

A CIRURGIA DAS ÚLCERAS GASTRO-DUODENAEIS NA 2.^a CADEIRA DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Trabalho apresentado como contri-
buição da 2.^a cadeira de Clínica Ci-
rúrgica — Prof. Catedrático Titular
— Luiz Francisco Guerra Blessmann.

Ao Congresso comemorativo do
Cinqüentenário da Fundação da Fa-
culdade de Medicina de Pôrto Alegre
pelo Dr. Gert Eduardo Secco Eichen-
berg.

Docente Livre de Clínica Cirúrgica
da Faculdade de Medicina de Pôrto
Alegre.

Catedrático Interino Substituto da
2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da
Faculdade de Medicina de Pôrto Ale-
gre.

Diretor Interino da enfermaria
"Prof. Guerra Blessmann" — 18.^a da
Santa Casa de Misericórdia de Pôrto
Alegre.

Desejando contribuir, em nome da 2.^a
cadeira de clínica cirúrgica da Faculdade
de Medicina de Pôrto Alegre, em cuja re-
gencia nos encontramos atualmente em
caráter interino, como substituto do Profe-
sor Titular, dr. Luiz Francisco Guerra Bles-
smann, para o maior brilho do Congresso
Médico a realizar-se em Março do corrente
ano, como comemorativo do Cinqüentenário
da fundação de nossa Faculdade, vimos
apresentar-vos êste modesto trabalho.

Entre os temas recomendados da Sec-
ção de Cirurgia, deparamos com um as-
sunto, que desde logo prendeu nossa aten-
ção, pois correspondia a uma questão, que
há muito vinha recebendo o máximo in-
terêsse de nosso titular e a qual também
nos vinha entusiasmando dentro os proble-
mas cirúrgicos atuaes. Era o capítulo do
"Tratamento cirúrgico das úlceras gastro-
duodenaes".

Resolvemos pois apresentar a êste
douto conclave um estado estatístico, clí-
nico e técnico, sôbre o que se tem feito em
relação a cirurgia das úlceras gastro-duode-
naes, na 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica,
justificando desta maneira o título do pre-
sente trabalho:

"A CIRURGIA DAS ÚLCERAS GASTRO- DUODENAEIS NA 2.^a CADEIRA DE CLÍ- NICA CIRÚRGICA"

Para tanto revisamos o material clí-
nico das enfermarias, nas quaes desde
1926, funcionou a 2.^a cadeira de Clínica
Cirúrgica, inicialmente na 17.^a enferma-
ria até 1930, quando foi transferida para
a 8.^a enfermaria, hoje denominada 18.^a.
Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia
de Pôrto Alegre, com a dedicatória de "En-
fermaria Professor Guerra Blessmann".

Assim pois, apresentamos os dados es-
tatísticos baseados nos comemorativos dos
anos de 1926 a 1948 inclusive.

Êste período de 22 anos, novamente o
subdividimos, o primeiro, de 1926 a 1944,
período em que a cadeira e enfermaria
obedeceram à orientação direta e pessoal
do catdrático titular Prof. Luiz Francisco
Guerra Blessmann. E, o segundo, de 1945
a 1948, no qual, dado ao afastamento de
Guerra Blessmann, ao assumir a direção da
Faculdade de Medicina, nos coube como
seu assistente imediato e chefe de clínica,
substituí-lo interinamente, tanto na dire-
ção da enfermaria "Prof. Guerra Bles-

smann", como na regência da 2.ª cadeira de Clínica Cirúrgica.

Dois quadros anexos, resumem os casos clínicos de ambos os períodos. O quadro N.º 1 — corresponde ao período 1926 a 1944, apresentando os dados referentes à identidade, ano da intervenção, número de papelleta da enfermaria, diagnóstico clínico, intervenção executada, anestesia empregada e os resultados imediatos.

O quadro N.º 2 — representa os casos operados ou tratados cirurgicamente durante o período de 1945 a 1948 inclusive, apresentando além dos dados já referidos no Quadro n.º 1, mais um capítulo de "Observações".

De um modo esquemático, podemos resumir assim os quadros acima apontados:

ESTATÍSTICA dos anos de 1926 a 1944:

Casos clínicos

Úlceras gástricas	51
Úlceras duodenaes	26

I — Período "Reichel-Polya". 1926 a 1936.

Gastro-enterostomias posteriores, tipo von Hacker	21 — 2 falecimentos	(x)
Gastrectomias parciais, tipo Reichel Polya	15 — 2 falecimentos	(xx)
Exclusão de piloro	1	
Resecção de divertículo gástrico Ulcerado	1	
Sutura de perfuração de U. gástrica	1 — 1 falecimento	(xxx)

(x) — ileo — pneumonia.

(xx) — peritonite — metastases carcinomatosas.

(xxx) — peritonite.

II — Período "Hofmeister-Finsterer", 1936 a 1944.

Gastro-enterostomias posteriores, tipo von Oacker	13	
Gastrectomias parciais, tipo Hofmeister-Finsterer	16 — 1 falecimento	(x)
Gastroduodenostomia	1	
Sutura de úlceras gastro-duodenaes perfuradas	9 — 3 falecimentos	(xx)

(x) — cardiopatia

(xx) — choque e peritonite.

Úlc. peptica de boca anastomótica após G.E. 2

TOTAL 79 casos

TIPOS DE INTERVENÇÕES

Para uma maior clareza e de acôrdo com o que mais adiante passaremos a relatar, quanto às intervenções praticadas, dividiremos o período de 1926 a 1944, em dois. O primeiro que segue até o caso clínico, de 1936 e que leva o número de papelleta n.º 10.649. E, o segundo, que daí segue até 1944 inclusive.

A justificação desta subdivisão, reside no de ser o caso clínico acima mencionado, o primeiro, no qual o Prof. Guerra Blessmann, usou uma tecnica diferente a até então empregada. Foi o primeiro caso operado no serviço da 2.ª cadeira de clinica cirurgica pelo processo de HOFMEISTER FINSTERER. Até então, quando praticada era uma gastrectomia, usava o Prof. Guerra Blessmann, a tecnica de Reichel — Polya.

ESTATÍSTICA dos anos de 1945 a 1948 (inclusive).

Casos clinicos — Úlceras gástricas	24
Úlceras duodenaes	16

Estenose pilorica de ulc. suturada	1
Ulc. peptica jejunal após GE	1
Jejunite ulcerosa, após GE	1 total 43 casos

ULCERAS TOTAL: total 24.

U.G. justapilórica c/estenose	5)	
U.G. do antro, tipo calosas	3)	22 gastrectomias parciais do tipo
U.G. do antro, calosa e perf.	1)	Hofmeister Finsterer c/zero
U.G. justa pilórica	3)	per cento mortalidade.
U.G. pequena curvatura	10)	
U. G. peq. curvatura, perf.	1 —	sutura pelo serviço de urgência
U.G. peq. curvatura-alta, perf.	1 —	sutura pelo serviço de urgência

ULCERAS DUODENAES: total 16

U.D. nível bulbo	15 —	15 gastrectomias parciais do tipo Hofmeister-Finsterer c/zero per cento de mortalidade.
U.D. bulbo, perf. peritonite	1 —	sutura c/G.E. — falecimento — Feita pelo serviço de urgência.

