham	tinham-se
41	9	conserva	conservasse
46	16	eschochimia	eschochimia
"	20	"	"
50	3	stase ao	stenose do
52	25	hemorrhoides	hemorrhoidas
57	7	contractibilidade	contractilidade
"	30	"	"
75	18	"	"