

Dia 4 ás 10 1/2

Presid. Prof. Figueira

*Arg. Prof. (Sousa Bastos)
Rocha Garcia*

*Vogal Prof. (Luis de Lima)
Salazar*

HURICO FERREIRA ALVES

ULCUS GASTRICO E SUAS COMPLICAÇÕES

-DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA-

(NOTAS CLINICAS REFERENTES A 14 ULCERADOS DE ESTOMAGO)

*Com. Prof. 3º
Luis de Lima*

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA

A

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

190/8 FMP

Nº 147

OUTUBRO DE 1922

EURICO FERREIRA ALVES

ULCUS GASTRICO E SUAS COMPLICAÇÕES

-DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA-

(NOTAS CLINICAS REFERENTES A 14 ULCERADOS DE ESTOMAGO)

Observados na Enfermaria I Geral do
Hospital de Santo Antonio

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA

A

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

№ 147

OUTUBRO DE 1922

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director

Pro. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior

Secretario interino

Prof. Dr. Carlos Maria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINARIOS
Cadeiras

Anatomia Descritiva.....Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia.....Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia.....Vaga
Farmacologia.....Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia Geral.....Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patologica.....Dr. Antonio Joaquim de Sousa Junior
Bacteriologia e Parasitologia...Dr. Carlos Maria Moreira Ramalhão
Higiene e Epidemiologia.....Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
Medicina Legal.....Dr. Manoel Lourenço Gomes
Anatomia Cirurgica (Anatomia topog-
rafica e Medicina Sperateria..Vaga
Patologia Cirurgica.....Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica Cirurgica.....Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia Médica e clinica de mo-
lestias infecciosas.....Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica.....Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapeutica Geral e Hidrologia...Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica Obstetrica.....Vaga.
Historia de Medicina e DeontologiaDr. Maxciano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifiligrafia.....Dr. Luis de Freitas Viegas
Psiquiatria e Psiquiatria ForenseDr. Antonio de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria.....Dr. Antonio de Almeida Garrett
Professor com licença ilimitada..Dr. José de Oliveira Lima

A FACULDADE NÃO RESPONDE PELAS DOUTRINAS EXPENDIDAS NA DISSER-
TAÇÃO (ARTO 15º § 2º DO REGULAMENTO PRIVATIVO DA FACULDADE DE MEDICI-
NA DO PORTO, DE 3 DE JANEIRO DE 1920).

Advertencia

As seguintes notas clinicas resultam do estudo de 14 ulcerados gastri-
cos, seguidos parsi passu na enfermaria I-Geral do Hospital de S. Anto-
nio. Ao lado destes casos que constituem o ponto de partida originário
dêstes apontamentos, outros nos prepassam pela memoria os quais foram
objeto de observação escolar, quer na enfermaria de Clinica Médica de
Snr. Prof. Tiago de Almeida, seja na de Clinica Cirurgica de Snr. Prof.
Teixeira Bastos. Não é, por certo, a originalidade do tema que afirma o
seu particular interesse, antes a observação immediata dos seus diferen-
tes aspectos clinicos, em parte colhidos na auto-observação de "candidat
a l'ulcus"

Valoriza ainda este trabalho, a constatação dos resultados da interven-
ção cirurgica, praticada pelo Ex^o Snr. Dr. Couto Nobre, Encarregado do
Curso de Medicina Operatória desta Faculdade. A este distinto cirurgião,
sempre mestre e igualmente amigo, compete agradecer a gentileza de nos
franquear a sua enfermaria e confiar valiosas indicações.

Ao illustre Prof. Dr. Tiago de Almeida grato nos é reconhecer a honra
conferida presidindo a esta obscura dissertação.

ULCERAS GASTRICAS
(Generalidades)

Hayem e Lion (1) apontam varias categorias de ulceras gastricas:

- Ulcerações das gastrites agudas (toxicas etc.), sub-agudas e cronicas
- Ulcera simples
- Ulceras especificas (tuberculose, sífilis, etc)
- Ulcerações neoplasicas
- Ulceras externas.

É a ulcera simples que nos prederá a atenção e da qual examinaremos os diferentes sintomas, aspectos clinicos, as suas complicações e a sua te rapeutica médica e cirurgica. Convem de entrada acentuar que entre ulce rações e ulcus uma diferença primacial se estabelece e que nos é dada pe la definição anatomo-clinica de Harvier: "Ulcus est une ulceration qui tend vers la chronicité et qui se caractérise cliniquement par des crises douloureuses successives, séparées par des rémissions" (2).

As ulcerações são, dum modo geral, superficiais e temporárias e tem, como mostra a classificação de Harvier e Lion, etiologias variadas. A estas preferir-nos-hemos ao de leve, no decorrer deste estudo e é ao ul cus de Cruveilhier que ligamos estes apontamentos.

88

(1)-Hayem et Lion-Maladies de l'Estomac (Col. Gilbert et Theinot)

(2)-Carnot, Harvier, Mathieu-Les ulcères digestifs. Paris, 1922

Na esfera da anatomia patologica todas as descrições são concordes e delas colheremos unicamente os tipos fundamentais capazes de alterar o quadro clinico ou modificar a orientação terapeutica.

Na sua fase aguda a ulcera é constituída por bordos delgados talhados a pique e, neste periodo, a lesão incide especialmente sobre a mucosa que é destruida. As camadas subjacentes participam, embora mais de leve na constituição da ulcera. Ordinariamente, variam de 1 a 6 centimetros de diametro e quando pequenas curam sem que a cicatriz tenha importancia. Na ulcera cronica, inveterada, os bordos são formados por um bordalete espesso, de base dura, aspecto cianótico no lardaceo. O processo inflamatório acepтуando-se dá ao ulcus o aspecto caloso e pela destruição das diferentes camadas do estomago conduz à formação de adherencias aos orgãos vizinhos e a outras lesões extra-gastricas. O diametro destas ulceras oscila entre 3 a 12 centimetros e à insacção reconhecem-se, quando cicatrizadas, pela formação de cicatrizes estreladas (I). Sob o ponto de vista etiopatogénico, multiphas são as teorias que pretendem explicar a formação do ulcus; teorias vasculares, teorias quimicas, nervosas, infecciosas etc;

(I)-cf. Ziegler-Anatomie Pathologique

ligando-se umas a alterações vasculares (embolias, infarctus), outras a modificações químicas (auto-digestão por hipercloridria), outras a desordens nervosas (frequencia da ulcera nos Pevro-patas), etc.

Todas elas acentam num fundo de verdade originário da observação ou da experimentação, mas não são absolutas, e que leva autores, entre os quais Robin (1), a formularem uma interpretação eclectica da patogenia da ulcera gastrica.

A dôr, os vomitos, as gastrorragias, as modificações quantitativas do succo gastrico são os sintomas principais do quadro clinico dum ulcerado que permiten, reunidos à observação radioscópica e ao exame dos produtos colhidos por sondagem, a afirmação do diagnostico. A dôr, espontanea e exagerada pela pressão, manifesta-se e mais das vezes ao nivel do cavado epigastrico ou do apendice xifoide. Lancinante, assemelha-se algumas vezes a uma sensação de queimadura intensa repercutindo-se para o dorso (ponto dorso-lombar) e região lombar. Sob o ponto de vista da sua aparição pode ser tardia ou semi-tardia e não vale por agora detalhar o seu va

(1)-cf. Robin-Les maladies de l'Estomac

lor semiologico e que faremos ao tratar das diferentes localizações do ulcus. O exame dos produtos obtidos por sondagem ou expulsos pelo vomito é de subido valor na apreciação das alterações do quimismo estomacal. É ao laboratório que vamos buscar as noções para avaliar das suas modificações (acido clorídrico livre, etc.).

Para investigar as desordens funcionais do quimismo gastrico é de uso estabelecer-se uma refeição de prova como, por exemplo, a de Loeser e de Béchamp. Todas elas procuram aproximar-se do tipo de alimentação normal. A destes ultimos autores é constituída por albumina de ovo coagulada (40 gramas), glicose (20 grs.) amido cozido diluido (10 grs.) e agua pura (250 grs.). Na enfermaria de clinica médica usa-se habitualmente uma refeição de prova constituída por 250 grs. de chá e 50 grs. de pão (refeição de Ewald). Após prévia sondagem e lavagem com agua fervida o que permite verificar se ha ou não estase gastrica, é ministrada a refeição de prova. Três quartos de hora após a ingestão desta refeição, extrai-se o liquido e filtra-se. Faremos consecutivamente a investigação da acidez com o papel azul de tornesol, que se aquela existe se torna vermelho. O acido clorídrico livre pesquisa-se com o papel vermelho do Congo que toma a côr azul e com o reagente de Gunzbourg. Numa capsula de porcelana depositam-se 5 gotas deste ultimo reagente e parte

igual de suco gastrico. Depois do aquecimento a existencia de acido cloridrico livre é-nos indicada pela aparição duma intensa coloração vermelha. A hipercloridria é de regra na ulcera gastrica.