RESUMO DAS INTERVENÇÕES:

Gastrectomia parcial tipo Hofmeister-Finsterer	39 —	0% de mortalidade
Em ulceras gástricas	22	
Em ulceras duodenaes	15	
Em Ulceras peptica jejunal, após GE	1	
Em jejunite ulcerosa, após GE	1	total 39. Mortalidade — 0%
Gastroenterostomia posterior tipo von Hacker, por estenose pilórica de ulcera gástrica suturada	1	Mortalidade — 0%
Sutura de perfuração de ulcera Gástrica (Serviço da porta)	2	Mortalidade — 0%
Sutura de perfuração de ulcera duodenal perfurada (bulbo) com peritonite, e GE, posterior	2	Mortalidade — 0%
(Serviço da porta).		

No entanto, com o evoluir da técnica cirúrgica, com o aprimoramento da anestesia e com o maior emprego das medidas anti-choque, além das outras vantagens, decorrentes da própria técnica em si, a gastroenterostomia, teve de ceder terreno às gastrectomias parciais, mesmo no âmbito das ulceras duodenaes.

No primeiro período, a grande maioria das ulceras duodenaes operadas, corresponde a gastroenterostomias, enquanto que no segundo período, também nas ulceras duodenaes, prevaleceu nitidamente a técnica da gastrectomia parcial.

É fácil de compreender, a razão de tal sucedido, considerando-se primeiramente que a gastroenterostomia, qualquer que seja o tipo, não elimina a zona secretora do estômago, a parte ácida, o que é realizado, plenamente nas gastrectomia, quer parcial, quer total.

Não queremos entrar aqui na discussão da etiologia e da etiopatogenia da ulcera gastro-duodenal, problema ainda sem solução, base de estudos diversos e de teorias as mais opostas. Mas qualquer que seja a verdadeira, seja a hiperacidez causadora ou efeito, o que sabemos definitivamente

te, no momento atual, é que esta hiperacidez ou acidez, provoca ou mantém, ou ainda recidiva a ulcera gastro-duodenal.

Daí a necessidade de sua correção, definitiva se possível, base indiscutível da gastrectomia, como o meio cirurgico mais seguro para provocar a hipo ou anacloridria.

Eis o motivo principal, pelo qual a gastroenterostomia teve de ceder lugar á gastrectomia no tratamento cirurgico da ulcera gastro-duodenal, acrescido, que, por essa mesma razão, ela é muito mais susceptivel de ser seguida de uma ulcera peptica da boca anastomocica ou do jejuno.

Tambem quanto as gastrectomia parciais, deparamos com mutações nos periodos estatísticos estabelecidos. A diferença reside primordialmente no primeiro periodo, conforme já o apontamos anteriormente.

Neste primeiro periodo, passou a 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica a realizar suas gastrectomias parciais, pelo processo de Hofmeister Finsterer, abandonando o processo anteriormente empregado, ou seja o de Reichel-Polya. No segundo periodo, todas as gastrectomias obedeceram ao processo de Hofmeister-Finsterer, na grande maioria dos casos com gastroenterostomia posterior, transmesocolica. E, sómente em raros casos, de resecção muito alta, condicionada pela localização das ulceras, é que mantendo o processo de anastomose da Hofmeister-Finsterer, usamos no entanto a alça precolica, longa, sem enterostomia secundaria.

O motivo desta mutação e orientação por nós seguida até o presente momento, de acordo com os ensinamentos recebidos de nosso mestre Guerra Blessmann, será explanado em outro capitulo, quando formos, com detalhes, explicar a tecnica seguida na 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Antes de encararmos diversos aspetos e capitulos da cirurgia da ulcera gastro-duodenal, nos permitimos reproduzir os dados estatísticos referentes á proporção, no serviço clinico da 2.^a cadeira, entre os casos de ulceras gastro-duodenaes e de cancer gastrico:

Estes dados estatísticos, nos permitem de certo modo algumas considerações. Inicialmente vejamos a relação de frequência da localização das ulceras no trato digestivo (gastro-duodenal) e deparamos que

em qualquer dos dois periodos a predominancia da localização gastrica sobre a duodenal é manifesta — Período I, 51 ulceras gastricas para 26 ulceras duodenaes; Período II, 24 ulceras gastricas para 16 ulceras gastricas para 16 ulceras duodenaes.

Isto em si não quer traduzir efetivamente a proporção clinica das ulceras gastricas e duodenaes, mas sim a frequência e proporção de indicação cirurgica nas mesmas. Demonstrando que com muito maior frequência a ulcera gastrica resiste ao tratamento medico instituido e que por conseguinte, com maior frequência entra no terreno das indicações cirurgicas.

Nos casos clinicos do segundo periodo, quanto ás ulceras gastricas, nos foi possível verificar a localização das mesmas, correspondentes á seguinte esquematização:

Pequena curvatura	12 casos	—	50%
Justapiloricas ...	8 casos	—	33,33%
Antro	4 casos	—	16,66%

Quanto ás ulceras duodenaes, a localização foi cem por cento, ao nível do bulbo duodenal.

Quanto á intervenções praticadas, deparamos de inicio com uma disparidade, entre os dois periodos, relativamente ás perfurações. No primeiro periodo, de 1926 a 1944, encontramos para 78 intervenções diversas, 10 suturas de ulceras perfuradas, contra 3 suturas em 43 intervenções no periodo de 1945 a 1948.

Levando em conta que as ulceras perfuradas, são quasi exclusivamente atendidas de urgencia, pelo serviço da portaria da Santa Casa, e que nesse serviço, sómente é praticada a sutura da perfuração temos a convir, que os valores acima enumerados, são efetivamente os das ulceras perfuradas, atendidas dentro estes periodos e que depois foram recolhidas á enfermaria de cirurgia de homens, onde funciona a 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina.

Extranha que pareça de inicio esta desproporção, tem sua explicação no caracter de urgencia desta complicação e por conseguinte, no segundo periodo, dentro do qual já funcionava com toda a sua plenitude o Hospital de Pronto Socorro da Municipalidade de Pôrto Alegre, obvio é convir, que sem que houvesse diminuição de ulceras perfuradas, estas em sua grande

maioria eram atendidas e operadas naquele nosocomio.

Outra desproporção flagrante nos dois periodos, é a relativa ás gastroenterostomias praticadas. Para 34 gastroenterostomias posteriores transmesocolicas, tipo von Hacker, realizadas no primeiro periodo, ou sejam 43,59% das intervenções gastri-duodenaes praticadas, encontramos, no segundo periodo, sómente uma gastroenterostomia, tipo von Macker, para 43 intervenções, ou sejam 2,3%.

