

1211

1905

BREVE ESTUDO
SOBRE
A GASTRO-ENTEROSTOMIA
nas estenoses não cancerosas
do pyloro

123/9

Antonio Julio da Silva Dias

N.º 9

BREVE ESTUDO

SOBRE

A Gastro-Enterostomia

Nas ESTENOSES não CANCEROSAS do PYLORO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typ. a vapor do PORTO MEDICO
Praça da Batalha, 12-a

MCMV

12319 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO INTERINO

ALFREDO DE MAGALHÃES

Lentes Cathedratcos

- 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 Joaquim 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 Bellarmino do Rosario Frias.
- 10.ª Cadeira—Anatomia pathologica Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
- 11.ª Cadeira—Medicina legal Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.
- 12.ª Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Aguar.
- 13.ª Cadeira—Hygiene João Lopes da Silva Martins.
- 14.ª Cadeira—Histologia e physiologia geral 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 } Antonio Joaquim de Souza Junior.
 } Vaga.

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Vaga.

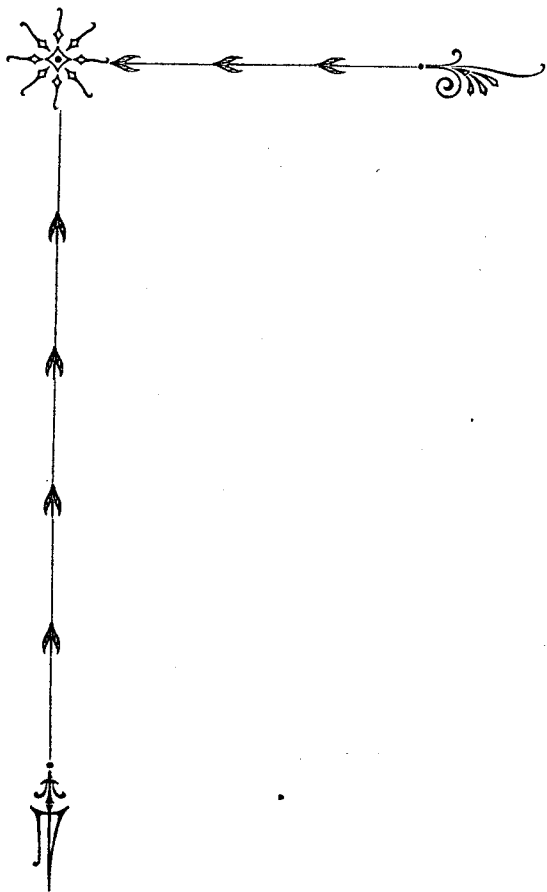
A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadadas nas proposições.

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

Ao meu dignissimo presidente

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. João Lopes da Silva Martins Junior



A elaboração de uma prova escripta sobre qualquer assumpto medico ou cirurgico constitue sempre um trabalho complexo e difficil em consequencia do grande estudo preparatorio que exige, o qual para ser consciencioso e proficuo tem de ser exercido sobre uma consideravel massa de conhecimentos geraes de cuja coordenação systematica deve resultar uma boa orientação do criterio que ha de presidir ao estudo do assumpto na sua especialidade. Constitue consequentemente um trabalho que requer muito estudo, muita disponibilidade de tempo e muita ponderação.

No ultimo anno de um curso medico, em que todo o tempo é pouco para a coordenação dos conhecimentos adquiridos nos annos anteriores e para a pratica das clinicas hospitalares, a prescripção legal que obriga os alumnos á apresentação de um trabalho escripto para a consecução da carta

do curso, não pode racionalmente exigir que esse trabalho reuna, tanto sob o ponto de vista da essência como sob o da forma, qualidades de profundesa e de perfeição, porque ellas são evidentemente incompatíveis com a exiguidade do tempo que as lides escolares deixam livre. A prescrição referida deverá naturalmente considerar-se satisfeita com um estudo simples e despretencioso, feito nas condições de trabalho excessivo e de tempo precario a que estão sujeitos os alumnos no ultimo anno da sua frequencia escolar.

N'esta ordem de ideias e confiado em que a benevolencia dos illustrados professores que teem de apreciar este meu modesto trabalho me relevará as imperfeições e deficiencias que n'elle certamente se encontrarão, deliberei-me a elaboral-o, apresentando-o na primeira epocha, por me ser necessario assim proceder.

*

A escolha do assumpto tratado n'esta dissertação foi-me suggerida pelo excellente resultado obtido por uma gastro-enterostomia praticada pelo illustre professor Ex.^{mo} Snr. Azevedo Maia n'um doente, de quem fui assistente, portador de uma estenose pylorica de origem cicatricial.

A gastro-enterostomia consiste no estabelecimento de uma comunicação artificial entre o estomago e o intestino para permittir a passagem do conteudo estomachal.

Entre as varias indicações d'esta operação figuram no primeiro plano as estenoses pyloricas ou duodenaes.

I—HISTORIA

Ha quasi vinte e quatro annos que a gastro-enterostomia é praticada.

Depois da primeira tentativa de **Wölffler** em 1881, esta operação foi-se espalhando e aperfeiçoando pouco a pouco, a ponto de ser hoje inquestionavelmente a mais commum e a maior parte das vezes a mais innocente de todas as intervenções gastricas.

Em 1896, já **Haberkant** attingia n'uma estatistica um numero de 298 gastro-enterostomias publicadas; dois annos depois apparece este numero elevado a 550 n'outra estatistica de **Chlumsky**. Hoje já ninguem se dá ao trabalho de contar estas intervenções chirurgicas, não se publicando a maior parte dellas por ser de uso frequente a sua applicação.

Com a diffusão rapida d'esta intervenção tem coincido uma consideravel diminuição da sua mortalidade operatoria e das suas complicações.

Desde o seu inicio até á actualidade tem a gastro-enterostomia passado pelas seguintes phases successivas :

a) No primeiro periodo (1881-87) começou a empregar-se em seguida ás resecções gastricas, mas a principio foi muito mal succedida, conduzindo a resultados tão funestos como os que até então se tinham obtido com aquellas intervenções, do que lhe resultou incorrer n'uma reprovação quasi geral.

b) A partir de 1887, a gastro-enterostomia, tendo recebido successivos aperfeiçoamentos na sua technica, começa a conduzir a resultados mais animadores do que os obtidos anteriormente nas estenoses pyloricas, generalizando-se o seu emprego apesar da defeza adduzida por **Guinard** para demonstrar a superioridade relativa da pylorrectomia e das resecções gastricas.

c) Nos ultimos tempos a gastro-enterostomia tende a alargar a sua esphera de applicação, sahindo muitas vezes do quadro das estenoses pyloricas, em que anteriormente tinha exclusiva intervenção.

Assim **Küsster** e **Doyen** apresentam bons resultados obtidos com a gastro-enterostomia nas hematemeses graves da ulcera, em varios casos de deslocação do estomago e como operação complementar nos casos de perfuração gastrica. A sua applicação tem sido tambem feita com bom exito em casos graves de hyperchloridria e em alguns de doença de **Reichmann** bem como nos de dyspepsias rebeldes.

Finalmente, seguindo a opinião de **Doyen**, póde-se tomar como norma que o emprego da gastro-enterostomia é util sempre nas affecções não cancerosas do estomago e do duodeno.