A hematose é o sintoma revelador da existencia do ulcus. Não é a grande hematose que nos referimos, pois esta constitue uma complicação do ulcus antes que um elemento do seu quadro sintomatico. As pequenas hemorragias, ocultas o mais das vezes, tem um grande valor diagnostico e mesmo prognostico. Sob o ponto de vista de diagnostico afirmam a existencia da ulcera e instituido o tratamento indicam-nos se o ulcus tende para a cicatrizaçõ. Devemos pesquisa-las sistematicamente quer nos produtos extraidos por sondagem quer nas fezes. Os reagentes de Weber e de Meyer são os mais usados para esta pesquisa. Ha uma causa de erro, que convem eliminar, e vem a ser a existencia de hemorragias gengivais, faringicas ou hemorroidarias.

No tocante ao exame radioscopico e ao valor da sondagem, minuciosamente, na parte especial esmiuçaremos o seu estudo.

Antes de entrar no capitulo especial de ulcus gastrico faremos rapidamente o esquma de diagnostico diferencial. As crises dolorosas do ul

cerado podem, no primeiro exame, confundir-se com as crises dos indivi-
duos de hiperexcitabilidade gástrica e hipercrinia glandular, aquelas a
quem Carnot chama "candidat à l'ulcus". (I)

É impressionante de verdade o quadro que este eminente gastrologista
faz destas doentes: ".....hyperchlorydriques, souvent héréditaires ou
familiaux, qui, à la puberté, ont des crises, gastralgiques fréquentes,
à l'approche des repas notamment chez qui la moindre excitation rapide,
la faim, la vue d'aliments, l'épreuves du repas fictif provoquent des
brûlures d'estomac est une hypersécrétion gastrique pénibles, chez qui
les éactions, les soucis, en travail intellectuel prologé, une veille,
un excès génital déclanchent une phase de hypercrinie, génératrice de
douleurs et de crampes....."

".....Chez ces sujets, on ne trouve encore ni suintementx sanguin
dans les selles, ni résidus alimentaires le matin à jeun, ni phénomènes
radiologiques péremptoires. On doit cependant se méfier beaucoup de
l'avenir, guetter les moindres signes, les hémorragies occultes, notan-
ment aux périodes douloureuses: car ces sujets sont des pre-ulcéreux
que l'on peut efficacement protéger...."

Tal a descrição de Carnot que não havia auto-observação que pudesse,
nem ao de leve, tão bem pintar o caso pessoal de candidato à ulcera.

(I)-Carnot- Ob.cit.

E se ao lado deste quadro puzermos a sucessão por crises de gastralgia e um exame radioscopico suspeito, avisados andaremos em pensar que a espada de Damocles nos ameaça ou melhora o bisturi de cirurgia amigo..... Razão prque na introdução ser parte da sintomatologia muito nossa conhecida e não adquirida simplesmente na leitura de padres-mestres ou ouvida rezar por gastralgicos.

As crises gastralgicas destes dispepticos hiperestenicos não se produzem pela ingestão alimentar que, pelo contrario, as acalma. As dores da colica hepatica distinguem-se das do ulcus por a não sucessão em crises e não serem provocadas pela ingestão de alimentos. A descoloração das fezes e restantes sintomas das doenças de figado evitam a confusão.

As gastralgias tabeticas diferenciam-se pela existencia doutros sinais de Tabes e de antecedentes luéticos e o mesmo succede a gastrite sifilitica. A histeria -grande camaleão- pode, igualmente semelhar pelos vômitos os do ulcerado gastrico. O estudo dos antecedentes morbidos e do estado actual leva ao diagnostico exacto.

A gastrite ulcerosa que complica as doenças de rim, figado ou mesmo estados infecciosos é posta de lado pela ausencia de hipercloridria; o momento da aparição da gastralgia e a historia patologica do individuo permitem a eliminação da gastrite ulcerosa. A anorexia, os vomitos com acidos

de fermentação; a hipocloridria; o vomito côm de café; a magreza e caque-
 xia rápida, ao lado da côm peculiar dos cancerosos e da adenopatia servi-
 cal autorizam-nos a eliminar a hipótese de cancro. É claro que, e disso
 nos ocuparemos ulteriormente, o cancro é consecutivo, em grande numero, a
 ulcera simples, mas os elementos referidos permitem elimina-lo no momento
 actual. Ao estudarmos as complicações de ulcus referir-nos-hemos a can-
 cerização deste. A radioscopia é tambem um excelente auxiliar no diagnos-
 tico diferencial destes estados morbidos. Restava-nos agora falar no dia-
 gnosticodiferencial com a ulcera do duodeno. Fala-hemos ulteriormente.

Estabelecido o sindroma de ulcerado gastrico e os elementos de seu
 diagnostico diferencial, orientar-nos-hemos no sentido de verificar, pa-
 ra cada uma das multiplas localizações, a sintomatologia e feição clíni-
 ca peculiar. Dividiremos, com Harvier, as ulceras gastricas em ulce-
 ras tipicas e atipicas. As ulceras tipicas são as que nos fornecem uma
 sintomatologia bem definida e constante. As ulceras gastricas podem
 ser consideradas como sendo todas ulceras da pequena curvatura; o cardia
 sendo a sua extremidade mais superior e o piloro a mais inferior. Assim
 temos a ulcera juxta-cardiaca, a ulcera da parte média e a ulcera pilóri-
 ca.

ULCERAS JUXTA-CARDIACA

Pela sua situação anatómica esta localização traduz-se, clinicamente, por uma sintomatologia antes esofágica que propriamente gástrica. A disfagia, os vômitos e as dores epigástricas formam o seu tripé semiótico. Entre as úlceras desta região e as esofagites dum modo geral particularidade semióticas se apontam que permitem o diagnóstico diferencial. Os vômitos, por exemplo, não surgem, imediatamente após as refeições, ao contrário do que sucede com as doenças do esôfago. A disfagia é, algumas vezes, acompanhada de salivação abundante e de alterações na frequência do pulso. Ordinariamente o pulso é bradicárdico, resultado certamente, da participação do pneumogástrico nas aderências da úlcera. As dores localizadas no epigastro e irradiando para as espaldas, são violentas. Distinguem-se das dores da afecção do esôfago porque estas sucedem, imediatamente, a ingestão alimentar. A passagem dos alimentos no esôfago é dolorosa, consequência da contração espasmódica. Na úlcera juxta-cardíaca pode fazer-se um cateterismo esofágico sem obstáculos, o que não acontece nas esofagites. A radioscopia não fornece, de ordinário, elementos aproveitáveis. A anemia e o emagrecimento progressivos podem fazer-nos pen-

sar num cancro; a palpação epigastro afasta as suspeitas. Logo, em presença de um doente com a sintomatologia dum ulcerado e, sem sinais físicos, com disfagia e dores, sem regurgitações, exame radioscópico negativo e cateterismo franco, devemos pôr a hipótese de ulcus juxta-cardíaco.

Nos diferentes ulcerados que tivemos ocasião de estudar não vimos esta localização.

ULCUS DA PARTE MÉDIA DA PEQUENA CURVATURA

A ulcera da pequena curvatura, é de todas, a mais rica de sintomas, com sequencia logica das suas relações anatomicas. A coronária estomática, ramos do pneumogástrico e do plexus solar e o lobulo hepatico esquerdo são os órgãos mais importantes que avizinham a pequena curvatura. Como resultado destarriqueza de relações anatómicas vem, em certas condições, o prognostico grave desta localização. Assim é que, as ulceras de marcha aguda, progressiva, destruindo incessantemente, podem conduzir a uma hematemese fulminante por rotura daquela artéria. As crises dolorosas, extremamente violentas, tem como condição anatómica, como dissemos, intimas relações da pequena curvatura com ramos de vago e do plexus solar. Estas crises dolorosas, com as suas características particulares, são a melhor expressão clinica do ulcus desta região. Estas gastralgias, no dizer de Mathieu, são semi-tardias, surgindo duas a três horas após as re-

feições, adquirindo maior intensidade na linha média de epigastros e estendendo-se para o dorso. Sob o ponto de vista qualitativo aquelas têm a característica geral das dores ulcerosas, isto é, dores tranfixicas, apunhalantes. O momento da aparição e a sua intensidade, diferenciam estas gastralgias das da ulcera pilórica: a gastralgia pilórica é tardia, instala-se três a quatro horas após a ingestão e não atinge a intensidade da da pequena curvatura. O uso de alcalinos atenua-a; não sucede o mesmo no ulcus da pequena curvatura. As úlceras inveteradas desta região perdem esta periodicidade dolorosa; a gastralgia torna-se constante. Objectivamente, poucos sinais nos fornece o exame dum ulcerado desta região:

A palpação epigástrica nada significa de grande valia; colhido o conteúdo estomacal, em jejum, verifica-se que não ha retenção alimentar. A hipercloridria é permanente. Deve inquirir-se, laboratorialmente, da existência de pequenas hemorragias. Já atrás indicamos os processos analíticos de que dispomos para descobrir as pequenas hemorragias, quer no vomito, quer nas fezes. O exame radioscópico fornece os seguintes elementos:

O doente localisa a dor, nitidamente, na pequena curvatura; o ponto da grande curvatura simétrico do ponto doente da pequena, apresenta uma depressão, um entalhe, e espasmo. A pequena curvatura, à visão radioscópica, é rígida e deformada; a evacuação gástrica faz-se sem alterações.