Isto não quer dizer, que não tenham neste ultimo periodo, sido executadas outros gastroenterostomias, requeridas por afecções que não a ulcera gastro-duodenal. Mas neste terreno, o decrescimo foi acentuado.

Na cirurgia da ulcera gastro-duodenal, quando realizada uma gastroenterostomia, sempre foi empregada a do tipo posterior, transmesocolica, tipo von Hacker, por ser de resultado funcional muito superior ao tipo antecolico e anterior, da gastroenterostomia de Braun.

Ano	Pacientes recolhidos a enfermarias	Úlceras	%	Cancer	%
1926	70	1	1,42%	0	
1927	242	1	0,41%	0	
1928	290	4	1,37%	2	0,68%
1929	288	4	1,38%	9	3,12%
1930	226	6	2,65%	2	0,98%
1931	422	2	0,47%	2	0,47%
1932	429	2	0,46%	1	0,23%
1933	387	2	0,51%	3	0,77%
1934	413	4	0,96%	0	
1935	437	2	0,45%	1	0,22%
1936	417	13	3,35%	2	0,48%
1937	406	6	1,47%	6	1,47%
1938	444	1	0,22%	2	0,44%
1939	479	1	0,20%	1	0,20%
1940	511	3	0,58%	3	0,58%
1941	641	4	0,62%	0	
1942	538	2	0,37%	0	
1943	343	15	4,37%	4	1,16%
1944	329	5	1,51%	6	1,82%
1945	342	5	1,46%	4	1,16%
1946	425	10	2,35%	2	0,49%
1947	360	10	2,77%	2	0,55%
1948	452	18	4,10%	3	0,69%
Total	8.891	111	1,24%	55	0,61%

Dos dados acima se deduz, que com exceção dos anos de 1929, 1933, 1938 e 1944, o número de casos de úlceras gastro-duodenaes, ou foi igual ao número de casos de cancer gástrico (anos de 1931, 1937, 1939 e 1940), ou foi maior, como nos restantes, onde principalmente nos ultimos três anos (1946 e 1948) o número de úlceras gastro-duodenaes foi cinco a seis vezes maior.

Esta distribuição não corresponde nitidamente a distribuição destas afecções no hospital geral, pois estamos informados por

colegas de outros serviços, que em alguns, o cancer predomina.

O que no entanto nos parece interessante, ao revisarmos os dados operatórios dos canceres gástricos, a maioria, já baixados em condições de inoperabilidade, foi a verificação de que provavelmente em mais de 50% por cento dos casos, diante da historia clínica e do achado operatório, êstes canceres gástricos se sediaram sobre um processo ulceroso gástrico anterior.

Sob ponto de vista da indicação cirúrgica, da indicação da terapeutica cirúrgica em si, em ambos os periodos não hou-

ve mutação de orientação. Tanto o Prof. Guerra Blessmann, como nós, reconhecemos que no tratamento da úlcera gastroduodenal, especialmente na úlcera duodenal, a base inicial da terapêutica, deverá ser um tratamento médico, conservador, rigoroso, qualquer que seja o tipo empregado.

Deixamos de discutir no presente trabalho esta parte do tratamento, pois escapa ao âmbito do mesmo, que engloba tão somente a cirurgia da úlcera gastroduodenal mas não temos duvidas em concordar que WINKELSTEIN (1) em sua recente monografia (1948) engloba os mais modernos e eficientes métodos ou tipos de tratamento. Temos usado com sucesso vários destes processos e nos últimos meses, em casos de úlceras duodenais, com ou sem penetração no pâncreas, temos colhido resultados satisfatórios com a procaina endovenosa.

É do fracasso da terapêutica médica ou conservadora, fracasso mais frequente entre as úlceras gástricas, que entre as duodenais, que nasce a primeira indicação do tratamento cirúrgico das úlceras gastroduodenais.

Entre nós, BENEDITO MONTENEGRO (2) cirurgião patricio possuidor da maior estatística resseccionista individual, apresenta como indicações formas da cirurgia na úlcera gastro-duodenal, os seguintes motivos:

- a) Úlcera perfurada em peritônio livre.
- b) Úlcera que sangra intermitentemente, apesar de tratamento adequado.
- c) Úlcera que sangra abundantemente (indicação de quasi urgência).
- d) Úlcera, cujo portador não possa submeter-se à exigências do tratamento médico.
- e) Úlcera com o sintoma dôr pronunciado, e que ceda facilmente ao tratamento adequado.
- f) Úlcera que oferece embaraço mecânico.
- g) Úlcera rebelde ao tratamento médico.

WINKELSTEIN (1.^o), apresenta uma relação que em quasi os itens pode ser superposta a de MONTENEGRO, a saber:

- a) Perfurações agudas.
- b) Estômagos biloculados, orgânicos.

- c) Obstruções justapilóricas, com comprometimento da motilidade gástrica.
- d) Hemorragia massiva (intervenção preferentemente no período intertato).
- e) Suspeita justificada de degeneração maligna.
- f) Sintomas persistentes, especialmente a dôr, demonstrando haver falhado o tratamento médico.

DELLER (3) divide as indicações operatórias nas úlceras gastro-duodenais, em dois grupos, conforme a localização gástrica ou duodenal da lesão.

Quanto à úlcera gástrica, as suas indicações confirmam e de certo modo, completam as de MONTENEGRO, especificando certos itens:

- a) Perfuração aguda.
- b) Hemorragia contínua ou intermitente.
- c) Deformidade anômica orgânica.
- d) Fracasso de tratamento.
- e) Recorrência da úlcera.
- f) Úlceras gástricas múltiplas ou associação de úlcera gástrica com duodenal concomitantemente.
- g) Suspeita de malignidade.
- h) Úlcera em pacientes com mais de 60 anos.
- i) Úlceras situadas na grande curvatura ou visinhanças, bem como justapilóricas.
- j) Grande úlcera gástrica, penetrada no pâncreas ou fígado.
- k) Pacientes indigentes, mentais (razões económicas ou sociais).

Para a úlcera duodenal apresenta a seguinte relação:

- a) Perfuração aguda.
- b) Hemorragia contínua ou intermitente.
- c) Obstrução pilórica.
- d) Falha de um ou mais tratamentos médicos adequados.
- e) Recorrência da úlcera associada com sintomatologia violenta.
- f) Úlcera duodenal crônica penetrante, associada a úlcera gástrica.
- g) Úlcera duodenal grande e penetrada, que não responde ao tratamento médico.
- h) Pacientes indigentes, mentais (razões económicas e sociais).

Nestas três relações de indicações operatórias, encontramos ofetivamente fundamentada a cirurgia da úlcera gastro-duodenal. Entretanto desejamos chamar em especial, a atenção para dois motivos. Um quasi que exclusivamente pertinente a úlcera gástrica, é a possibilidade de degeneração maligna da mesma. Como no capítulo do tratamento cirúrgico das perfurações, teremos de voltar parcialmente sobre este mesmo ponto de vista, deixaremos para depois as considerações que aqui a seguir queríamos inicialmente deixar expressas.