Parecendo-dos que este modesto esboço historico condensa o que ha de mais interessante sobre o emprego da gastro-enterostomia, damol-o por terminado, deixando para outro logar as estatisticas globaes elaboradas em differentes epochas para verificar o emprego crescente e a proficuidade desta notavel intervenção.

II—GENERALIDADES

A estenose pylorica é um syndroma que acompanha varias affecções gastricas.

Entre estas predominam a doença de **Reichmann** e a gastrosuccorreia.

Schreiber é de parecer que a doença de **Reichmann** não constitue uma doença autonoma e considera-a apenas como uma complicação¹ necessaria da ectasia gastrica, demonstrando que normalmente a secreção gastrica é continua, comquanto seja pouco abundante, e que a hyper-secreção é consequencia da estase, cessando aquella logo que esta desaparece.

Hayem é tambem de opinião que os casos descriptos sob a denominação de doença de **Reichmann** não são mais que estenoses incompletas, pyloricas ou infra-pyloricas, affirmando que em todos os doentes em que

•

constatou o syndroma de **Reichmann** encontrou sempre, nos que morreram um obstaculo ao nivel do pyloro ou na sua visinhança immediata, e nos que sobreviveram á gastro-enterostomia pôde reconhecer durante o curso da operação diversos obstaculos á passagem dos alimentos do estomago para o intestino.

«É consequentemente impossivel, conclue **Hayem**, distinguir a pretensa doença de **Reichmann** da estenose incompleta do pyloro, porque todos os signaes attribuidos á primeira, comprehendendo a gastrosucorreia, são precisamente os da segunda.» ⁽¹⁾

N'uma outra publicação **Hayem** sustenta que o syndroma de **Reichmann** «não é effeito de uma hypersecreção continua e que em todos os casos se verifica apenas a existencia de um liquido de retenção com residuos digestivos em suspensão, sem que a sua composição seja uniforme, por isso que varia com a constituição anatomica e com a physiologia do systema glandular ⁽²⁾».

Robin, n'uma discussão effectuada na academia de Medicina de Paris (sessões de 18 e 25 de maio de 1897), mostra-se de acordo com **Hayem** referindo a gastrosucorreia a um obstaculo pylorico ou infrapylorico, divergindo todavia d'esse auctor, que admite apenas

(1) Bull. Acad. Méd. 1 et 25 de mai de 1897.

(2) Gazette des hopitaux, 20 de mai de 1897, fls. 582.

a existencia de obstaculos mecanicos, em os classificar na maior parte dos casos como obstaculos funcçionaes, espasmos, e em considerar as hypersecreções como phenomenos primitivos a que sobreveem secundariamente os espasmos.

Mais recentemente **Soupault** ⁽¹⁾ sustentou na Sociedade de Therapeutica a coexistencia das gastrosuccorreias e das ulceras nas proximidades do pyloro, attribuindo as primeiras ás segundas e documentando a justificação das suas conclusões com um grande numero de observações operatorias e necropsicas.

Sem pretender por em duvida as afirmações de **Soupault** não podemos deixar de dizer que ha casos, como o da nossa observação II, em que a investigação methodica da ulcera dá resultados negativos e que estes casos não são raros porque encontramos outros relatados em differentes auctores que consultamos.

Faltando-nos a competencia para emittir parecer sobre um assumpto tão controverso como aquelle que acabamos de tratar, diremos com **Degorce**: ⁽²⁾ «Sem tomar parte na questão em litigio consideraremos a maior parte das gastrosuccorreias, ligadas a ulceras parapyloricas, deixando tambem logar para as gastrosuccorreias sem ulceras».

(1) Soupault, Bull. gen. de Therap. de 23 novembre de 1901.

(2) Degorce — Indications et resultats de la gastro-enterostomie dans la gastrosuccorée.

III—INDICAÇÕES OPERATORIAS

Os doentes portadores da estenose pylorica apresentam-se-nos ordinariamente depois de terem esgotado todos os meios medicos. Queixam-se de dores que apparecem algum tempo depois da ingestão dos alimentos e que só abrandam depois de os terem vomitado.

A repetição dos vomitos accentua a desnutrição, operando-se consequentemente um emmagrecimento progressivo e chegando muitas vezes a acontecer não poderem os doentes fazer a ingestão dos alimentos, o que além de constituir um grande mal pelo depauperamento do organismo e pela depressão moral que produz, contribue para o augmento da estenose.

É n'estas condições que se justifica a intervenção cirurgica, que deve na maior parte dos casos ser precedida de injecções de estrichinina, cafeina, sôro physio-

logico, etc., applicadas na vespera da operação para levantar as forças dos doentes enfraquecidos pelo sofrimento e pela insufficiencia da alimentação.

A noção orientadora da indicação operatoria é a de *pylorismo* (Soupault).

O *syndromo pylorico* ⁽¹⁾ indica d'uma maneira precisa tanto a existencia de uma perturbação funcional do pyloro (espasmo) como uma lesão d'este orificio (ulcera ou estenose).

«Os seus caracteres principaes são a apparição de dores muito localisadas que sobreveem um certo tempo depois da ingestão dos alimentos. As duas ou tres primeiras horas da digestão passam-se em geral sem accidente notavel, mas logo em seguida apparecem dores cuja intensidade varia com a quantidade de alimentos ingeridos, com o gráu de desenvolvimento da doença e com o nervosismo dos doentes, attenuando-se só depois d'estes terem vomitado os alimentos ingeridos.»

Deve determinar-se com o rigor possivel o intervallo de tempo decorrido entre as refeições e o momento em que apparecem os symptomas dolorosos, comquanto este intervallo seja variavel dentro de certos limites. Em alguns individuos a dor é tanto mais tardia quanto maior fôr a quantidade dos elementos inge-

(1) **Soupault.** Pathogenie et traitement de la gastro-sucorrée. Bull. gen. de therap. 23 de novembre de 1904.

ridos: assim apparece-lhes uma a duas horas depois do almoço e duas a quatro depois do jantar. Em outros, principalmente depois de uma longa crise, as dores manifestam-se duma maneira subintrante por causa da irritação do estomago. Mas mesmo n'este caso nota-se uma exacerbação tres ou quatro horas depois do jantar.

IV—SIGNIFICAÇÃO DO SYNDROMA PYLORICO

O syndroma pylorico é, segundo **Hartmann** e **Sou-pault**, o indício de um obstaculo material ou funcçional existente ao nivel do pyloro.

Este obstaculo pôde ser

a) mecanico e permanente, sendo produzido por uma causa intrinseca, tal como o cancro, a ulcera, ou mesmo, segundo alguns auctores, o endurecimento simples do pyloro;

b) da mesma natureza do antecedente, mas produzido por uma causa extrinseca (tumor dos órgãos vizinhos, bridas de peritonite e perigastrite a maior parte das vezes consecutiva á ulcera);

c) um simples espasmo do pyloro.

A existencia d'este espasmo tem originado varias discussões.

Hayem, comquanto o não negue, é de parecer que elle não póde provocar uma retenção sufficiente para se manifestar de manhã, em jejum.