No decorrer da nossa frequência na Enfermaria I Geral vimos um doente

portador duma ulcera da pequena curvatura, cujas medicações e observações, resumimos rapidamente: ^(Ob I) X Albano B. 46 anos, casado, alfaiate, natural de Viana do Castelo e ahi residente. Tabela nº 771, Op. nº 66.

Este doente vinha ha anos soffrendo do estomago, resumindo-se deste modo os seus padecimentos: Dôres gastricas apparecendo duas a três horas após a refeição; vomitos; enfartamento depois de qualquer ingestão. Ultimamente esforçava-se por vomitar para acalmar as dôres, tão intoleraveis elas eram. Tendo consultado o distinto gastro-enterologista portuense Sr. Dr. Pinto Leite, este aconselhou-lhe a operação immediata. Internado no Hospital de Santo Antonio, após exame clinico foi-lhe requisitado um exame radioscópico que mostrou uma dilatação gastrica consideravel, chegando o estomago até ao pubis; uma estenose pilórica; retenção da papa bigutada; as contracções musculares eram exaggeradas no nivel da região pilórica. Ao nivel da pequena curvatura parecia haver uma zona incontractil. Este doente foi operado a 27 de Fevereiro de 1922 pelo Sr. Dr. Couto Ribeiro. O exame do estomago confirmou a existencia dum aperto pilórico e grande dilatação de estomago bem como a de uma ulcera da pequena curvatura com adherencias recentes à face inferior do figado.

Feita a gastre-enterostomia posterior transmesocólica (processo de Moynihan) este doente melhorou, tendo saído a 4 de Março de 1922 com magnifico estado geral e sem dôres. Observações ultteriores confirmam que

se mantem os resultados da intervençao cirurgica. Um outro doente estudamos que era portador duma ulcera da pequena curvatura. Antonio C., de 30 anos, solt. trabalhador natural de Agueda. (Tab. nº 153 reg. nº 48). Este tinha durante anos sofrido dores violentas de estomago. Entrou a 14 de Agosto de 1932, tendo, anteriormente, experimentado o tratamento médico. Após exame radioscópico que confirmou a observação clinica foi operado, tendo-se verificado a existencia de placas cicatriciais nas paredes anterior e posterior do estomago e ao nivel da pequena curvatura. Foi igualmente gastroenterostomizado por via transmesocólica segundo o processo de Moynihan. (Ob II)

É a ulcera da pequena curvatura a causa mais frequente da estenose gástrica. Esta pode ser espasmódica, isto é, passageira ou de pequena duração, e resulta da contractura muscular circular do estomago, formando uma defesa inconsciente, reflexa, contra a mobilização do leroso do ponto ulcerado. É um fenomeno geral de defesa já alçapremada em lei: as lesões da mucosa levam a uma contracção espasmódica da muscular subjacente. Fenomeno analogo se passa nas lesões serosas. Ao contrario, porém, a inflamação da serosa conduz à parilisia. As ulceras antigas, mantendo um estado de irritação permanente, trazem, como consequencia, uma infiltração da tunica muscular e mucosa e quaxim, xaxim crisa dest'arte

estenoses definitivas. É esta contracção, espasmodica ou organizada, que nos explica o entalhe da grande curvatura fronteiro ao ponto ulcerado da pequena curvatura e a immobilisação desta. A estenose definitiva, organizada, traduz-se anatomicamente pelo estomago biloculado e cria, clinicamente uma sintomatologia propria, que se deduz com facilidade. No capitulo das complicações cuidaremos, detalhadamente, de seu estudo.

ULCUS PILÓRICO

A anatomia cirurgica da região pilórica é concebida de modo diverso pelos autores francezes e anglo-americanos. Estes ultimos entendem que toda a ulcera situada para a direita da veia pré-pilórica, a qual atravessa o piloro obliquamente, deve ser considerada uma ulcera duodenal. William Mayo aponta, deste modo, os detalhes anatómicos indispensaveis para a separação da região pilórica e da duodenal. "Le meilleur moyen d'identifier le pylore réside dans la disposition des vaisseaux qui est absolument frappante. Une veine à parois épaisses monte du bord inférieur du pylore sur sa face gastrique, jusqu'aux trois quarts de sa hauteur. Une veine semblable descend de la petite courbure et se rapproche plus ou moins de la précédente pouvant s'unir à elle". (1)

(1)-William Mayo-Contributions of surgery to a better understanding of gastric and duodenal ulcer. Annals of Surgery, 1907.cit. por Tuffier e Roux-Berger in Traité médico-cirurgical des maladies de l'Estomac et de l'oesophage, pg.373.

-Sob este ponto confira ainda Harvier-Carnot-Mathieu-Lesulcères digestifs, pg. 21-

-Idem-Forgue-Pathologie externe.

Os cirurgiões francezes atribuem a esta veia um valor simplesmente anatómico. Desta diversidade de entender resultam confusões de nomenclatura. Assim os autores americanos chamavam ulcera duodenal à que os francezes chamavam pilórica ou juxta-pilórica. Mathieu decidiu a questão e de tal modo que, presentemente, o ulcus duodenal dos autores americanos ou duodeno-pilórico de alguns autores francezes é considerado, clinicamente, como tendo uma sintomatologia pilórica (1). Em clínica, não é possível distinguir uma ulcera pré-pilórica da ultra-pilórica. Acerca disto assim escreve o autor acima citado: "quelque soit leur siège exact, tous les ulcus, qui avoisinent le pylore et troublent le fonctionnement de ce sphincter, ont une symptomatologie identique..."(2).

Toda a ulcera da região pilórica determina um certo grau de estenose do piloro. A razão fisio-patologica reside na lei, atrás mencionada, da influencia exercida pela mucosa irritada, sobre a musculosa. Harvier distingue, clinicamente, dois tipos de ulcera pilórica: o ulcus do piloro sem estenose clinicamente apreciavel; ulcus do piloro com estenose clinicamente apreciavel.

ULCUS DO PILORO SEM ESTENOSE

As dôres neste tipo clinico, partindo do epigastre e irradiando para o dorso, surgem três a cinco horas após a refeição. São dôres tranfixicas semelhantes às do ulcus da pequena curvatura

-(1) cf. Harvier- op. cit. -(2)-Idem-Idem.

semelhantes às do ulcus da pequena curvatura. O uso de alcalinos atenua esta dor, o que não sucede com a ulcera da parte média da pequena curvatura. A evolução anatomo-patologica condiciona a periodicidade da sua aparição: tardias na sua fase aguda inicial, tornam-se semi-tardias, à medida que o ulcus se invetera. Não ha vomitos, nem gargolejos, nem dilatação gastrica. No entanto, embora não dilatado, o estomago pode apresentar, em jejum gargolejo gastrico. À palpação nota-se que toda a região epigastrica é dolorosa. A sondagem e a radioscopia são o fulcro onde se apoia o diagnóstico. Pela sondagem em jejum, nalguns casos, recolhem-se 150 cc. de liquido, com poucos residuos alimentares. Deixando depositar o liquido recolhido ve-se uma porção deste sobrepor-se à outra e caracterisar-se pelo seu aspecto turvo. Investigando o acido clorídrico livre verifica-se a sua existencia. Por este exame nota-se uma hipersecreção abundante. Isto coincide com uma estenose pilórica espasmódica. O que predomina é a hipersecreção; a estase é minima. Noutros casos a quantidade de liquido retirada é menor. Não ha residuos alimentares. O liquido é uniformemente turvo. Reichmann considera este aspecto como sintomático da gastro-sucerreia. Mathieu e Hayem, entre outros, supõem-no, antes, sintomático duma estenose espasmodica ligeira, consequencia de ulcus pilórico ou juxta-pilórico.

Ao exame radioscópico o doente localisa uma dor ao nivel da região

pilórica. O estomago é alongado; o segmento pré-pilórico é dilatado. As contracções peristálticas são exageradas, nomeadamente na região antepilórica onde são energicas. A ~~evacuacão~~ evacuacão gástrica é retardada: 6 horas após a ingestão existem ainda residuos alimentares.

ULCERA PILÓRICA COM ESTENOSE

Neste tipo clinico podem verificar-se duas formas; numa o aperto pilórico instala-se lenta e progressivamente; noutra a estenose estabelece-se desde o inicio. Os vomitos traduzem um sintoma funcional importante. Irregulares a principio, exagera-se a sua frequencia à medida que a estenose progride. São vomitos negros, de cheiro rançoso e acompanhados de regurgitações. Os vomitos, a retenção gástrica, o gorgolejo em jejum, e as contracções peristálticas e anti-peristálticas assinalam a ulcera pilórica com estenose. Pela sondagem obtém-se um liquido infecto com residuos alimentares. No exame radioscopico constata-se os sintomas classicos da estenose pilórica: distensão, chacolejo em jejum etc.; as contracções peristálticas não conseguem evacuar o conteúdo gástrico. Logo após estas surgem ondas anti-peristálticas, defendendo reflexamente, a zona doente do contacto malefico dos alimentos. Ha endurecimento e contracção total do epigastro. "Le tubage gastrique et la radioscopie n'ont plus qu'une valeur confirmative et non révélatrice"(1). (1)-Harvier-Loce citate.