O segundo motivo, constitue o item d) da relação de MONTENEGRO e o item k) da relação de DELLER quanto a úlcera gástrica.

Trata-se do que nós chamamos de — indicação cirúrgica de ordem social — que nos obriga a sermos, dentro deste âmbito, mais intervencionistas. Compreende esta indicação o grupo, infelizmente grande, de pacientes, que por motivos de ordem econômica e social, não podem se submeter a um tratamento médico em condições.

Sabemos, que qualquer que seja o tipo de tratamento médico posto em execução, ele requer, além da parte medicamentosa, em alguns mais simples, em outros mais custosa, um período de repouso, período de alimentação especializada. Repouso não só de ordem física, mas principalmente de ordem mental.

Ora, como será possível, para determinados elementos sociaes das classes menos protegidas, conseguir levar a risca tal tratamento? É possível, que recebam a medicação, pracial ou totalmente de um instituto ou associação de classe, mas não a alimentação e o repouso. Para analisar este último, deverão deixar o trabalho, quasi sempre manual, faltando-lhes igualmente habilitação para trabalhos mais especializados e mais leves. Por conseguinte, são obrigados a deixar o trabalho e se conseguem em instituto, meias diárias, salvo caso especial de longa contribuição, estas serão insuficientes para lhes prover o seu sustento adequado e especializado, e o de sua família.

Assim, ou faz o repouso físico, mas não consegue o de ordem psíquica e mental, ou se procura obter este último, tem de voltar ao trabalho, perdendo o primeiro. E, si ainda considerarmos, que tal tratamento deve muitas vezes perdurar por meses afim, e mesmo por período superior a um ano, concluímos facilmente que estes indivíduos

não podem de modo algum conseguir levar a cabo o tratamento médico requerido.

Para estes pois, o tratamento cirúrgico, resolve em um período muito menor, o sério problema, pois mesmo que se fizer mister um período post operatório de adaptação, a recuperação é sempre mais precoce e de modo muito mais completo.

Por outro lado, em nosso país, onde a assistência médica aos indigentes, quasi em cem por cento dos casos, fica adstrita às Santa Casas de Misericórdia, à caridade privada, é fácil de compreender a impossibilidade de manter meses a fim nas enfermarias de clínica médica, com gastos elevados, os ulcerados gastro-duodenais. Si iniciado é o tratamento médico, muito cedo, ele passa, por motivos de economia, a ser feito nos ambulatórios, perdendo pois parte de sua eficiência, já que estes elementos indigentes, não possuem habitat indicado para a conclusão do tratamento médico.

São estes os pacientes, nos quaes a cirurgia com maior rapidez e eficácia, resolve o problema terapeutico, colocando-os mais cedo em posição de retomarem o serviço e suas atividades normaes.

Se bem que não nos é permitido impôr aos pacientes a terapeutica cirúrgica, ainda que a mesma seja a única a resolver o seu caso clínico, no entanto, quando nos depararmos com casos clínicos que se enquadram nas classificações acima apontadas, uma vez pesadas as condições econômico-sociaes inerentes ao caso, deveremos expôr ao paciente as possibilidades do tratamento cirúrgico, ainda mais, que, hodiernamente, levando em conta a melhora da técnica anestésica as medidas antibióticas e antichoque, os índices de mortalidade de cirurgia da úlcera gastro-duodenal, aproxima-se cada vez mais ao marco zero.

O caso clínico 1699-1946 da estatística. II é um exemplo flagrante desta assertiva. Antes de ser gastrectomizado em 1946, baixara três vezes à nossa enfermaria, com intervalos de 5 a seis meses. Era portador de uma úlcera duodenal. Baixava, magro, sofrendo dores, queixando-se da alimentação imprópria que era obrigado a ingerir, da dificuldade de trabalhar. Submetido a tratamento melhorava rapidamente, a dor passava, engordava, o restante da sintomatologia ia esmerecendo e a contróle radiológico, corroborava a melhora. Depois de 45 a 60 dias, invaravelmente, não mais conseguíamos rete-lo diante da necessida-

de imperiosa que sentia de voltar ao trabalho, para prover a vida de sua esposa e filhos.

Quando da segunda baixa ao serviço, verificando radiologicamente que a úlcera havia progredido acentuadamente, durante a estadia fora do hospital, aconselhamos a intervenção, que foi rejeitada pelo paciente. Novo tratamento médico, com o mesmo resultado.

E, assim este paciente, que do ponto de vista clínico, era um ótimo caso para o tratamento médico, sob ponto de vista econômico-social, pertencia aos casos de indicação operatória.

Em 1946, mais de dois anos após o termos visto pela primeira vez, obtem a quarta baixa em nosso serviço, mas desta vez, convencido de nossas anteriores sugestões, aceita o tratamento cirúrgico. Gastrectomizado, recupera rapidamente a sua capacidade de trabalho. Temol-o visto várias vezes, sendo que a última há poucas semanas, inclusive em princípios de 1948, quando o operamos de uma apendicite aguda. Voltou ao seu peso normal, já abandonou as restrições alimentares, e exerce a sua profissão de servente de pedreiro sem nenhum precalço.

Si invariável tem sido a orientação do serviço clínico da 2.^a cadeira de clínica Cirúrgica, em relação ao problema da indicação operatória no tratamento da úlcera gastro-duodenal, já o mesmo não poderemos afirmar em relação ao tipo do tratamento cirúrgico.

O estudo das estatísticas, no início do presente trabalho, permite verificar a alteração ou melhor a sequência nos vários tipos de intervenções empregadas no tratamento cirúrgico da úlcera gastro-duodenal.

O problema da indicação destas diversas e a razão das mutuações introduzidas, serão discutidas quando tratarmos da técnica operatória em si.

Nada de especial temos a relatar, quanto ao problema do pré-operatório dos pacientes da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, submetidos ao tratamento cirúrgico de suas úlceras gastro-duodenaes.

É o pré-operatório de todo o operando de cirurgia abdominal. Naturalmente, o paciente é submetido a um exame prévio que, não só do aparelho digestivo, e as fglhas que aí se evidenciarem, serão tratadas, procurando sana-las ou minoral-as, antes de intervir.

Nos ulcerosos gástricos e especialmente nos portadores de estenoses médio-gástricas ou justapilóricas, é fácil encontrar uma hipoproteïnemia, que deverá ser corrigida, afim de evitarmos os inconvenientes em relação ao processo de regeneração. A hipoproteïnemia será também encarada no período post-operatório.

Um cuidado clássico, especialmente essencial, a quem, como nós realizamos a gastroenterostomose sem o auxílio de clamps, é a do esvaziamento gástrico prévio, ainda mais indicado, quando temos a certeza ou suspeita de estase gástrica.