«Não póde, diz elle, haver uma contracção permanente; semelhante estado do esphincter produziria nma retenção de marcha aguda. A evolução lenta e com intermittencias da doença apenas póde permitir que se invoque a ideia de uma estenose incompleta, um espasmo intermittente. ⁽¹⁾»

Ha casos em que um esphincter em estado de contracção reflexa pode não determinar uma obliteração absoluta do orificio que elle cerca, podendo por isso sem custo admittir-se que ao nivel do pyloro se passa algum phenomeno analogo á contracção do esphincter no orificio anal.

Ora estando o esphincter constantemente em estado de defeza e contraindo-se repetidas vezes á menor irritação, é claro que nos intervallos d'essas contracções os alimentos podem passar, embora essa passagem se effectue com muito custo e dolorosamente.

Admittindo-se um espasmo intermittente, **Hayem**

(1) **Hayem** Press. med. 24 de novembre de 1897, fis. 32.

oppõe-lhe esta nova objecção: «não se explica o motivo porque desde o momento em que cessa o espasmo o estomago se não esvasia completamente».

Mas ha muitas observações de doentes com pylorismo nítido em que a evacuação se faz completamente muitas vezes, e **Soupault** refere muitas observações de alguns que teem soffrido de estreitamento pylorico sem estase alimentar. Estes casos podem explicar-se admitindo a hypothese d'uma estenose incompleta, complicada de espasmo intermitente.

A realidade do espasmo foi provada no curso de intervenções e por constatações necropsicas negativas nos casos em que havia symptomas de estenose em vida.

Em 61 operados, **Doyen** encontrou 46 que não pareciam ter estenose extrinseca nem intrinseca e apresentavam todos uma contracção espasmodica do esphincter durante a operação.

Linossier apresenta-nos um exemplo notavel de espasmo do pyloro. ⁽¹⁾ N'um doente que soffria de cancro do estomago, tinha-se, pela palpação auxiliada da insuflação, localizado o tumor na face posterior do estomago e suppunha-se, por causa da consideravel retenção, que o pyloro havia sido interessado. **Jaboulay**, a quem o doente tinha sido confiado pelo professor Boudet, com o fim de praticar uma gastro-entero-anas-

(1) Semaine médicale, 1898, fls 66.

tomose, julgou, depois da laparotomia, inutil toda a intervenção e limitou-se a praticar o catheterismo digital do pyloro atravez da parede do estomago. Esta simples operação foi sufficiente para restabelecer o curso normal das materias, durante cerca de um mez, reaparecendo depois a retenção. A contracção pylorica podia mesmo sentir-se atravez da parede abdominal pela palpação, segundo afirma Bouvert.

Baseando-nos nos factos que deixamos relatados e na opinião de varios auctores, admittimos que o espasmo do pyloro pode existir só, pelo menos no começo da gastrosuccorreia, e que havendo estenose material incompleta, pylorica ou juxtapylorica, o espasmo vem completar a constricção desempenhando um papel de muita importancia na pathogenia d'esta affecção.

V--VALOR DO SYNDROMA PYLORICO

Concordando com a opinião de **Soupault** e com a de **Degorce**, entendemos que o syndroma pylorico tem um grande valor como indicação operatoria, por isso que indica sempre um obstaculo que é preciso tornear e a maior parte das vezes uma lesão que deve ser subtrahida ao contacto irritante das substancias alimentares. Alem d'isto, a experiencia tem demonstrado que a gastro-enterostomia applicada aos doentes que apresentam aquelle syndroma dá sempre bons resultados therapeuticos.

Hayem, na sua communicação ⁽¹⁾ sobre as estenoses incompletas, pyloricas ou infrapyloricas, com as quaes relaciona as gastrosuccorreias, emite o parecer de que

(1) Gaz. des hop. 20 mai 1897.

não deve haver grande pressa na intervenção cirurgica, porquanto «nos casos em que a estenose é de origem ulcerosa, manifestam-se muitas vezes melhoras progressivas que ao fim de algum tempo equivalem quasi a uma cura. A ulcera, ao nivel ou na visinhança do pyloro, enquanto está aberta, produz um obstaculo pronunciado e signaes inquietantes de estenose; mas depois de cicatrizada, esses signaes desaparecem de todo ou attenuam-se a ponto de permittirem uma larga alimentação».

Na opinião de outros auctores o criterio da intervenção cirurgica deve subordinar-se principalmente ás circumstancias economicas dos doentes; se elles tiverem os meios sufficientes para se tratarem, sem que da demora do tratamento lhes advenha prejuizo material com que não possam, não deve haver pressa na intervenção; se, pelo contrario, viverem do seu trabalho e com elle sustentarem as suas familias devem ser operados o mais depressa possivel, porque não podendo nestas condições seguir um tratamento medico que é bastante demorado e sendo-lhes impossivel observar um regimen rigoroso, soffrerão durante muito tempo, se não forem operados, ficando sujeitos pela má qualidade da alimentação e pela insufficiencia do tratamento ás graves complicações da ulcera do estomago.

VI—RESULTADOS

CONSEQUENCIAS OPERATORIAS

O aperfeiçoamento progressivo da technica da gastro-enterostomia tem feito, como já dissemos, baixar consideravelmente a mortalidade d'esta intervenção. As estatisticas seguintes reunidas por **Pinatelle** ⁽¹⁾ provam exhuberantemente a veracidade d'este asserto.

«As primeiras estatisticas davam uma mortalidade consideravel:

Em 1886	66 0/0	Saltzmann
» 1893	53 0/0	Wilhelm
» 1896	42 0/0	Haberkant

(1) **Louis Pinatelle**. Applications de la gastro-enterostomie en dehors des stenoses anatomiques du pylore. Paris, 1903.

Em seguida publicaram-se outras que davam as seguintes percentagens:

Em 1894	24 ‰		Doyen
» 1896	27 ‰		Mikulier
» 1897	32 ‰		Czerny
» 1898	24 ‰		Carle e Fantino

A estatística global reunida por **Chlumsky** em 1898, dá 550 casos com 212 mortes, ou seja $38\frac{1}{2}\%$ (sendo 65 ‰ até 1885; 47 ‰ de 1885 a 1890 e 34 ‰ desde 1890).

A de **Mayo Robson**, em 1901, dá em 1978 gastro-enterostomias praticadas, 36 ‰ de mortalidade global.

Mas esta mortalidade geral é pouco instructiva, por isso que, como judiciosamente o faz notar **Guinard** na sua these, a maior parte das vezes a gastro-enterostomia é applicada como intervenção de urgencia, não se recusando mesmo aos moribundos, o que sobrecarrega assim o acto operatorio de uma mortalidade extrinseca que não lhe é directamente afferente. Fazendo-se nas estatisticas as deducções dos casos de estenoses cancerosas, obtem-se os resultados seguintes muito mais rigorosos e favoraveis:

Uma nova estatística de **Chlumsky** dá:

De 1897 a 1899, só 78 casos, dos quaes:

55 cancro	com uma mortalidade de	36 %
23 affecções benignas	com uma mortalidade de	4,35 %

Czerny (*Beitr. f. Klin. Chir.*, 1899, 30, 1).

47 cancro	mortalidade.	38 %
15 outros casos	mortalidade	11 %

Et Carle (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1897).

24 cancro	mortalidade.	37,5 %
27 casos diversos	mortalidade	7 %

Mais recentemente nas affecções não cancerosas, **Hartmann** só teve 4 mortes em 27 casos; **Ferrier** 1 em 19; **Pantaloni** 0 em 25; **W. Mayo** 1 em 15; **Petersen** 59 successos consecutivos; **Kaiser**, de Berlim, 15 successos consecutivos.»