ULCUS PILÓRICO COM ESTENOSE INSTALADA DESDE PRINCÍPIO

Nesta forma as dores aparecem imediatamente depois da refeição e terminam por vômitos, espontâneos ou provocados pelo doente que põe, deste modo, termo às crises dolorosas. Pesquisado o ácido clorídrico livre nota-se que existe em grande quantidade. Não há dilatação gástrica. É agora oportuna referir o diagnóstico diferencial entre os ulcus gástricos e o duodenal, a que já fizemos referência no outro capítulo. Feito o estudo da úlcera da pequena curvatura e da ulcerapilórica, com mais facilidade e largueza podemos ressaltar o que há de mais importante entre o ulcus desta região e o ulcus duodenal. Vejamos os elementos de diagnóstico diferencial entre o ulcus do duodeno e o de piloro.

No ulcus duodenal as dores são ultra-tardias, aparecendo 4 a 5 horas após a refeição. Não tem a sede no epigastro e irradiam para a direita da linha média, não sendo acalmadas pelos alcalinos. A ingestão alimentar abranda a dor. Ao exame radioscópico vê-se um estenose pequeno, hipertônico, contrações gástricas exageradas e evacuação rápida.

É a úlcera de localização pilórica a mais frequente.

Na série de úlceras que examinamos a quasi totalidade é consti-

tuida por ulcerados desta região.

Apresentam todos os doentes, que a seguir citamos, o síndrome de ulcus pilórico, clinicamente apreciável, e de marcha lenta mas progressiva:

- Dôres em todo o epigastro, indicando o esforço de musculatura contra o obstáculo pilórico.
- Vômitos irregulares, consequência da estase gástrica.
- Síndrome radioscópica da estenose pilórica, com distensão, chacoalho, contrações peristálticas, etc.
- Sondagem colheita de líquido infecto com restos alimentares.

OBSERVAÇÃO III

Mancel P. B., 39 anos casado, trabalhador. Fez de Dours. Tab. 798.

Dôres epigástricas, vômitos, melena.

À radioscopia: Estômago dilatado e ptosado. Retenção completa 6 horas depois da ingestão da papa bismutada.

Com o tratamento médico das gastralgias, anti-sifilitico, não melhorou. As crises continuaram.

A 23/3/1922 foi operada tendo-lhe sido feita pelo Sr. Dr. Cou

te Nabre uma gastroenterostomia posterior transmesocólica pelo processo de Moynihan (op.72)

Observação IV

José P. B. d'A. 30 anos, empregado comercial, natural de Vila Real. (Tab. 837)

Entrou a 3/4/922 com idéntica historia clinica progressiva e actual. O exame radioscópico acusou uma enorme dilatação com retenção quasi total no fim de 7 horas, confirmando a ulcera pilórica com estenose.

Este doente foi operado a 14/4/922, tendo saído a 29/4/922.

Observação V

Joaquim F. 27 anos, casado, chapeleiro, de Famalicão. (Tab. 230)

Este doente entrou na enfermaria I-Geral a 9/8/922 tendo transitado da enfermaria 4. Foi nesta ultima enfermaria cuidadosamente estudado pelo Snr. Dr. Jorge Maia que lhe aconselhou a ope_

ração, dada a ineficácia do tratamento médico. A observação clínica de Sr. Dr. Azevedo Maia apurou a existência duma ulcera pilórica com estenose.

Ao exame radioscópico verificou-se uma estase gástrica bastante acentuada 5 horas após a refeição bismutada. Em seguida à refeição opaca notaram-se contracções energicas. Estomago dilatado e doloroso à pressão.

Foi operado a 20/8/92I e saiu a 14/9/92I.

A intervenção foi igualmente a gastrenterostomia posterior (proc. de Moynihan)

Observação VI

Germano F.A. 50 anos, casado, jornalista, de Meimenta da Beira.

(Tab. 159- Pg. 50)

Entrada a 18/8/92I.

Síndrome clinico e radioscópico da ulcera pilórica com aperte: vomitos de estase, dores sobre toda a região gástrica, etc.

Grande dilatação (estomago descende até junto do pubis), piloro

pouco permeavel, contracções energicas; estase bastante acentua

da 6 horas depois da refeição opaca.

Saiu a 14/9/921 tendo sido gastroenterostomizado e colhendo magníficos resultados da intervenção.

Observação VII

José D., 36 anos, solteiro, jornalista, de Ponte de Lima.

(Tab. 557 - Reg. II 3)

Internado em 21/12/921.

É mesmo síndrome clinica: ulcus gastrico com estenose pilorica.

O exame radioscópico (n.º 3.423) indicava uma permeabilidade diminuída e retenção após 7 horas da ingestão. Na exploração cirurgica do estomago notou-se uma tumefacção pilórica. No momento operatorio o estomago estava contraído e de paredes espessas. Foi gastroenterostomizado pelo processo de Moynihan (op. 47).

~~Observação VIII~~

Observação VIII

Antonio P.R. 37 anos, solteiro, sapateiro, de Vinhais.

Este doente refere sofrer do estomago há cerca de 14 anos. A principio sentia dores algumas horas após a refeição, acalmadas pelo vo-

mite que ele provocava. Dóres epigástricas intensas irradiando para o dorso. Obstipação rebelde.

XXXXXXXXXX

Ha cerca de 4 anos as crises dolorosas

ternaram-se mais frequentes. Entrou a 5/6/92I. Instituido o tratamento médico, Este doente saiu a 1/8/92I para o continuar.

A terapeutica e o regimen em nada modificaram os seus padecimentos.

Entrou de nova em Agosto deste ano. O exame radioscópico indicou estase total. A primeira intervenção cirurgica teve de ser interrompida por sincope cardiaca anestésica. Esta teve predromos que é curioso relatar:

Incisada a parede abdominal ressaltou imediatamente um facto interessante: ischemia total dos tecidos. 5 minutos depois o doente cai em sincope. A respiração artificial nada conseguiu. O operador Snr. Dr. Couto Nobre resolve fazer a massagem cardiaca trans-diafragmatica, colhendo excelentes e imediatos resultados.

Feita nova intervenção a exploração cirurgica do estomago mostrou uma ulcera da pequena tuberosidade com adherencias à face posterior do mesocolano transversa.

Este doente, igualmente gastro-enterostomizado continua no Hospital, tendo lucrado com a operação:

As dores desapareceram , o emagrecimento deixou de acentuar-se; as funções intestinais estão em via de regularização.

Outros doentes examinamos com úlceras pilóricas, acompanhadas de complicações, motivo porque relataremos a sua observação nos capítulos respectivos.

ÚLCERA DAS FACES

Para completar o capítulo de ulcus gastrice resta-nos falar nas úlceras das faces.

A sede da dor é o melhor sinal de diagnóstico destas localizações: no ulcus da face anterior a dor é mais intensa no cavado epigastro, onde existe um certo grau de hipersensibilidade, e é aumentada no decubito abdominal. O decubito dorsal atenua-a. Por vezes existe tumefacção da parede anterior.

Nas úlceras da parede posterior, as dores são, sobretudo, dorso-lombares e acalmadas pelo decubito abdominal.

As hemorragias são frequentes nesta localização.

Com esta sede observamos 2 doentes:

Observação IX

Raul P. 38 anos, casado, trolha, de Moimenta da Beira. (Tab. 929)

A exploração cirúrgica encontram-se placas cicatriciais da parede anterior. Havia uma irrigação intersticial notavelmente desenvolvida. Este doente foi operado a 5/5/922 e saiu a 20/5/922.

Por informações colhidas ulteriormente verifica-se que os resultados benéficos da operação parecem não querer persistir.

O doente ~~do~~ da ob. 2 (Antonio C.) tinha igualmente placas cicatriciais na parede anterior. O que, porém, ressaltava do exame clínico, era a sintomatologia de ulcerado da pequena curvatura.

ULCERAS GÁSTRICAS ATÍPICAS

Seb o nome de úlceras frustes, *ulcus dissimulad/o* (Loeper) ou "ulcères camouflés" como as designa Harvier, se indicam as úlceras situadas em pontos variáveis do estomago, fóra das regiões descritas.

Uma sintomatologia tão pobre as assinala que escapam ao exame clínico "même après un examen soigneux" (I).

Não ha dôres tardias, nem vomitos nem hematemeses. O doente é considerado um hiperclorídrico. Tem dôres 2 a 3 horas após a refeição.

(I) - Harvier - Op. Cit. pg. 29.

O uso dos alcalinos faz desaparecer estas gastralgias.