Queremos ainda discutir neste segmento do tratamento cirúrgico, a questão da intubação prévia, como elemento inicial, da entubação de junal no pós-operatório.

Nenhum paciente, quer da serie do Prof. GUERRA BLESSMANN, quer da minha serie, foi entubado, tanto no pré, como no pós-operatório. E nenhum apresentou qualquer sintomatologia que tornasse indicada esta medida.

Não queremos dizer com isso, que não reconheçamos o valor da intubação gastrointestinal, pelo tubo de Miller-Abbot, ou de Cantor. Em absoluto. Já tivemos ocasião de nos pronunciar a este respeito (4). Únicamente somos contrários a usal-a como elemento de rotina.

A grande indicação, que lhe propõe os defensores a outrance da intubação, é de evitar a distensão abdominal, o ileus paralítico. No entanto, em nenhum de nossos pacientes, quer por nós operados, quer pelo Prof. Guerra Blessmann, houve indicação de tal ordem, pois se em alguns casos, houve, leve distensão abdominal, com retenção de gases, a terapeutica habitual e de rotina, em nosso serviço, a resolveu rápido e completamente.

Esta ausencia de fenomenos mais acentuados e graves da distensão abdominal, a atribuimos a anestesia cuidadosa, inicialmente, anestesia loco-regional e mais tarde a extradural, e ultimamente a anestesia geral pelos gases com ou sem intubação e associação de curare.

A anestesia local ou regional, a extradural e a gaseosa bem executada, condicionam um silencio abdominal apreciavel. Este silencio abdominal, por sua vez, permite um manuseio fácil e delicado das visceras, evitando os afastamentos sob pressão e força, as trações e a exposição desnecessária de visceras, que uma anestesia geral mal ou pobremente executada, (éter

com mascara de Ombredamme) tão facilmente produz.

Ora todo o manuseio exagerado, sob tensão e força, das visceras intra abdominais, produz invariavelmente a eclosão de de um reflexo vasculo-nervoso, que levando a disturbios vasomotores, altera a circulação visceral, as trocas teciduais, o quimismo e portanto, determina a paralisa do trato intestinal e consequente acúmulo de gases e distensão secundaria.

Vemos aí, como alás fácilmente, a anestesia pode ter relação com a distensão abdominal pós-operatória. É um mecanismo vasculo-simpatico. Aliás o prova com valor, o emprego da raquianalgia ou das infiltrações do splancnico ou do simpatico lombar, na cura da distensão pós-operatória.

Por outro lado, não empregamos trações desnecessárias e fortes, não usamos os afastadores estáticos, o manuseio das visceras é feito com a maior delicadesa, evitando desta maneira o despertador de disturbios vasomotores, que como vimos, são base das distensões abdominaes graves. A falta de drenagem, que nestas intervenções sómente teria a função de irritação, é outro elemento que coopera neste sentido.

Ora, fazendo a profilaxia da distensão abdominal, pela anestesia perfeitamente indicada e executada, pela tecnica cirurgica delicada e precisa, pela hidratação perfeita do paciente e pela abstenção da administração no periodo pré e pósoperatorio de alimentos que predisponham ou facilitem o estabelecimento da distensão abdominal (especialmente, leite), até ao presente, não nos vimos obrigados ao emprego da intubação.

Quanto ao problema anestésico, já vimos, sob certo aspéto, sua capital importancia. E, se estudarmos os quadros parciais das observações clinicas, poderemos distinguir dois periodos, um mais antigo e mais longo, no qual a predominancia da anestesia lóco regional foi soberana. Vemos um numero bastante apreciavel de casos, nos quaes a anestesia local da parede abdominal foi associada á anestesia dos splancnicos por via posterior ou á anestesia perivascular de Haertel (5).

Em 1942, GUERRA BLESSMANN ao voltar da Capital Federal, introduziu no serviço da 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica a anestesia extradural (método de Gutiérrez), entregando a execução das mesmas ao nosso colega João de Almeida Antunes,

que transformou as observações clinicas em excelente tese de concurso, defendida em 1943. (6). Desde aí, a anestesia extradural tem representado um papel preponderante, na anesthesiologia da cirurgia das ulceras gastro-duodenaes.

Mais recentemente, a partir de fins de 1947, temos com frequencia, em nossos casos de cirurgia abdominal, usado novamente a anestesia geral. Mas a anestesia geral pelos gases, com aparelhagem adequada e sob controle de pessoal tecnico competente.

Desde que contamos com a colaboração de assistente tecnico, nosso colega dr. Afonso Fortis, sob cuja orientação se encontra o serviço de anesthesiologia da 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica, e com a colaboração dos dr. David Gusmão e ddo. Paulo Maya, temos desenvolvido o emprego da anestesia geral, colhendo os otimos resultados de um completo e eficiente serviço de anesthesiologia.

A anestesia profunda com o minimo de anestésico, a oxigenação salutar, o relachamento pelo curare, são elementos apreciaveis e que direta e indiretamente condicionam um otimo e tranquilo pósoperatorio.

Ao periodo pérooperatorio ou transoperatorio, reservamos, em nossa clínica, sob orientação e controle do anesthesiologista, importante capitulo nas medidas anti-choque: transfusão de sangue, no geral, em cerca de 500cc, como dose minima, e conforme o estado do paciente e gravidade da intervenção, acrescida da quantia suplementar que o caso clinico em particular requeira. Ao mesmo tempo, si necessario, se inicia a hidratação, pelo soro.

Neste mesmo periodo fazemos uso sistematicamente da lampada de HAVLICEK (Laparophos) cujos principios terapeuticos foram descritos por GUERRA BLESSMANN em duas memoraveis conferencias (7). Seu emprego como medida preventiva das distensões posoperatorias, combatendo a estase sanguinea viscero-abdominal, facilitando a motilidade intestinal, encontra apoio nos trabalhos experimentaes de HAVLICEK (8), confirmados por BASTIEN (9) discipulo de Leriche, PACHOUD e outros.

Aplicação completamente inocua, trazendo reaes vantagens, não vemos porque, possuindo a aparelhagem adequada, se justificaria o seu desuso.

Chegamos finalmente ao problema

maximo de nosso trabalho, á questão da interven  o propriamente dita, que constitue a pedra angular da terapeutica cirurgica da ulcera gastroduodenal.

Inicialmente nos cabe apreciar, antes da descrip  o do metodo de gastrectomia empregado na 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica, dentro do ambito desse mesmo serviço hospitalar, a evolu  o dos processos empregados no tratamento cirurgico da ulcera gastroduodenal.

Os quadros sinteticos das observa  es clinicas, nos permitem seguir a evolu  o das tecnicas empregadas na cirurgia da ulcera gastroduodenal na 2.^a cadeira de clinica cirurgica.