As estatisticas que deixamos expostas demonstram que a gastro-enterostomia, que a principio era uma intervenção muito grave por causa da incerteza dos resultados a que conduzia, tem actualmente muito pouca gravidade, o que é devido aos progressos da sua technica. Para os cancro ainda é bastante elevada a percentagem da mortalidade, mas para as outras affe-

ções é muito fraca, inferior a 3 0/0, e é provavel que dentro em pouco seja praticamente nulla; todavia é incontestavel que a gastro-enterostomia ha-de ser sempre uma operação que requer muita habilidade e muito cuidado da parte do operador e que deve ser effectuada só quando se impuzer por indicações formaes.

VII—FUNCCIONAMENTO DO NOVO ORIFICIO GASTRO-INTESTINAL

A anastomose gastro-intestinal permite quasi constantemente a passagem de uma certa quantidade de liquidos duodenaes (bilis e suco pancreatico) que refluem no estomago.

Hartmann e Soupault, em 20 observações, só uma unica vez deixaram de notar o refluxo da bilis no estomago.

Os doentes apresentam muitas vezes, principalmente pela manhã em jejum, vomitos biliosos que subsistem durante alguns mezes depois da operação, mas que por fim desaparecem sem comprometter o melhoramento da saude.

Um artigo recente da *Revue de Chirurgie*, feito por **Tavel**, liga uma grande importancia ao refluxo da

bilis e especialmente ao do suco pancreatico no estomago, pretendendo tirar de diversas experiencias, principalmente das feitas na Allemanha, a conclusão de que é nociva a influencia do refluxo dos liquidos duodenaes. Para corroborar esta conclusão cita a observação de um medico que soffreu quatro operações successivas para o tratamento do um refluxo rebelde depois de uma gastro-enterostomia praticada por **Sick**, de Hamburgo, sendo os accidentes attribuidos principalmente ao suco pancreatico. D'esta conclusão tira o corollario de que nenhum dos processos simples de gastro-enterostomia (processos de **Wölffler**, **Von Hacker**, **Curvoisier**, **Brenner**) isenta do refluxo e propõe-se preconsisar a gastro-enterostomia em Y, que, diz elle: «restabelece com uma perfeição verdadeiramente ideal as circulações alimentares, biliar e pancreatica».

Na opinião de outros auctores, **Tavel** exagera demasiadamente o perigo de um refluxo moderado da bilis e do suco pancreatico no estomago, porque são muito raros os casos analogos aos que elle refere e a maior parte das vezes o refluxo desaparece pouco a pouco e só, por excepção, adquire importancia capital quando se associa a vomitos incoerciveis, porque então é symptomatico do *circulus vitiosus*.

Pelo que respeita á gastro-enterostomia em Y para obviar ao refluxo, **Degorce** é de opinião que este processo cõmplica inutilmente a operação, por isso que a

maior parte dos cirurgiões francezes tem praticado a gastro-enterostomia posterior de **Von Hacker** com bom exito, tornando-se consequentemente desnecessário applicar um novo processo cuja execução é mais demorada.

Para assegurar melhor o perfeito funcionamento do orificio gastro-intestinal, os professores **Ferrier** e **Hartmann** suspendem a ansa intestinal ao estomago n'uma grande superficie e estabelecem a anastomose só na parte direita da superficie de encostamento, de maneira que os liquidos estomacaeos cahem na porção efférente da ansa que fica por baixo da anastomose sem tenderem a subir no ramo efférente.

Soupault chega mesmo a considerar vantajosa a presença da bilis no estomago por neutralisar com a sua alcalinidade natural o suco gastrico.

Além d'isso, **Léon Meunier** constatou em todos os casos de gastro-enterostomia, que seguiu durante muito tempo, a diminuição progressiva e muitas vezes mesmo, ao fim de um certo tempo, a desaparição da bilis no estomago.

A hypothese de que esta diminuição de bilis póde ser attribuida a um retrahimento da anastomose gastro-intestinal parece-nos que deve ser posta de parte, por que elle não se produzirá decerto se a approximação das mucosas fôr bem feita, e é evidente que não pode dar-se retrahimento onde não houver tecido cicatricial.

No seu livro sobre cirurgia gastro-intestinal, **Hartmann** publica o desenho macroscopico e o corte microscopico d'uma gastro-enterostomia feita cinco mezes antes, sem tecido cicatricial e sem retrahimento.

Um consideravel numero de trabalhos accumulados sobre o assumpto permittem demonstrar que o novo pyloro resulta *continente*.

Esta continencia verifica-se pela insuflação do estomago feita em seguida á gastro-enterostomia. Este facto foi notado por **Hartmann** e **Soupault** e verificado por **Léon Meunier** em todos os doentes que elle examinou. **Terrier** e **Hartmann** citam apenas duas excepções a esta regra, ás quaes reúnem um caso de **M. Devic**.

Sobre a continencia do neopyloro diz **Pinatelle**: ⁽¹⁾
«A demora dos alimentos no estomago não soffre diminuição, excepto para **Carle** e **Fantino**; do mesmo modo a estase em jejum só desaparece muito lentamente, nas estenoses antigas, pelo melhoramento progressivo da mobilidade estomachal. O estomago gastro-enterostomizado não é como o tonel das Danaides, como o imaginavam os primeiros cirurgiões e como o receiam alguns medicos actuaes. Nós só uma unica vez encontramos o estomago vazio depois de uma refeição de prova; foi no decimo quinto dia d'uma gastro-enteros-

(1) **Louis Pinatelle** — obra citada, fls. 18.

tomia posterior por meio de botão, devendo este estar no seu lugar, porque só foi expulso alguns dias depois.»

Assim admittimos, com os auctores precitados, as conclusões de **Bourget**, de **Lausanne**, no 12.º Congresso Internacional de Paris, em 1900, que referindo-se á acção da gastro-enterostomia (nas estenoses pyloricas) se exprimiram assim: «O funcionamento anterior do estomago é consideravelmente modificado. A evacuação do conteudo estomachal está assegurada, faz-se normalmente e *rithmicamente*, como se fosse regulada por um pyloro normal. A duração do trabalho da digestão no operado (depois da cura do traumatismo cirurgico) é a mesma que no individuo normal. O estomago retoma *pouco a pouco* o seu volume e a sua situação normal.»

VIII — FUNÇÕES MOTRIZES DO ESTOMAGO

Para o estudo d'estas funcções torna-se necessario investigar os dois seguintes pnotos:

- 1.º Se ha persistencia na estase gastrica;
- 2.º Quaes são as proporções em que se modificam as dimensões do estomago.

Quanto ao primeiro ponto a maior parte dos auctores admitte e as observações comprovam a existencia quasi regular de um certo grau de persistencia de estase gastrica. Com effeito nas lavagens estomachaes feitas em jejum ou algumas horas depois das refeições verifica-se sempre a presença de residuos alimentares. Mas sobre a duração da estase é que não ha accordo, por isso que ao passo que alguns auctores, entre outros **Mintz**, admittem que ella desaparece progressivamente, **Soupault** affirma a sua persistencia indefinida.