Ha náuseas, vômitos e regurgitações ácidas. A sondagem e a radioscopia são negativas. Noutros doentes ha ligeiras dôres, mas de horario muito irregular; outros ainda, tem regurgitações, anorexia, vertigens.

Como discernir no meio desta parca sintomatologia, uma ulcera gastrica ?

A evolução, o emagrecimento, e o insucesso do tratamento médico são os elementos onde se deve procurar a suspeita.

Já no inicio destes apontamentos indicamos a forma como Harvier define, clinicamente, a ulcera: "Crises douloureuses successives, separées par des rémissions".

Desde que instituido o tratamento médico e seguido o regimen apropriado as crises dolorosas surgem, com alternativas de remissão deve-se suspeitar desta gastrite.

Inquirir a existencia de hemorragias ocultas durante dias seguidos.

Estes doentes passam, muito vezes, por dispepticos, nevropatas, hipercloridricos, etc.

COMPLICAÇÕES DO ULCUS GÁSTRICO

As grandes hemorragias, as perfurações, os abscessos peri-gástricos, as estenoses, as peri-gastrites e a cancerização do ulcus são as complicações habituais da ulcera gástrica.

Podem estas surgir bruscamente e de repente da sua ~~max~~ aparição deve resultar a decisão terapeutica.

HEMATÉSES

Não é às pequenas hemorragias que nos vamos referir. Estas não obrigam a uma intervenção cirurgica imediata. Conduzem pouco a pouco, a um estado de anemia progressiva por ~~EXPOLIAÇÃO~~ ^{EXPOZIAÇÃO}

Tam, como já acentuamos, uma decidida importancia como elemento de diagnostico. ~~Atraz~~ Atraz indicamos os processos laboratoriais proprios para a inquirição desta hemorragias ocultas, e que é de alto valor como elemento de prognostico.

A grande hematmese é que constitue uma complicação de temer, nomeadamente, na ulcerax da pequena curvatura.

As violentas gastrorragias não são, contudo, sintomas infalveis de ulcera. Nas ulcerações agudas infecciosas, no sindroma

de hipertensão portal, nos esplenomegalicos, nos tabeticos podem

surgir hematemese, conduzindo, momentaneamente, a um erro de diagnóstico. Em presença duma gastrorragia violenta que orienta a terapêutica devemos seguir ?

As intervenções cirúrgicas são de resultados desastrosos, acusando as estatísticas dos diversos autores uma percentagem média de mortalidade de 63%. A terapêutica médica tem a seu favor uma taxa notavelmente menor, isto é, de 8%.

Por outro lado acontece que intervindo cirurgicamente numa hematemese, nem sempre é possível encontrar o vaso sangrante, e que em cirurgia não faz sentido.

Ante a afirmação das estatísticas opina-se hoje, dum modo geral, pelo tratamento médico. O repouso absoluto, a dieta total, são a base terapêutica da hematemese.

Como hemostáticos, adjuvantes da dieta e do repouso, varios são indicados? Carnot indica as injeções de soro gelatinado; os clisteres de agua quente, que produzem uma vaso-constricção reflexa, são preconizados por Tripier. Bourget dá preferencia às lavagens com ~~um~~ perclorato de ferro a 1%. A Xemetina, a hipoficina, etc. são igualmente indicadas.

Tivemos ocasião de ver um doente em que as hematemeses constituíam o sintoma predominante.

Observação X

Bernardo M., 31 anos, casado, jornalista, natural e residente em Felgueiras.

Este doente apresentava o quadro clinico de ulcerado gastrico, com hematemeses violentas. Instituido o tratamento medicamentoso, o repouso e a dieta, foi este doente, já reconstituído das suas gastrorragias, operado a ~~31/10/92I~~ 31/10/92I (Op.37), tendo saído a 12/11/92I.

A gastrenterostomia fruiu neste caso otimos resultados, mas depois do tratamento médico contra a hematemese e de refeito o doente da anemia consecutiva a esta.

PERFURAÇÕES

A perfuração gastrica é uma complicação da ulcera em evolução aguda. O seu diagnostico é, em geral, facil:

Dôr abdominal atroz, sem vomitos nem modificações de pulso e

temperatura, sem soluço e sem abaulamento do abdome. A defeza abdominal é evidente. Horas depois, os sinais da infecção peritoneal surgem, a peritonite instala-se.

É sobretudo a "brusquerie" da dôr, tão intensa, que Dieu lafoy a denomina "coup de poignard" peritoneal (1) que nos deve pôr de sobreaviso. A retracção abdominal é igualmente sintoma constante.

Entre as afecções que podem confundir-se com a peritonite consecutiva à perfuração, temos a pancreatite hemorragica (2) a ruptura da vesicula biliar.

(1) - Dieulafoy - Pathologie Interne.

(2) - De facto a dôr pancreatica é extremamente violenta. Assistimos ha tempos na Enfermaria I-Geral a entrada dum doente que dias antes tinha sido atingido por uma violenta dôr subita. Havia abaulamento da região epigastrica e o doente não referia nem emissão de gases nem de fezes. Perante esta symptomatologia foi posta a hipótese de oclusão intestinal das primeiras porções do intestino (duodeno ou jejuno). Dada a ausencia de mais sintomas convincentes, ao doente foi applicada umaterapeutica apropriada. O curso das fezes e gases restabeleceu-se e o doente afirmava sentir-se bem. Dias passados a dôr repetiu-se, violenta e ferez e pouco depois o doente fallecia. O "drama pancreatico de Dieulafoy" teve ahí o seu ultimo acto. Na autopsia feita a seguir o Snr. Dr. Couto Nobre verificou a existencia dum enorme hematoma abdominal envolvendo o pancreas e outros órgãos e constituido por coagulos estratificados. O pancreas apresentava-se aumentado de volume, duro ao corte e havia hemorragias intersticiais difusas.

É unanime o acordo entre os cirurgiões acerca da complicação:
 A intervenção cirurgica impõe-se e tão precoce quanto possível.
 Hesitação no diagnostico não deve protelar o momento de inter-
 vir. "On a surtout l'intuition clinique de la gravité de la
 situation et de la nécessité d'intervenir sans perdre une seconde"(I).
 É sabido é que operação feita nas 12 primeiras horas dá uma morta-
 lidade de 30%, enquanto que nas 12 a 24 horas seguintes a mortali-
 dade sobe a 70%. Instalada a peritonite a marcha é a de todas as
 infecções peritoneais e não nos referiremos em especial.
 Por a Enfermaria I- Geral passou igualmente um doente com uma pe-
 ritonite por perfuração.

Observação XI

Joaquim A.C. 49 anos, natural de Lisboa (Tab. 837 reg. 187)
 Entrou a 10/3/922 e da pequena historia que apuramos por um médi-
 co que conhecia o caso, soubemos que ha cerca de três semanas, ti-
 vera uma violenta dor abdominal. A perfuração gastrica fez-se e
 o doente entrou com a infecção peritoneal instalada. A laparotomia
 (Op. 70) e drenagem feitas no dia da entrada não obstaram, como se
 compreende, a que falecesse a 12/3/922.
 A autopsia encontrou-se uma peritonite generalizada consecutiva
 a perfuração de ulcera da pequena curvatura e um abscesso sub-freni-
 co.

(I)-Carnet-Op. cit. pg. 65

ABCESSOS PERI-GASTRICOS

O abcesso peri-gastrico é consecutivo à fissuração duma ulcera, após uma reacção inflamatória com adherencias. É portanto uma peritonite enquistada. Podem, bem entido, fazer-se abcessos em diferentes pontos da cavidade abdominal. A anatomia topografica do abdomen superiorⁿ tende nesta localisação. Esta tem, é claro tendencia a fazer-se na parte do estomago menos movel. Temos portanto duas ordens de abcessos perigastricos: aqueles que se fazem para cima do estomago (supra e sub-frenico) e os que se localizam abaixo do estomago (abcessos abdominais).

A dispneia, o soluço, a sensibilidade dolorosa dos pontos frenicos, a immobilisação do diafragma e pulmão correspondente constituem o sindroma frenico destes abcessos. O problema principal é saber se é sub ou supra-frenico. Os sinais clinicos como o de Pfluhl (a punção escoamento mais abundante na inspiração, abcesso sub-frenico; escoamento maior na expiração, abcesso supra-frenico) e o sinal de Furbringer são bastante faliveis. Estes abcessos podem ser liquidos ou gasosos e neste ultimo caso devidos à comunicação com o ar gástrico ou a supuração anerobia (Pyo-pneumo-perigastrite). A radioscopia esclarece prontamente o diagnóstico. O abcesso abdominal dá uma sintomatologia toda abdominal: dor localizada, abaulamento, flutuação, etc..

No doente da obs. anterior (Obs. XI) existia um abcesso sub-frenico. A diminuta permanencia e a peritonite não permitiram o seu estudo.

FISTULAS GASTRICAS

A fistula é consecutiva ao abcesso perigastrico. Pode ser gastro-cutanea ou gastro-visceral.