No primeiro periodo, de 1926 a 1944, encontramos em verdade dois sub-periodos. O primeiro, que vae até meados de 1936,   caracterizado pela franca predominancia da gastroenterostomia posterior transmesocolica, tipo de von Hacker, sobre a ressec  o gastrica parcial, então executada pelo processo de Reichel-Polya.

A partir deste marco, até fins do periodo de GUERRA BLESSMANN, vemos um decrescimo das gastroenterostomias em rela  o  s gastrectomias parciais, que então passaram a ser executadas pelo processo de Hofmeister-Finsterer.

E, finalmente, o segundo periodo, de 1945 a 1948, no qual estivemos a testa do serviço, se caracteriza pela absoluta predominancia do tecnica resseccionista, continuando a ser usada a tecnica de gastrectomia parcial de Hofmeister Finsterer, com anastomose transmesocolica, salvo nos casos menos frequentes de ressec  es altas, onde foi usada a anastomose antecolica, mas preservado o tipo de anastomose Hofmeister Finsterer.

O film que a seguir projetaremos, demonstra os diversos tempos cirúrgicos da gastrectomia parcial ou sub-total pelo processo de Hofmeister-Finsterer. Foi tirada em outubro de 1947, pelo nosso assistente dr. Arthur Mickelberg, em um paciente por nós operado no serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, na sala de opera  es Prof. Artur Franco, junto a enfermaria "Prof. Guerra Blessmann" 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de P  rto Alegre.

O processo de Hofmeister Finsterer, introduzido no serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, pelo Prof. Guerra Blessmann, em meados de 1936, se caracteriza pelo modo de anastomose gastro jejunal. Nêste tempo reside sua originalidade.

Conforme vos será possível verificar pelo fim já apontado, usamos indistintamente a incis  o mediana supra umbelical ou a pararectal esquerda. Qualquer uma destas incisões nos d   um excelente acesso ao estomago. Quanto   possibilidade de deiscência ou eventra  o p  s-operatória, ao nível da incis  o mediana, nunca observamos tal complica  o. Em toda a serie de nossas observa  es, como nas do Prof. G. Blessmann, bem como em outras interven  es nas quaes foi usada essa via de acesso, não foi observada nenhuma deiscência, nem eventra  o.

Al  s, segundo o nosso modo de ver, estas complica  es dependem muito menos do tipo de incis  o abdominal usada, que propriamente de tecnica de sutura e do teor de proteinas do paciente.

Fácil   compreender, que num individuo com hipoproteinemia, o processo de regenera  o sofre essencialmente, dado o retardamento da forma  o de fibro e angioblastos. Por outro lado a fragilidade dos elementos formados, não permite a forma  o de uma cicatriz resistente.

Por outro lado, a sutura mal feita, sob tensão excessiva, sem uma dependência exata dos tecidos suturados, sem a conveniente aproxima  o, contribue f  cilmente para a forma  o de uma cicatriz defeituosa.

A presença de drenos ao nível do ferimento operatório, formando em torno do mesmo uma aureola fibrosa, que posteriormente impede o interlaçamento de fibro e angioblastos,   causa frequente destas complica  es.

Reconhecendo de há muito a ineficiência da drenagem abdominal (4) a limitamos aos rarissimos casos de indica  o precisa. Na serie de interven  es cirúrgicas para o tratamento das úlceras gastro-duodenal, nunca drenamos o ferimento operatório.

A correc  o da hipoproteinemia, pelas transfusões, plasma, proteinas injetaveis, quer diluidas em soro ou não (proteinogenio-sero-amina) sempre levada a efeito, em nossos casos clínicos, ao lado de um pós-operatório cuidadoso, no sentido de evitar o aumento da pressão intraabdominal, nos evitaram o dissabor de verificar três complica  es.

Por outro lado, em nossos casos clínicos, como já o afirmamos alhures, a distensão abdominal, sempre atingiu a um grão despresivel, evitando assim um dos motivos de aumento da pressão intra abdominal.

Reparada a parede abdominal, de ambos os lados do ferimento operatório, verificadas as lesões gastro-duodenais apresentadas pelo paciente, e a indicação da gasterctomia parcial, procede-se à liberação do estomago, que é iniciada pela grande curvatura, do piloto em direção ao fornix. A altura superior atingida é determinada pela extensão de estomago a ressecar, por sua vez, condicionada pela sede e extensão da úlcera. No geral ressecamos 2/3 do estomago. Sómente nos casos de úlceras altas da pequena curvatura que a ressecção atinge $\frac{3}{4}$ ou mais.

A libertação da grande curvatura é feita rente ao bordo gástrico, ligando os vasos entre este bordo e o arco gástrico. Ligaduras duplas, evitando assim o acúmulo de pinças do lado gástrico.

A libertação da pequena curvatura é feita em dois tempos. O primeiro, da parte do pequeno epiploon em torno do piloro, dois a três centímetros, acima e abaixo do piloro. Depois de feito o esmagamento do duodeno e secção entre pinças fortes, é seccionado o restante do pequeno epiploon, na parte correspondente à liberação da grande curvatura, levando em conta que o traço de secção do estomago é sempre obliquo de cima para baixo e de dentro para fora.

Uma vez liberada a grande curvatura e desligado o estomago, pela secção do duodeno ao nível do bulbo, sempre que possível, temos o tempo principal da gastrectomia — o fechamento do coto duodenal.

Neste ponto reside grande parte do bom ou mau resultado da intervenção, pois um fechamento defeituoso, leva à mais grave das complicações na gastrectomia, — a fistula duodenal.

O duodeno é seccionado entre uma pinça esmagadora de Pauchet e um clamp colocado na parte gástrica. A altura da colocação da pinça de Pauchet depende da localização da úlcera, gástrica ou duodenal e si duodenal da sede da mesma, das condições do bulbo (si livre ou aderente). Sempre que possível além da úlcera (si duodenal), respeitando a circulação de nutrição, pois uma secção muito próxima da ampola de Vater, poderá não só lesionar os canaes biliares e pancreaticos, mas também trazer inconvenientes para a circulação duodenal nesta zona, o que poderia facilitar a instalação de uma deiscencia de sutura e fistula duodenal.

Em caso de úlcera duodenal pene-

trante, no pancreas, o isolamento e secção do duodeno são feitos atipicamente.

Ressecando o duodeno, passamos à sutura muco-mucosa mantida a pinça de Pauchet, e por sobre esta é aplicada depois uma sutura invaginante tipo Connell, com fio de linho (processo de Maya) Executado a sutura, com as extremidades do fio livres, ao mesmo tempo que é retirada a pinça de Pauchet, a tração em ambas as extremidades do fio, faz com que a sutura corra invaginando o coto duodenal (sutura musculoserosa-musculoserosa). Por sobre esta sutura ainda é feita uma terceira sutura sero-serosa e depois aplicados, por sobre o coto, partes do pequeno e grande epiploon, tornando o coto duodenal o mais protegido possível.