Pelo que respeita ás modificações introduzidas pela gastro-enterostomia nas dimensões do estomago, todos os auctores são concordes em que este órgão soffre uma retracção progressiva, mas a concordancia não vae alem d'este facto que tem sido observado constantemente, porque tratando-se de determinar o grau e a duração d'essa retracção encontram-se grandes variações nos resultados obtidos; assim a retracção do estomago pode ser mais ou menos completa e mais ou menos rapida sem se poderem precisar as proporções das modificações por ella exercidas.

IX — MODIFICAÇÕES DO CHIMISMO GASTRICO

Admittindo a persistencia de um certo grau de estase, o facto d'ella diminuir n'uma proporção notavel conduz-nos á previsão de modificações no chimismo gastrico, principalmente admittindo tambem a theoria estabelecida por **Hayem** de que a hyperchloridria é a consequencia e não a causa da estase alimentar.

Soupault, sem deixar de reconhecer a importancia d'este factor na producção hyperchloridrica, é de opinião que esta não deve ser attribuida exclusivamente á retenção das materias alimentares, porque tem observado em muitos casos de estenoses pyloricas um hypertrophiamiento anatomico e funccional das glandulas pepticas que explica a persistencia da hyperchloridria depois da operação.

O que está constatado, segundo **Degorce**, é que a maior parte das vezes as hyperchloridrias post-operatorias diminuem podendo attingir a hypopepsia pronunciada.

Esta diminuição do acido chloridrico sobrevem com mais ou menos rapidez e varia de intensidade de caso para caso; é muito pronunciada em alguns doentes e pouco n'outros, havendo mesmo casos de persistencia hyperchloridrica.

A quantidade de bilis que reflue no estomago tem uma grande importancia sob o ponto de vista do chimismo gastrico; quando ella é consideravel, observam-se phenomenos de hypopepsia.

Para a apreciação dos resultados deve ter-se em conta o tempo que a secreção do suco gastrico demora a apparecer. Qualquer que seja a causa da estenose e o typo chimico, **Soupault** notou sempre nos seus doentes que o liquido extrahido uma hora depois da refeição de **Edwald** continha menos acido chloridrico do que o extrahido uma e meia hora depois, sendo muitas vezes consideravel a differença das percentagens da acidez dos liquidos extrahidos.

X—RESULTADOS IMEDIATOS

Os resultados que começam a manifestar-se em seguida á gastro-enterostomia são: a cessação da constipação e das dores que os doentes teem antes de ser operados, a normalisação da urina e o melhoramento progressivo do estado geral.

Com effeito todas as observações effectuadas levam á conclusão de que a gastro-enterostomia faz cessar a constipação persistente que caracteriza a dyspepsia estenosica, substituindo-a por uma notavel regularisação das funcções intestinaes; dando-se até algumas vezes o caso de ser a constipação substituida por diarreia, o que tem bastante gravidade.

Sob o ponto de vista das urinas, nota-se tambem que as modificações, tanto da sua qualidade como da

sua densidade, que se dão nos dyspepticos, tendem a desaparecer pouco a pouco, chegando a urina a readquirir os caracteres normaes, quando não ha lesão nos rins.

Esta normalisação da urina, pela desaparição da hypoazoturia, tanto se observa nas estenoses benignas como nas cancerosas.

Um outro resultado importante, que se obtem com a gastro-enterostomia, é a cessação das dores nos operados, quando elles apresentam nitidamente o syndroma pylorico. Todas as observações confirmam isto, e se, em alguns casos, os doentes não teem sentido allivio nas dores que sentiam antes da operação, é porque não apresentavam o syndroma referido, sendo por isso as dores provenientes d'outra causa.

A desaparição das dores coincide com um notavel melhoramento do estado geral dos doentes, manifestado pela diminuição do emmagrecimento e pelo consequente augmento do peso. As melhoras chegam a ponto de permittir que os doentes exerçam a sua actividade como a exerciam antes da operação. **Degorce** cita até um caso typico de um doente que pôde tornar a dedicar-se a penosos trabalhos de agricultura, sujeitando-se á alimentação ordinaria dos cultivadores, apesar de ter soffrido durante vinte annos antes de ser operado.

XI—RESULTADOS TARDIOS

Pouco se tem escripto sobre os resultados da gastro-enterostomia e é evidente que nos é impossivel contribuir para o estudo do assumpto com outros elementos que não sejam os adquiridos nos auctores que d'elle teem tratado; por isso apresentaremos aqui resumidamente as considerações seguintes extrahidas do livro já citado de **Pinatelle**, *Applications de la gastro-enterostomie en dehors des stenoses anatomiques du pylore*.

Ha tres pontos a estudar sobre resultados tardios:

a) Quanto ao intestino, a frequencia das ulceras pepticas do jejuno.

b) Pelo que respeita ao neo-pyloro, a duração da sua permeabilidade e do seu funcionamento normal.

c) Acerca do estomago, a evolução das lesões gastricas tratadas pela gastro-enterostomia.

1.º *Ulceras pepticas do jejuno*—Treze casos publicados na Allemanha:

Brann, 1 caso (*Verhandlung d. Deutsch. Ges. f. Chir.*, 1899); 11 mezes depois, terminado por perfuração (*In Rev. de Chir.*, 1899).

Kausch, 2 casos. *Ibid.*, 1899 e 1900.

Körte, 1 caso. *Ibid.*, 1900, 3 annos depois.

Steinthal, 1 caso. *Ibid.*, 1900.

Hadra, 1 caso. *Ibid.*, 1900.

Kacker, 1 caso, passado um anno, excisão e cura (31.º Congresso da Soc. all. de Cir., 1902).

Heidenhain, 1 caso, intervenção.

Krœnlein, 1 caso, passados 4 annos.

Hahn, 3 casos.

Não foi possivel saber se estes casos são secundarios a gastro-enterostomias feitas para o tratamento de ulceras ou para o de qualquer outra affecção. Tambem ignoramos qual foi o processo empregado.

2.º *Duração da permeabilidade e funcionamento ulterior do neopyloro*. Na maior parte das observações necropsicas feitas passados muitos annos sobre a intervenção (algumas passados dez annos, como o caso **Bowremann Jessett** e muitos outros), tem-se notado a

persistencia da permeabilidade no novo orifício gastro-intestinal; os casos em que se tem tornado necessaria uma nova intervenção, estão a maior parte das vezes intimamente relacionados com operações motivadas por cancro, com invasão neoplazica do orifício creado.

É certo que tem havido casos em que a retracção cicatricial simples tem affectado e algumas vezes obliterado o néopyloro, tendo-se attribuido as causas d'isso, quer á exiguidade das dimensões dadas a este orifício, quer ao emprego de tal ou qual processo operatorio (suturas ou botão, por exemplo), o que tem motivado discussões sobre a technica.

Investigações interessantes de **Kelling** permittiram-lhe ver fecharem-se com frequencia néopyloros abertos experimentalmente em cães; todavia este auctor, analysando o facto sob um novo aspecto, attribue a obliteração expontanea menos ao processo operatorio e ás dimensões dadas ao orifício, do que ao funcionamento ulterior do pyloro normal. Na sua opinião, que seguimos, pelas razões que antecedentemente expozemos, só poderá haver tendencia para a obliteração do orifício gastro-intestinal quando o pyloro normal estiver ou se tornar permeavel; fora d'este caso, ou por outra, quando a estenose fôr verdadeira, essa tendencia nunca se manifestará.