As gastrocutaneas são, geralmente, juxtacardiacas ou juxta pilóricas; as gastro-viscerais são gastro-duodenais ou gastro-intestinais. Nas fistulas juxta-cardiacas não ha saída de alimentos e por vezes curam medicamente .

As juxta-pilóricas dão saída a alimentos e ao suco gastrico.

Estas fistulas conduzem à inanição e impõem a intervenção cirurgica. As fistulas gastro-intestinais surgem bruscamente com dor, vômitos fecaloides, diarreia e lenteria. A estas e às gastro-duodenais é a intervenção, de ordinario, cura.

ESTENOSES POST-ULCEROSAS

A estenose post-ulcerosa tem as localizações da ulcera: juxta-cardiaca, médio-gastrica e pilórica. A primeira dá uma sintomatologia esofágica e a ela nos referimos já . A ultima foi estudada com o ulcus juxta-pilórico. No estudo da estenose médio-gastrica daremos alguns elementos de distinção entre esta e a pilórica.

ESTENOSE MÉDIO-GÁSTRICA

Já ao estudarmos a ~~ulcera~~ ulcera da pequena curvatura nos referimos à estenose médio-gastrica e às suas formas espasmodica e definitiva.

A sintomatologia deste aperto é alias simples e racional.

Na historia do doente apura-se um passado de ulcerado. Vomitos de estase que se vão intensificando à medida que a estenose progride. A sondagem após jejum prolongado traz alimentos, como acontece na estenose pilórica Gaston Lyon (I) cita os elementos de diagnostico diferencial apresentados per Jáwersky:

(I)-Gaston Lyon-Traité de Therapeutique

No estomago biloculado a dilatação é para a esquerda da linha média (bolsa cardiaca), na estenose pilórica o estomago dilatado ultrapassa a linha média; na estenose medio-gastrica pela sucção encontra-se chacolejo gastrico mas a sondagem não fornece liquido por estar na bolsa pilórica; impossibilidade de retirar todo o liquido da lavagem; configuração do estomago revelada pela insuflação (bouveret).

O exame radioscopico confirma a existencia de duas bolsas opacas. Harvier adverte, no entanto, que ha frequentes causas de erro no diagnostico da estenose medio-gastrica: a compressão do estomago per um tumor pancreatico, do bazo ou colon transverso pode radioscopicamente induzir em erro.

Loeper (1) aponta es resultados estatisticos no estomago bilocular: ---As biloculações gastricas tem em 10% dos casos uma origem ulcerosa;

___As ulceras são geralmente da pequena curvatura;

___Sexo feminino é o mais atingido por esta deformação

O tratamento da estenose gira em torno destes processos:

1-A gastrectomia (Op. de escolha)

2-A gastro-gastrostomia

3-A gastro-enterostomia da bolsa superior.

No capitulo do tratamento cirurgico recordaremos estes processos operatorios.

(1)Loeper-L'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse, in Clinique et Laboratoire (Sto de 1922)

PERIGASTRITES ADHESIVAS POST-ULCEROSAS

A ^arecção inflamatória da ulcera provoca a formação de cicatrizes e dahi a origem das perigastrites.

As adherencias podem fazer-se à face posterior do estomago, à face anterior, ou estabelecer uma sinfise generalizada.

Em casos particulares ainda pode fazer-se adherencia do piloro ou do cardia aos órgãos visinhos.

A PERIGASTRITE ADHESIVA DA FACE POSTERIOR

Dá como consequencia a propagação do processo para a retro-cavidade dos epiplons, e adherencias ao pancreas.

A ulcera da pequena curvatuta dá, geralmente, sinfises da parede posterior com participação do pancreas.

Traduz-se, clinicamente, por uma dor, tipo solar, que abranda na posição vertical.

A PERIGASTRITE EXCTACE ADHESIVA DA FACE ANTERIOR

Inside especialmente sobre o cardia. As dôres são intoleraveis, irradiam para o seio e espadua esquerdos, aumentam na posição vertical e na extensão do tronco. A flexão do tronco alivia-a.

As dôres surgem imediatamente após a ingestão.

A PERIGASTRITE GENERALISADA

Caracterisa-se pelas dôres continuas, provocadas pela ingestão e por os movimentos. A insuflação provoca dôres insepurtaveis.

A radioscopia nota-se a imobilidade do estomago.

Na perigastrite pilórica ha adherencia do piloro ou ao colon ou a vesicula; a região pilórica é imovel. Ha sinais de insuficiencia pilórica.

Dentre as diferentes observações que fizemos destaca-se uma como representativa de perigastrite difusa:

Observação XII

José O.G., 35 anos, casado, natural de Espinho (Tab. 980 Rgs 255)
Entrado a 20/5/92I.

Da observação clínica e radioscópica resulta o diagnóstico de uma úlcera pilórica com estenose, acompanhada de lesões de perigastrite com aderências fortes.

A sinfise era de tal modo generalizada e intensa que a este doente não pode ser feita intervenção cirúrgica.

Só depois de tratamento médico, podera ser tentada.

No doente da Ob. VIII (Antonio P.R.) havia também aderências da face posterior do estomago ao colon transverso. Este participou activamente nesta reacção o que se traduzia por anel cicatricial em toda a circunferencia colica.

O tratamento das perigastrites é antes de tudo médico.

A thiosinamina, a ionisação, etc., dão por vezes resultado. Carnot aconselha fazer uma laparotomia exploradora e por uma tecnica especial estabelecer um zero-peritoneu.

CANCERISAÇÃO DO ULCUS

Zenker (1) afirma que 100% dos canceros são consecutivos a úlceras. Por outro lado sabe-se que 30% das úlceras conduzem a degeneração cancerosa. são sobretudo as úlceras inveteradas, callosas, que se neoplasmizam.

Para Menetrier (2) existe uma relação manifesta entre a úlcera e o cancro; Baqui se conclue a necessidade de bem conhecer a sintomatologia que faz pôr a hipótese de transformação cancerigenica.

(1)-Cit. por Castaigne et Auburtin-Maladies de l'Estomac et de l'oesophage. pg. 156.

(2)-Menetrier-Le cancer, pg. 524 (col. Gilbert et Theinet)

As dôres, a principio, por crises, tornam-se continuas. A inaptencia, que não existe na ulcera, é propria do cancro. Os vomitos são constantes; as hematemeses, mais frequentes, dão origem ao vomito côr de café. À palpação pode encontrar-se tumefacção ou endurecimento. Na ulcera ha hipercloridria, no cancro a hipocloridria ou ~~xxx~~ aclo-
ridria é de regra.

Algumas vezes, porem, no ulcus-cancro o succo gastrico conserva-se ácido. A anemia progressiva e os sintomas gerais ajudam a fazer o diagnostico.

Oettinger (I) dizia que " si en présence d'un malade qui a offert les symptomes classiques de l'ulcère, on voit les douleurs persister,...; si l'amaigrissement, l'anémie surtout se prononcent et s'accusent davantage; si l'on voit survenir des vomissements incessants, des gastrorragies noirâtres, du melaena, on devra songer à la possibilité ~~xxxx~~ d'une cancérisation".

Estiveram internados na enfermaria I-Geral dois doentes nos quais se pode pôr a hipotese de transferenciação de ulcera em cancro.

Observação XIII

Ricardo A. 38 anos, Alijó. (Tab. 106 Reg^o 237)

Entrou a 12/5/921 tempo referido um passado de ulcerose que data-
va de ha bastantes anos.

Ha 2 para 3 anos as dôres tornaram-se mais violentas e frequentes. O apetite diminuiu. De quando em quando os vomitos eram enegrecidos. A anemia ia-se estabelecendo.

(I)-Cit. por Castaigne et Auburtin-Op. Cit. pg. 159

O exame clinico e radioscopico acusou a existencia de estenose pilorica com dilataçãõ gastrica (a grande curvatura atingia o pubis). A retençãõ era completa passadas 48 horas. Operado a 27/5/92I foi encontrade um volumoso tumor da regiãõ pilorica. A gastro-enterestomia (Op.84) foi praticada como operaçãõ prepara- toria.

Observaçãõ XIV

Justino D.33 anos, casado, trabalhador, natural de Melgaço. (Tab.I.124) Este doente apresentava identica historia clinica à de anterior.

Na exploraçãõ cirurgica (operaçãõ nº 94) de estomago encontrou-se, igualmente um neoplasma pilórico, com aderencias da regiãõ ao fi- gado e bridas cicatriciais na parede posterior do estomago.

TRATAMENTO MÉDICO

Carnot estabelece como principio fundamental que o tratamento médico deve ser tentado desde o inicio "C'est seulement dans des circons- tances impérieuses (douleurs excessives, grandes hemorrhagies réctdi- vates, menaces de perforation, suppurations périgastrique, sténoses orificielles déjà constituées), que le traitement chirurgical sera, d'emblée, maxx ..." (I).

A terapeutica médica pode ser instituida no periodo pre-ulceroso e mesmo após a intervençãõ cirurgica.

Como preventivo na fase pre-ulcerosa ha que applica-la em todos os hiperexcitaveis e hiperacridicos gastricos.