Em casos de adeherencias e de úlceras penetrantes, o fechamento é feito atípico, aproveitando-se o mais possível o tecido duodenal e usando com frequência e bom resultado, a capsula do pancreas, que nestes casos sempre se encontra bem resistente e fibrosada.

Salvo um caso de nossa serie e três da serie do Prof. Guerra Blessmann, tôdas as suturas de coto duodenal foram perfeitamente estanques.

Em nosso caso, o paciente 12.002 — 1948, atribuímos a fistula à ação corrosiva da anilina corrente do fio de linho. Fio novo, de fabricação duvidosa, foi após esta experiência abandonado em nosso serviço.

Entretanto diante da medicação antibiotica e antichoque, nos foi possível resolver satisfatoriamente esta grave complicação.

Não resta a menor dúvida, que esta é a mais grave complicação no curso de uma gastrectomia, pois a peritonite que dela pode derivar é muito mais grave, que a que se segue de uma deiscencia de sutura gástrica. É a mesma relação, que existe entre a perfuração de uma úlcera gástrica e de uma duodenal.

Suturado o coto duodenal, libertadas ambas as curvaturas do estomago até um pouco acima do nível de ressecção do mesmo, chegamos ao tempo do restabelecimento do trafego gastro-intestinal.

Nêste ponto adotamos a técnica introduzida em 1936 no serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica pelo Prof. Guerra Blessmann, isto é a técnica de Hofmeister Finsterer. Dum modo geral, sempre que as condições locais e anatomicas o permitem, esta reconstituição é feita por via

transmesocolica com alça curta e isoperistáltica da direita para a esquerda. Entretanto condições podem ser verificadas, que nos obriguem a adotar algumas variações, mas quasquer que elas sejam, uma parte do processo é mantida uniformemente, e corresponde ao tamanho e feições da boca anastomotica. Usamos sempre o sistema de Hofmeister Finsterer, do fechamento de $1/3$ a $1/2$ da brecha gástrica D ou relacionada à pequena curvatura, usando a parte E ou juxta-grande curvatura para a anastomose. É a anastomose em valvula de Hofmeister.

Em casos de úlceras altamente situadas na pequena curvatura, quando a resecção gástrica atinge perto dos $4/5$ do estomago, ou em casos de mesocolons com rica rede vascular ou muito pequenos e gordurosos, então usamos a via precolica, com longa, isoperistáltica e sem enteroanastomose secundaria.

A técnica apresentada no fim, que iremos passar, foi feita transmesocolica. Exposto o mesocolon, procuramos o melhor local para a brecha cujo bordo E é suturado à face posterior do estomago acima do coto ou do futuro nível do coto gástrico. Após, passamos através da brecha a alça jejunal, curta, que adaptamos à parede posterior do coto gástrico ou do estomago acima do nível de amputação do coto gástrico, para fixação, por sutura sero-serosa, contínua.

Caso o estomago tenha de ser ressecado alto, gostamos de fixar em primeiro lugar a alça jejunal, para depois ressecar o estomago, pois assim fixaremos mais facilmente o coto gástrico.

Após a sutura de fixação posterior, sero-serosa, total a toda a largura do coto gástrico, isto é, da pequena à grande curvatura, procedemos ao fechamento de $1/3$ a $1/2$ da brecha gástrica, conforme o tamanho do estomago. Este fechamento do segmento direito, ou juxta-pequena curvatura, é feito com duas suturas, uma mucosa, e outra sero-musculosa-seromusculosa invaginante, com o cuidado especial na invaginação do angulo superior ou D da sutura.

Em seguida procede-se a sutura da boca anastomotica, após incisão da alça jejunal em dois tempos (1.º — sero-musculosa — e 2.º — mucosa). Sutura seromusculosa-seromusculosa posterior, seguida em sequência por uma sutura muco-mucosa jejuno-gástrica posterior e anterior (ponto de Schmieden). Uma vez concluída a sutura muco-mucosa, procede-se a sutura sero-

musculosa-sero musculosa anterior e depois procede-se a uma sutura sero-serosa anterior total, vindo da grande curvatura em direção à pequena curvatura, fixando por mais esta sutura, a alça jejunal por sobre a parte fechada da brecha gástrica.

Concluída a anastomose, reconstituindo o trafego gastrointestinal, se foi escolhida a via transmesocolica, fixa-se a parte direita da brecha do mesocolon por sobre a anastomose na face anterior do coto gástrico.

Reposição das visceras na cavidade abdominal e sutura do ferimento operatório, camada por camada. Peritoneo com sutura contínua e as restantes camadas com pontos isolados.

Para a sutura, utilizamos fios inabsorvíveis, e desde 1941 — o fio de algodão e de linho, preparado no serviço.

GUERRA BLESSMANN, em sua serie, reservava o fio de cutgut-sertix fino para a sutura muco-mucosa. Em nossa serie, temos ultimamente usado também na sutura muco-mucosa, o fio de algodão e linho.

Como já o explicamos em trabalhos anteriores, os resultados obtidos com o emprego destes fios, continuam, em nossas mãos, superiores aos com os outros meios de sutura.

Eis em traços geraes a técnica que seguimos no serviço da 2.ª cadeira de clínica cirúrgica, na cirurgia das úlceras gastro-duodenaes.

Antes de continuarmos no relato, sob ponto de vista geral, nos permitimos, abrir aqui uma parentesis para a justificação da técnica seguida e acima descrita.

Como já o apontamos, de início, o Prof. Guerra Blessmann, quando empregava a gastrectomia parcial no tratamento cirúrgico das úlceras gastro-duodenaes, especialmente as gástricas, pois então reservava para as duodenaes quasi que exclusivamente a gastreenterostomia posterior, empregava o processo de Reichel-Polya, como meio de reconstrução gastro-intestinal.

Ao Prof. Guerra Blessmann, por meados de 1936, preocuparam certas complicações pós-operatórias, às vezes tardias, e que de um modo geral, ainda hoje se encontram em ordem do dia.

Não somente a possibilidade da re-produção ou da úlcera peptica da boca anastomotica ou jejunal, menor inconsequentemente que nas gastreenterostomias, mas também certa sintomatologia pósprandial de desconforto, de dores, de plenitu-

de gástrica, que dava ao paciente uma sensação anormal, de ineficiência do tratamento feito. Por outro lado, estes pacientes que dificilmente ganhavam de peso, apresentavam não raras vezes, alterações profundas de seu quadro hamático e desenvolveu-se então o estudo entre a possível relação da anemia perniciosa pós-gastrectomia e a gastrectomia em si.

GUERRA BLESSMANN, estudando alguns casos de sua clínica hospitalar e particular, verificou a coincidência destes fenômenos acima apontados com uma grande dilatação da alça jejunal, especialmente a aferente e também em casos mais graves, a distensão por extase do duodeno. tão rápida e totalmente.