A maior possibilidade da obturação dos neopyloros praticados quando não ha estenoses do pyloro, não

constitue inconveniente de gravidade, podendo até dar-se o caso de ser sufficiente uma anastomose provisoria para a therapeutica das ulceras, como se dá nas cystites dolorosas, com a cystostomia temporaria.

3.º *Evolução das lesões gastricas* tratadas pela gastro-enterostomia. Um estudo completo d'esta evolução exigiria um desenvolvimento incompativel com a natureza e objecto d'esta dissertação, por isso limitar-nos-hemos a enumerar as lesões em que a gastro-enterostomia tem dado bons resultados, por produzir consideraveis melhoras nos portadores d'essas lesões e muitas vezes mesmo por terem resultado d'ella curas confirmadas. Essas lesões são as seguintes:

a) Nas dyspepsias: hyperchloridria e doença de **Reichmann**.

b) Na gastrosuccorreia, que comprehende (**Linossier**): ⁽¹⁾

1) Gastrosuccoreia primitiva, sem estenose pylorica;

2) Primitiva, com estenose pylorica espasmodica consecutiva;

3) Com ulcera e estenose pylorica cicatricial consecutiva;

(1) Linossier. Semaine méd. 1898.

4) Com retenção consecutiva a uma estenose pylorica.

c) Nos accidentes agudos gastricos: hemorragias e perfurações.

d) Nas lesões chronicas do estomago em evolução: ulcera e incidentemente cancro não estenosantes.

e) Nas lesões mecanicas do estomago (extra-pyloricas): estomago bilocular, adherencias, dilatações e ptose.

XII—DESCRIÇÃO DOS DIVERSOS PROCESSOS DE ANASTOMOSE DO ESTOMAGO COM O INTESTINO

A anastomose do intestino com o estomago pode fazer-se na sua face anterior ou na face posterior.

No primeiro caso a gastro-enterostomia denomina-se *anterior*, no segundo *posterior*.

A gastro-enterostomia anterior pode ser *ante-colica* ou *retro-colica* conforme a ansa intestinal anastomosada passa por deante ou por traz do colon.

A gastro-enterostomia posterior pode tambem ser *transmesocolica* e *transepiploica* e *transmesocolica*.

No primeiro caso, depois de ter levantado o colon transverso e o seu meso, faz-se n'este um orificio atravez do qual se pratica a anastomose; no segundo caso, faz-se a anastomose depois de ter procurado e feito passar a ansa intestinal atravez de um orificio praticado

no epiploon gastrocolico e depois atravez de um segundo orificio feito no meso-colon.

Podemos pois dividir os processos de gastro-enterostomia em:

Gastro-enterostomia anterior	$\left\{ \begin{array}{l} \text{antecolica} \\ \text{retrocolica} \end{array} \right.$
Gastro-enterostomia posterior	$\left\{ \begin{array}{l} \text{transmesocolica (von Hacker)} \\ \text{transepiploica e transmesocolica (Curvoisier)} \end{array} \right.$

GASTRO-ENTEROSTOMIA ANTERIOR

Gastro-enterostomia anterior antecolica — Foi o processo primitivamente empregado por **Wölfler**.

Wölfler anastomosava uma ansa do intestino delgado á face anterior do estomago, de tal modo que a corrente alimentar no intestino fosse a mesma que no estomago; isto é conservava a ansa afferente á esquerda e a ansa efferente á direita. A incisão intestinal era feita na face opposta á incisão mesenterica e a incisão estomacal cerca de um centimetro por cima da inserção do epiploon gastrocolico á grande curvatura.

Esta operação não deu grandes resultados, porque dava origem a complicações graves e frequentes, taes como: a compressão produzida pelo colon, as curvaturas bruscas, observadas ao nivel do orificio anastomo-

tico devidas ao peso do colon e epiploon, exercido sobre a ansa anastomosada, etc.

Diversas modificações foram feitas na technica operatoria, tendentes a fazer desaparecer estas complicações, mas quasi todas de resultados muito discutiveis, por isso esta operação só terá hoje a recommendal-a o seu valor historico.

Gastro-enterostomia anterior retrocolica.—Esta operação foi feita pela primeira vez por Brenner, em 1892, da seguinte maneira: depois de encontrada a ansa intestinal a anastomosar, procura-se no mesocolon transverso e epiploon gastro-colico encostados uma porção em que sejam quasi desprovidos de vasos e fixam-se os dois folhetos peritoneaes por um plano de sutura, de modo a fechar a cavidade posterior dos epiploons. Em seguida faz-se uma incisão longitudinal e paralela aos vasos na area circumscripta pelo plano de sutura e pela fenda assim formada passa a ansa intestinal a anastomosar.

Este processo operatorio apresenta sobre o antecedente a vantagem da anastomose poder ser feita com uma ansa intestinal mais proxima do duodeno, e a da impossibilidade de compressão colica.

GASTRO-ENTEROSTOMIA POSTERIOR

Processo de Curvoisier.—Para approximar do estomago a ansa intestinal a anastomosar, **Curvoisier** perfura

o grande epiploon e o mesocolon transverso. Este processo operatorio foi a breve trecho abandonado pela impossibilidade de fazer uma sutura em boas condições de solidez.

Processo de Von Hacker. — Este processo consiste em, depois de ter levantado o estomago, o epiploon e o colon transverso, fazer no mesocolon uma incisão parallela aos vasos que permita attingir a face posterior do estomago; atravez da abertura feita no mesocolon o estomago é repuxado e suturado aos bordos da incisão. Feito isto approxima-se a ansa jejunal mais proxima do duodeno e fazem-se duas incisões, uma no estomago sendo conservada fechada pelos dedos de um ajudante, outra no intestino que igualmente se conserva fechada por dois pontos de sutura passados atravez do mesentereo, e em seguida reúnem-se as aberturas por um duplo plano de suturas seromusculosas e mucosas.

Dos differentes processos operatorios summariamente descriptos parecem-nos preferiveis os de **Wölfler** e o de **Von Hacker**. O de **Wölfler**, pelos seus inconvenientes já citados, ficará reservado para os unicos casos em que a parede posterior do estomago fôr inacessivel ou cancerosa.

Sempre que o estado do doente nos permita prolongar a operação mais dez a doze minutos, devemos praticar a gastro-enterostomia em Y.

Esta modificação na technica da gastro-enterostomia foi proposta, mas não executada, por **Wölfler** para a gastro-enterostomia anterior. Eis a maneira habitual de proceder:

Feita a incisão mediana na parede abdominal, produzem-se dois dedos atravez da incisão feita para levantar o epiploon e o colon transverso até poder attingir o pyloro e, pela palpação e inspecção, verificar o seu estado.

Verificada a natureza e grau da estenose pylorica, tira-se o colon para fora até distender levemente o seu meso, voltando-os para o thorax do doente devidamente envolvidos por compressas quentes. Passa-se immediatamente a ir procurar do lado esquerdo da columna a primeira ansa jejunal fixa pelo musculo de **Treitz**, inclinando para a direita o mesocolon com uma arcada arterial de primeira grandeza sem perder uma gotta de sangue, e deixando o colon vae procurar-se e traz-se para o exterior a bolsa prepylorica que se colloca junto á ansa jejunal fóra do abdomen.