(I)-Carnot-Op.Cit.

A orientação terapeutica moldar-se-ha pelo periodo evolutivo do ulcus. Nas fases agudas, o repouso, a imobilização, os pensos hemostaticos e os topicos e a dieta.

É no penso bismutado "véritable pansement à l'ulcus" como o designava Hayem que vamos encontrar o melhor recurso terapeutico.

Acenselhado a principio em pequenas doses foi a seguir usado por Monneret em doses elevadas.

Kussmaul erigiu-o em especifico da gastralgia.

O modo como actua o bismuto é diversamente interpretado:

Para uns seria uma acção puramente fisica; para outros seria um anti-secreter.

No que todos os autores são de acordo é que o penso bismutado actua nao só sobre a gastralgia mas tambem sobre o proprio vômito e sobre as gastrorragias.

A principio supez-se devê-le contraindicar nos obstipados, mas verificou-se que o bismuto em alta dose exerce uma acção laxativa. O caolino, o talco, etc., são igualmente usados como sucedaneos. É de usê lançar mão dos alcalinos em alta dose.

Hayem acusa o bicarbonato de sôda de exagerar as perturbações secretorias, depois dum periodo de acalmia.

Trousseau citava a caquexia alcalina e Mathieu apontava a formação de ácido carbónico como favorecedora da dilatação gastrica.

Não deixam, contudo, de lhe reconhecer uma qualidade altamente prestavel: o bicarbonato em altas doses tem um efeito analgésico, sem provocar habituação.

A magnesia hidratada é tambem aplicada, ao lado do bicarbonato.

Carnet aconselha o uso do bicarbonato associado à belladena.

As soluções salinas do tipo da sol. de Bourget tem ainda a sua voga.

Devido á sua acção coagulante e viscosa, adherindo á ulcera, Carnot instituiu o uso da gelatina. Ao mesmo tempo, e pelo mesmo mecanismo, esta fazia, nas hematemesez o tamponamento do vaso sangrante.

Bourget aconselhou durante algum tempo o percloroeto de ferro e Troussseau o do nitrato de prata.

Sob o ponto de vista dietetico o regimen varia egualmente nas fases agudas, sub-agudas e nas fases de acalmia.

Nas fases agudas em que ha dores, hemorragias ou vomitos a dieta absoluta é de regra.

É claro que esta dieta não pode manter-se por muito tempo. É necessario assegurar a hidratação por enteroclyse ou injeções subcutaneas de soro fisiologico.

A dieta hidrica pode manter-se durante muito mais tempo.

No caso de hematemesez ou vomitos a ingestão de gelo presta excellentes serviços. Desde que ha necessidade de prolongar o jejum é necessario estabelecer alimentação por via intestinal.

A alimentação por via rectal é feita com emulsões de gorduras, ovos e hidratos de carbono. Estes ultimos deverão ser acompanhados de fermentos artificiaes. Pode alimentar-se o doente com a sonda duodenal.

Nas fases sub-agudas, o regimen lacteo integral e o regimen lacto-farinaceo fazem a transição para regimens mais amplos.

Nas fases de acalmia, ao regimen lacto-farinaceo devemos juntar um pouco de carne.

Com este fim Lenhartz, Senator, Bickel e de Sappy, etc, imaginaram regimens para as fases de acalmia.

O regimen de Lenhartz consiste numa alimentação rica em albumina, progressivamente: no primeiro dia 200 gr. de leite gelado e 2 ovos emulsionados, no 2º 300 gr. de leite e 3 ovos e assim sucessivamente.

Senator usa um regimen composto de gelatina e gorduras.
 Bickel propoz um regimen composto de ovos, assucar e manteiga;
 Sappy administra, progressivamente, leite e creme.

Conhecidos os elementos medicamentosos e dieteticos podemos resumir, como Carnot, a marcha terapeutica e dietetica do ulcerado:

FASES AGUDAS HEMORRAGICAS:

- Injecções sub-cutaneas de gelatina, ingestão de soluções gelatinadas. Clisteres quentes a 43°, bexiga de gelo no epigastro.
- Dieta absoluta nos primeiros dias.
- Dieta hidrica, clysteres peptonados, e assucarados.
- Terminada a hemorragia inicia-se o regimen lacteo acompanhado com gelatina.

FASES AGUDAS DOLOROSAS:

- Pensos de bismuto ou caolino, ou de gelatina e caolino.
- Dieta absoluta; dieta hydrica seguida de alimentação parenteral.

Nas fases sub-agudas continua-se com os pensos bismutados ou caolinados, os pensos de gelatina, etc.

Regimen lacteo progressivo adicionado de gelatina.

Na fase de sedação faz-se uso das soluções salinas, coleretadas etc. A alimentação é progressiva: lactea, lacto-farinacea e regimen mixto. Far-se-ha, pouco a pouco, a transição para o regimen definitivo.

tivo. Dois doentes observamos a quem o tratamento medico e dietico da ulcera foi instituido com resultados, e de tal modo que estes não necessitaram de intervenção. (Doente José R. Tab 837 e o doente José B. Tab 216).

TRATAMENTO CIRURGICO

A terapeutica cirurgica do ulcus comporta indicações diversas conforme se trata dum ulcus simples ou complicado.

As hemorragias, as perfurações, as estenoses e o ulcus-cancro constituem indicações formais para o tratamento cirurgico.

Já nos referimos ao tratamento da gastrorragia.

Nas perfurações a terapeutica subordina-se a estas indicações: Nos casos de ulcera recente deve fazer-se a excisão da ulcera ou a sua destruição a thermocauterio.

Nas ulceras inveteradas, callosas, deve seguir-se orientação identica: excisão da ulcera e como fazem alguns cirurgiões greffe epiploica consecutiva.

Nas estenoses piloricas ou medio-gastricas a gastrectomia é a operação de eleição:

Gastro pilorectomia no estenosado do piloro; resecção medio-gastrica no estenosado medio-gastrico.

Ao estado geral do doente se subordina a intervenção:

Gastro enterostomia, simplesmente, no aperto pilorico;

Gastro-gastrostomia na biloculação gastrica, ou gastro-gastrostomia na bolsa cardiaca.

A transformação cancerosa do ulcus implica a intervenção imediata.

Nas úlceras recentes, não complicadas alguns autores entendem dever ser tentada a cura medica, dada a cicatrização possível em 13 % dos casos segundo Delmasure (1)

Os partidarios da intervenção cirurgica precoce apontam como argumentos a favor desta a possibilidade de cancerização, a complicação da ulcera e as recidivas post tratamento medico.

De resto neste periodo a intervenção é benigna.

Os partidarios da terapeutica medica, não contestando a benignidade da operação, entendem que isso não impede uma mortalidade de 10 %. Acresce ainda a circunstancia de ser extremamente delicado o diagnostico da ulcera recente.

Nas úlceras cronicas o acordo é unanime: a intervenção cirurgica impõe-se.

Postas as indicações para a intervenção operatoria resta-nos apreciar os diferentes metodos a seguir e lembrar com Moynihan que

WELCH "Success in abdominal surgery, as in affairs of the life, depends very largely upon observance of the details.

In the careful examination of the patient, with reference both to the local and general conditions; in the strict preparation,;... - in all these there lie the means and the secret of success." (2)

(1) - Cit de Mathieu, op cit.

(2) - Moynihan - Abdominal surgery, pag. 24.

Por metodos directos e indirectos se actua, cirurgicamente na terapeutica do ulcus.

METODOS INDIRECTOS - Anastomoses.

As gastroenterostomias constituem o tipo de anastomoses em uso. Referir-nos-hemos, em especial, á gastroenterostomia posterior, a qual temos visto praticar e que é de uso corrente.

Gastro enterostomia anterior.

Fei Wölfer o introductor deste metodo de anastomoses gastro-enterica.

Monod e Vanverts descrevem 5 tempos principais na gastro-jejunosomia anterior:

- 1º - Incisão da parede abdominal (mediana e supra-umbilical).
- 2º - Exploração do estomago.
- 3º - Busca da ansa intestinal anastomotica.
- 4º - Oclusão temporaria do intestino e do estomago.
- 5º - Anastomose gastro-intestinal.

Os restantes tempos operatorios deduzem-se logicamente.

A ansa anastomotica encontra-se á esquerda da coluna lombar.

Mergulhando a mão no abdomen depois de levantado o grande epiplon, encontra-se a 4ª porção do duodeno, fixa pelo musculo de Treitz. A parte jejunal que se segue é a boa ansa.

N 4º tempo exteriorisa-se o estomago e faz-se a aproximação com o intestino. Escolhe-se o ponto do estomago mais proximo da grande curvatura, isto é, o ponto de maior declive. Faz-se a seguir a coprostase e ao mesmo tempo a hemostase pela pinça coprostatica de Hartmann.

No 5º tempo feita a sutura sero-muscular posterior faz-se a brecha gástrica e intestinal e a seguir as suturas restantes.