O jejuno, sobre o qual se collocaram dois clampos, depois de esvasiado o espaço intermediario, é secionado entre duas pinças de **Kocher** a 30 ou 40 centimetros do musculo de **Treitz**, em um ponto em que elle attinja a maior largura possivel, estendendo-se a incisão até á primeira bifurcação arterial.

A extremidade superior é envolvida n'uma com-

pressa e inclinada para a esquerda, a extremidade inferior approximada da grande curvatura, procedendo-se em seguida: 1.º, a uma sutura sero-serosa a um centimetro da grande curvatura; a sutura é continua a seda e com agulha vulgar de costureira, sendo conveniente, ao fim de tres ou quatro pontos, passal-a na ansa do fio para dar mais segurança á sutura. 2.º, incisão a bisturi, da sero muscular intestinal e estomacal a 0,cm5 da sutura, e em seguida sutura sero-muscular continua como anteriormente. 3.º, incisão da mucosa estomacal, seguida da introdução d'uma pequena compressa, se houver algum conteúdo estomacal; no caso em que o não haja, elevação simples da abertura; secção do topo inferior do jejuno por traz da pinça de **Kocker**, ⁽¹⁾ praticando em seguida a sutura mucu mucosa (começando do lado do operador), a toda a volta do orificio creado, n'um só tempo, com os cuidados descriptos para a primeira sutura. ⁽²⁾ 4.º, sutura sero-muscular anterior. 5.º, sutura sero-serosa anterior, deixando em seguida escorregar o estomago pelo orificio aberto no mesocolou, fixando-o aos bordos d'este por 4 a 5 pontos da linha de suturas.

(1) É conveniente conservar a mucosa ectropionada porque ella facilita a consolidação do plano de sutura mucu mucosa.

(2) N'esta altura da operação é conveniente ter o maximo cuidado com a anesthesia afim de evitar tosse e vomitos que podiam provocar uma inundação do conteúdo gastrico.

Antes de fazer a anastomose jejuno, jejunal é necessario collocar um clampo perto do novo pyloro, sobre a ansa inferior. Presa esta ansa, a vinte ou trinta centimetros do estomago, aproxima-se-lhe o topo superior do jejuno, implantando-o perpendicularmente, como se fez para o estomago. Incisão parallelá ao eixo do intestino, sendo conveniente deixar a mucosa ectropionada.

A anastomose jejuno-jejunal faz-se exactamente como a precedente. Se a incisão na ansa efferente é feita na convexidade, a hemorragia é quasi insignificante, dispensando qualquer laqueação. Deve fazer-se esta communicação de dimensões taes que permita a passagem da bilis e de alguns alimentos que tenham conseguido passar o pyloro, afim de evitar vomitos que se produziriam se essa passagem fosse difficultosa.

Terminadas as duas anastomoses, fixamos por um pequeno numero de pontos de catgut os bordos da incisão mesenterica, afim de evitar a introduccão d'uma ansa intestinal nos orificios praticados durante a operação.

Levantando em seguida os bordos da incisão abdominal, deixam-se cahir naturalmente os órgãos que tinham sido tirados para fóra durante a operação.

Para terminar a operação pratica-se sobre a parede abdominal, ou uma sutura unica a crina, ou então uma sutura em tres planos, o inferior a catgut, o medio a seda e o superior a crina.

XIII—CUIDADOS CONSECUTIVOS

O doente, em geral muito enfraquecido, necessita de injecções subcutaneas de soro physiologico, cafeina, ether, etc.

Logo que acorde pode, se tiver sede, beber immediatamente e sem inconveniente algum.

Os vomitos da anesthesia que se tornam por vezes persistentes, como acontece em outras operações, devem suspender-se apenas façamos uma lavagem ao estomago do doente.

Logo que os vomitos cessem **Roux** (Lausanne) preconisa a alimentação precoce, não só para evitar que os operados morram de inanição como para restabelecer a circulação no tubo digestivo; por este processo consegue-se que os doentes nas duas primeiras semanas

consecutivas á operação augmentem de peso alguns kilogrammas.

Da mesma forma, diz o auctor citado: «se não surgirem complicações, não ha inconveniente algum em permittir que o doente se levante um pouco da cama para obstar mesmo a phenomenos de hypostase pulmonar que sobreveem muitas vezes depois da operação.»

Nos casos em que a anastomose é feita com o auxilio do botão de **Murphy**, os doentes devem estar a dieta liquida durante sete dias, que é o tempo provavel para a queda do botão.

CONCLUSÕES

A gastrc-enterostomia, em virtude dos progressos constantes da sua technica, tornou-se uma das intervenções mais benignas e mais espalhadas da cirurgia gastrica; a sua mortalidade operatoria tem decrescido progressivamente, podendo hoje, sem contar as intervenções nos casos das affecções cancerosas, considerar-se inferior a 3 %.

A peritonite, as diarrheias e o *circulus vitiosus*, outr'ora considerados como accidentes frequentissimos, são hoje excepçionaes; por consequencia desde que o tratamento medico bem conduzido não dê resultados satisfactorios, somos de opinião que se deve intervir cirurgicamente o mais depressa possivel por isso que o doente nada tem a lucrar com a demora.

O funcionamento ulterior do tubo digestivo faz-se com bastante normalidade; o pyloro néo-formado embora seja pouco resistente e *mesmo* docil é sempre continente.

O refluxo de liquidos duodenaes para o estomago não apresenta gravidade alguma desde que a operação tenha sido feita em boas condições.

Os melhores resultados immediatos da gastro-estereostomia são inquestionavelmente a cessação das dôres, o melhoramento rapido do estado geral, e a recuperação progressiva do peso dos individuos anteriormente á doença.

Os resultados tardios, comquanto não estejam ainda sufficientemente determinados, comprehendem frequencia e processos de curas definitivas de ulceras, duração da permeabilidade e funcionamento ulterior do pyloro néo-formado, ulceras pepticas do jejuno, etc.

Finalmente, é incontestavel que nas estenoses anatomicas do pyloro, seja qual fôr a sua natureza (ulcerosa, cancerosa, espasmodica, etc.) a gastro-enterostomia tem as suas maiores applicações.

OBSERVAÇÕES

I

(PESSOAL)

J. R., natural de Braga, residente no Porto, de 40 annos de idade, solteiro, pelliqueiro; entrou para o hospital (enfermaria n.º 3 sala de clinica medica) no dia 17 de setembro de 1904.

Historia.—Diz que ha cerca de dois annos foi atacado de grandes dores no estomago estendendo-se até á região umbilical, seguidas de repetidos vomitos de um liquido esverdeado.

Como essas dores e vomitos se repetissem durante dias consecutivos veio á consulta hospitalar onde lhe prescreveram uma poção que lhe abrandou um pouco as dores, sem comtudo lh'as fazer desaparecer por completo.

*

Em novembro de 1903 entrou pela primeira vez para o hospital, estando vinte e tres dias a ser tratado com lavagens do estomago diarias e cachets de bicarbonato de soda; não melhorou nada, pois diz parecer-lhe que as dores passaram a ser mais frequentes.

Em março de 1904 teve uma abundante hematemese, e melaena durante os dois dias que se lhe seguiram; passados oito dias, teve nova hematemese que o forçou a vir immediatamente para o hospital onde esteve até junho. Quando sahiu do hospital tinha melhorado bastante porque as dores e os vomitos não appareceram durante o mez de junho.

Em meiado de julho voltaram as dores e os vomitos e passados alguns dias o doente cahiu prostrado na rua com uma abundante hematemese; sendo trazido para o hospital ahi se conservou até agosto.

No dia 17 de setembro voltou a entrar para o hospital em virtude do subito aggravamento do seu estado, teve nova hematemese, e as dores passaram a ser quasi permanentes.

Estado actual.—O doente apresenta-se-nos por tal forma emmagrecido que quasi tem o aspecto d'um cachetico, com o facies caracteristico dos individuos que tiveram graves hemorrhagias e com a decadencia organica consecutiva á reposição constante dos alimentos ingeridos.

A dôr não era bem localisada, no emtanto parece affectar principalmente a região epigastrica acompanhando-se de dores vertebraes lombares, umbilicaes, e em cintura.

Ultimamente tem tido crises dolorosas tão intensas que não permittem que lhe toquem na parede abdominal.

Á palpação podia notar-se pela manhã o ruido de vascolejo.

Havia melaena e o liquido da lavagem do estomago havia pequenos coagulos sanguineos.

O doente estava sujeito a regimen lacteo rigoroso mas o estomago muitas vezes nem pequenas porções de leite lhe consentia, pois que lhe provocavam immensas dores seguidas de vomitos.

Antecedentes hereditarios—N'este ponto a sua narração é pouco elucidativa: diz que os paes morreram de velhos e que uma tia materna padecia de intestinos.

Antecedentes pessoas—Nullos. Gosou sempre boa saude até ao apparecimento dos primeiros symptomas já descriptos. Antes da doença actual era nutrido e vigoroso.

*Diagnostic*o — Ulcera do estomago com estenose pylorica muito naturalmente de origem cicatricial.

Tratamento—O doente era alimentado apenas com leite alcalinizado, mas passados dias houve a convicção de que tal tratamento não lhe era proveitoso, pois que o estomago tinha tal irritabilidade que nem diminutas porções de leite alcalinizado lhe permittia; por isso foi resolvido dar alguns dias de repouso ao estomago sendo emtretanto o doente alimentado com clysteres peptonados.

Durante estes dias de repouso gastrico pude adquirir a convicção exacta de que este doente era portador de uma estenose pylorica, porque apesar de o doente não ter ingerido nenhum alimento, sempre que se prestasse á palpação notava-se-lhe distinctamente o vascolego.

Este regimen durou cerca de uma semana, finda a qual se voltou ao regimen lacteo já descripto.

O repouso dado ao estomago não conseguiu melhorar nada as suas condições de receptividade alimentar, as dôres e vomitos repetiam-se.

Perante o insuccesso do tratamento medico, foi proposta ao doente a intervenção cirurgica que elle recebeu muito bem pois dizia ser insustentavel o seu estado anterior.

A intervenção escolhida foi a gastro-enterostomia, mas o seu estado actual não era dos mais animadores de molde a permittir uma intervenção tão demorada, de forma que foi resolvido que o doente estivesse dois

dias n'um regimen preparatorio: injeccões de sôro physiologico, cafeina e sulfato de estrichinina.

A operação teve logar no dia 17 de novembro de 1904 sendo operador o ill.^{mo} e ex.^{mo} snr. prof. **Azevedo Maia** auxiliado pelos ex.^{mos} snrs. drs. **Forbes Costa**, **Veiga de Faria** e **Couto Soares**.

O acto operatorio bem que um pouco demorado, correu bem, não tendo havido complicações post operatorias.

Resultado — O doente a breve trecho recuperou o seu peso anterior, gosando actualmente boa saude, apresentando apenas uma ligeira eventração ao nivel da sutura.

II

Dr. Veiga e Souza

J. M. R., natural da Povoá de Varzim, de 49 annos de idade, casado pescador.

Entrou para o hospital (enfermaria n.º 3 sala de clinica medica) no dia 4 de setembro de 1904.

Historia — Diz que em Maio de 1904 teve uma febre typhoide de que foi tratado por um clinico da Povoá.

Passado cerca de um mez, estando ainda convalescente, comeu uma tarde peixe em mau estado, tendo passado algumas horas sentiu a lingua grossa e grande calor no estomago e alguma febre.

Voltou ao medico que lhe receitou quinino, do qual não tirou proveito algum.

Sentindo-se peor, voltou ao medico, que lhe prescreveu um purgante cujo effeito não foi grande.

Achando-se cada vez peor com ardôr e grandes dores no estomago, veio ao Porto consultar um clinico que depois de varias medicações, o aconselhou a entrar para o hospital, onde deu entrada no dia acima referido.

Estado actual—O doente queixa-se de oppressão no estomago e lado esquerdo do abdomen, ardencia, seccura de lingua, dôres fortes e frequentes acentuando-se principalmente de noite. Tem pyrosis e muito pouco appetite.

O estomago esvasia-se muito mal, observando-se em jejum ruido de vascojejo.

Não tem febre.

Tem perturbações nervosas frequentes (sobresaltos, arrefecimento subito, alterações na visão, etc.).

Antecedentes hereditarios—Pouco elucidativos. Já não tem pae nem mãe. O pae era muito saudavel e morreu com 80 annos e a mãe morreu com perto de setenta.

Não menciona na familia nenhuma pessoa debil ou com qualquer doença.

Antecedentes pessoais—Diz ter sido bastante saudavel, pois que apenas refere que teve ha perto de vinte

annos uma pneumonia não tornando a ter mais doença alguma além da actual.

Diagnosticó— Estenose pylorica consecutiva a gastrite.

Tratamento— Provada a pouca efficacia dos meios medicos foi resolvido que se fizesse uma gastro-enterostomia, que deu muito bons resultados pois que passado alguns dias já não havia estase nem alimentar nem de liquidos gastricos.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descripta — A membrana do tympano é mais prejudicial que util.

Histologia — A electividade dos córantes histologicos para os elementos cellulares é devida ás suas propriedades chimicas.

Anatomia topographica — A disposição dos planos aponevroticos no couro cabelludo explica a difficuldade da hemostase por compressão.

Physiologia — A integridade da membrana do tympano, não é indispensavel á audição.

Pathologia geral — Não ha infecções, ha intoxicações.

Anatomia pathologica — Ha suppurações amicrobianas.

Pathologia externa — Não ha derrame peritoneal sem peritonite.

Pathologia interna — Na ulcera do estomago prefiro o tratamento cirurgico.

Medicina operatoria — No tratamento do antraz prefiro a incisão em cruz com o thermocauterio.

Materia medica — No tratamento mercurial prefiro as injeccões ás fricções.

Obstetricia — A symphiseotomia é das mais proficuas intervenções obstetricas: é curativa e prophylatica.

Hygiene — Condemno o actual modelo de calçado no exercito.

Medicina legal — A presença de corpos estranhos nas ramificações bronchicas ou alveolos pulmonares mostra, nos casos de morte por submersão, que o individuo respirou na agua.

Visto,

O PRESIDENTE

Lopes Martins.

Póde Imprimir-se,

O DIRECTOR

Moraes Caldas.