A gastro-enterostomia anterior expõe à compressão do colon transverso pela ansa anastomosada que teve que passar por diante dele. A própria ansa pode ser puxada pelo colon e pelo grande epíplon, causas de graves acidentes de estrangulamento que levam os cirurgiões a preferirem a gastro-enterostomia posterior (von Hacker). Outro acidente que em qualquer dos processos pode aparecer é o círculo vicioso, que resulta da passagem do conteúdo gástrico para o tópo aferente ou proximal em vez de se dirigir para o tópo eferente ou distal da ansa anastomosada. O tópo aferente dilatando-se comprime o eferente e pode engendrar uma oclusão intestinal. Para obstar a esta complicação orienta-se a ansa jejunal de maneira que o tópo aferente fique à esquerda e o eferente à direita. (manobra de Lücke-Rockwitz). O peristaltismo gástrico e jejunal far-se-ha assim no mesmo sentido e o conteúdo gástrico mais facilmente progredirá pelo tópo eferente.

Para maior segurança poderá ainda levantar-se e fixar-se o tópo aferente à parede gástrica. Alguns autores, (Lauenstein, Braun), aconselham primitivamente ou depois da aparição do círculo vicioso, a anastomose dos dois tópos af. e ef, abaixo da boca. Com esta disposição, se o conteúdo gástrico penetrasse no primeiro podia lançar-se no segundo. A gastro-jejunostomia por implantação ou em Y (Roux) e a gastro-duodenostomia (Kocher) visam também a obstar à formação do círculo vicioso. Esta última de difícil execução em virtude da fixidez do duodeno, é muitas vezes substituída pela gastro-jejunostomia em Y de Roux em que a ansa a anastomosar com o estômago é seccionada transversalmente; o tópo inferior, implantado directamente no estômago. O superior ou gástrico implantado

em angulo recto no inferior, um pouco abaixo da anastomose deste ao estomago. O refluxo seria assim quasi impossivel.

A gastro-duodenostomia obstaría ainda a outra complicação, a ulcera peptica que pode produzir-se no jejuno pela acção do suco gastrico hiperacido, não neutralizado como normalmente pela bilis quando da penetração do chymo no intestino.

GASTRO-ENTEROSTOMIA POSTERIOR

A gastro-jejunostomia posterior, introduzida por von Hacker, tem marcha identica à anterior. Feita a laparotomia supra-umbilical, levanta-se o grande epiplon e faz-se uma abertura no mesocolon transverso, por a qual se exteriorisa o estomago. Procura-se a ansa jejunal e faz-se a aproximação dos dois órgãos a anastomosar. Os restantes tempos são identicos aos da gastro-jejunostomia anterior. A direcção da ansa intestinal deve ser de cima para baixo e da direita para a esquerda.

Da gastro-jejunostomia de von Hacker derivaram todas as modificações. A gastro-enterostomia posterior transmesocólica de Moynihan foi o processo applicado pelo Snr. Dr. Couto Nobre aos doentes que observamos. Faremos tambem referencia à gastro-enterostomia posterior transmesocólica com descolamento colo-epiploico de Ricard-Toupet que vimos praticar na Enfermaria de Clinica Cirurgica pelo Snr. Prof. Teixeira Bastos.

GASTRO-ENTEROSTOMIA POSTERIOR TRANSMESOCÓLICA DE MOYNIHAN

Este método operatório tem os mesmos tempos que a gastro-jejunostomia de von Hacker:

1º-Incisão supra-umbilical, dois dedos à direita da linha média

2º-Exteriorosação do colo transverso que se rebate sobre o torax

Toupet apresenta um metodo constituido pelos seguintes tempos:

1º-Incisão supra-umbilical vertical e baixa

2º Exteriorização do colon transverso que é rebatido sobre o torax.

3º-Descolamento colo-epiploico:

O ajudante tende o colon transverso. O operador puxa com a mão esquerda o grande epiplon, arrasta o bisturi sobre as aderencias que unem a lamina posterior do grande epiplon ao bordo anterior do colon transverso. Descola o epiplon que adere a face superior do colon, até ao bordo posterior do intestino, na inserção do meso-colon transverso. O folheto posterior do grande epiplon ao chegar ao mesocolon raga-se. rebate-se o colon transverso para baixo, o estomago e o grande epiplon para cima. A retro-cavidade dos epiplons fica largamente aberta e a face posterior do estomago inteiramente à vista.

4º- Incisão do meso-colon transverso:

Faz-se uma incisão vertical na zona avascular;

À esquerda da coluna vertebral atravez da brecha ve-se o angulo duodeno-jejunal fixo pelo musculo de Treitz sob a raiz do meso.

5º-Condução da primeira ansa delgada atravez da brecha e para a retro-cavidade dos epiplons.

Esta fixa ao lado esquerdo da coluna profundamente.

6º-O colon transverso reentra na cavidade abdominal.

ficando fora do ventre o estomago e a 1ª ansa intestinal isola-

das por campos.

7º-Suspensão e anastomose

Com uma pinça de Chaput une-se o angulo duodeno jejunal à pequena curvatura o que é facil por se encontrarem ao mesmo nivel.

Com outras duas limita-se na face posterior do estomago a linha de anastomose. A boca anastomotica é feita paralela à grande curvatura, o mais perto do ponto declive, formando com a linha de

suspensão, que é vertical; um L com o ramo inferior orientado para o piloro. A boca tem em média o comprimento de 4 centímetros.

8º-Fixação do estomago à brecha mesocólica

O colon é novamente exteriorizado e rebatido sobre o torax. Com alguns pontos separados, fixa-se o meso-colon transverso à face posterior do estomago ou ao jejuno de maneira a cobrir com o meso a linha de sutura posterior da anastomose e a isolar o mais possível a zona operada na retro cavidade.

9º-Reposição do estomago e do colon no abdomen,

estendendo bem o grande epiplon.

10º-Sutura da parede

VANTAGENS DO METODO

Passagem mais facil do jejuno que o estomago, atravez da brecha mesocólica . O descolamento cole-epiploice dá uma boa exposição de toda a face posterior do estomago e portanto facil exploração. A abertura gastrica é colocada tão perto quanto possível da zona motora pre-pilorica, onde se formam, segundo alguns fisiologistas, as ondas de contracção gastrica . (1)

METODOS DIRECTOS

A destruição da ulcera pelo termo cauterio ou a sua ressecção é um metodo directo(2).

(1) - cf. Stewart-A Manual of Physiology

(2)-Foi Rydygier o primeiro que fez a extirpação da ulcera cujo resultado publicou no seu trabalho "La première resection de l'estomac pour ulcère". O "Centrablatt für chirurgie", respondeu: "Ce sera la dernière, espérons..."Cit. por G.Lyon-Traité élémentaire de Therapeutique.

A gastrectomia total (resecção do estomago desde o cardia ao piloro) ou parcial, são igualmente metodos directos e esta ultima para certos autores a operação de escolha.

A gastrectomia parcial consiste numa resecção medio-gastrica com anatomose topo a topo ou numa gastro-pilorectomia seguida de gastro-duodenostomia. Pode ainda fexar-se o topo gastrico e fazer uma gastro-enterostomia posterior.

VANTAGENS DESTES DIFERENTES METODOS

A gastro-enterostomia é considerada o tratamento de escolha não só da ulcera do piloro, mas tambem, para alguns, da ulcera da pequena curvatura. A gastro-enterostomia actua drenando o estomago; modifica o quimismo gastrico favoravelmente, e põe em repouso o piloro.

Mathieu aponta-lhe os inconvenientes seguintes:

1º-A não supressão da ulcera e portanto possibilidade de complicações.

2º-Não excluindo a ulcera, não se favorece a cicatrização e não se suprimem duma maneira constante as dores e as hemorragias;

3º-As "suites" são por vezes defeituosas (circulo vicioso, ulcera péptica, etc.). Apesar disso e na impossibilidade de extirpação é um metodo preferivel.

Os metodos directos evitam as complicações e as recidivas; dando porem uma mortalidade superior à dos metodos indirectos.

Constituem no entanto, para a maior parte dos cirurgiões, quando possivel a sua pratica, a terapeutica de eleição.

Visto

Pode imprimir-se

Tiago de Almeida

Lopes Martins

Presidente

Director

OBRAS CITADAS OU CONSULTADAS

- Carnot, Harvier e Mathieu- Les ulcères digestifs.
Castaigne et Aubertin-Maladies de l'estomac et de l'oesophage
Fergue-Pathologie externe
Dieulafoy-Pathologie interne
Menetrier-Le cancer (col. Gilbert et Thoinot)
Mathieu-Maladies de l'estomac
Gaston Lyon-Traité élémentaire de Therapeutique.
Robin-Les maladies de l'estomac
Hayem et Lyon- Les maladies de l'estomac (col. Gilbert et Thoinot)
Moynihan- Abdominal of Physiology
Pron-Formulaire therapeutique des maladies du appareil digestif.
Peeper-in Clinique et Laboratoire (1923)
Toupet-Journal de chirurgie, tom. XV, 1918.
Monod et Vanverts-Traité de technique opératoire
Riegler-Anatomie pathologique.
-