Acreditando tratar-se de um esvaziamento muito rápido, do conteúdo gástrico, diante da anastomose total da brecha gástrica na técnica de Reichel Polya, procurou remediar tal situação adotando um sistema de anastomose, que permitindo um bom esvaziamento, no entanto não o efetivasse tão rápida o totalmente.

Estudando várias modificações do processo de Billroth II, já que dificilmente se justifica o emprego do Billroth I, encontrou no processo de Hofmeister-Finsterer uma modificação digna de ser experimentada, pois a boca menor, colocada próxima à grande curvatura, permitia um bom esvaziamento para a alça jejunal eferente, ao mesmo tempo que a fixação de Finsterer da parte aferente da alça jejunal sobre a parte fechada do coto gástrico, eficientemente impedia o retorno do conteúdo gástrico pela alça aferente para o duodeno. Desta maneira evita-se a distensão e estase duodeno-jejunal e as consequências deletérias que a absorção das toxinas e fermentações aí produzidas, tinham sobre o organismo, especialmente sobre os elementos figurados do sangue.

Empregando a técnica de Hofmeister Finsterer, GUERRA BLESSMANN, viu coroados com resultados satisfatórios, suas pesquisas, pois reduziram-se a um mínimo os casos de perturbações pós-gastrectomia. Em nossa serie também, temos colhido resultados muito satisfatórios com a técnica apontada pelo que não encontramos justificativa em substitui-la por outra, mesmo que tenha dado bons resultados em mãos de colegas e outros cirurgiões.

Vejam rapidamente algumas opiniões a respeito deste problema, isto é do método de reconstituição do trânsito gas-

tro-intestinal. O problema ainda é atual e não resolvido a contento dum modo geral, existindo vários processos e defensores de todos êles, citando resultados e indicações.

HOSLEY (10) ao tratar das modificações ao método de Billroth II, nas gastrectomias parciais, afirma: "The Hofmeister type of Billroth II partial gastrectomy seems preferable to the Polya".

Depois de descrever a técnica da anastomose segundo a modificação de Hofmeister, que consta do fechamento do segmento do coto gástrico juxta pequena curvatura e da anastomose do jejuno com a parte do coto gástrico em relação com a grande curvatura, HORSLEY, conclue que esta técnica requer uma alça aferente mais curta que a Reichel Polya, por conseguinte dando menor oportunidade a dobras e cotovelos (feita por via transmesocólica), e evita uma abertura muito larga no jejuno, ao mesmo tempo que permite um esvaziamento altamente satisfatório do estomago.

Na técnica descrita do trabalho de Horsley, falta, ao compararmos com a que descrevemos e usamos, o tempo de Finsterer, que é a fixação de alça aferente por sobre o segmento do coto gástrico fechado.

DELLER (11) em seu recente trabalho sobre o tratamento das úlceras gastroduodenais, na parte da técnica operatória, descreve o que êle chama de — anterior Polya-Hofmeister Subtotal Gastrectomy — meister Finsterer aplicada por via précolíca. Tal como procedemos nos casos de resecção alta do estomago. — Usa também a via posterior ou transmesocólica.

LAHEY (12) e MARSCHALL, conforme o prova a descrição da técnica por êles usada e as figuras n.º 95 e 96 às páginas 232 e 233, realiza a gastrectomia parcial pelo mesmo processo de Hofmeister Finsterer, somente que usa ultimamente a via précolíca com alça longa e sem enteroanastomose secundária. — Afirma que abandonou o processo de Polya, mais chamado de Reichel-Polya pelo processo de Hofmeister, que lhe vem dando melhores resultados, quer sob ponto de vista de maior garantia de sutura, como também com menor número de casos de desconforto pós-operatório — dumping syndrome.

CLAVEL (13) e vários outros autores, segundo Porter, acreditam que o tipo de gastrectomia subtotal, mais fisiológico, é a operação tipo Hofmeister-Finsterer, cujas vantagens dependem do sistema de valva

que possui, e que impede o refluxo de alimentos para o duodeno.

Segundo Porter, HOFMEISTER reconheceu o perigo da deiscência ao nível do ângulo superior da anastomose gastro-jejunal total, aconselhando a sutura da parte superior da brecha gástrica, servindo somente para a anastomose a parte inferior, ou mais próxima à grande curvatura.

Por sua vez FINSTERER verificou que a sensação de desconforto post-prandial em sequência à gastrectomia parcial, dependia com frequência do refluxo do conteúdo gástrico pela alça jejunal aferente. OGILVIE — 1947, descreveu este refluxo como a causa mais frequente do dumping-síndrome, como ficou denominado este desconforto post-prandial.

A fixação proposta por Finsterer da alça aferente por sobre a parte suturada da brecha gástrica, veio dificultar consideravelmente este refluxo, evitando assim a estase e dilatação da alça jejunal aferente e do duodeno.

PORTER baseado nos estudos de STRAUSS e sua escola, sobre o tempo de esvaziamento gástrico, com cuja rapidez está em relação direta a intensidade do "dumping-síndrome" e com o tamanho da boca anastomótica, passou a usar bocas anastomóticas menores. PORTER cita os trabalhos de MEHREN (1897), McANN (1939) de SHAY e GESSLOR-COHEN, todos favoráveis aos achados de STRAUSS e em oposição aos trabalhos de RAVDIN.

KENNEDY, REYNOLD, CANTOR, VITKIN e GORDON-TAYLOR, todos acharam com bastante frequência, nas gastrectomias feitas pelo REICHEL-POLYA, dilatações apreciáveis do jejuno ao nível da boca anastomótica, e pela correlação das perturbações pós-prandiais, a elas atribuem estas últimas.

Nos casos de PORTER, nos quaes usou o processo de Hofmeister-Finsterer, somente em 6% encontrou dilatações do jejuno, e todas estas insignificantes.

Finalmente, PORTER conclue, que o processo de Hofmeister-Finsterer tem as seguintes vantagens:

- 1.a. — Diminuição da incidência da deiscência da sutura na parte superior da boca anastomótica.
- 1.b. — Diminuição do refluxo retrogrado na alça aferente.
2. — Impede a dilatação jejunal, após a ingestão de alimentos.

3. — O risco da hemorragia pós-operatória é menor.
4. — Aumenta o tempo de esvaziamento, sendo assim mais fisiológica.
5. — Consegue modelar uma ação esfinterica ao nível da boca anastomótica.
6. — Reduz a incidência do "dumping-síndrome".

Sendo a hipoproteïnemia um dos motivos do não funcionamento da boca anastomótica pelo edema da mucosa que produz, conforme demonstrado por estudos de BORDEN, RAVDIN e FLEXNER (14), poderia parecer que a primeira vista as bocas anastomóticas menores seriam as mais atingidas. No entanto PORTER, demonstrou em interessantes esquemas, que apesar dessa primeira impressão é a boca anastomótica total, que sofre mais e mais rapidamente no caso do edema hipoproteïnômico. ZINTEL (14) chama a atenção, que em muitos casos de stomite, tudo se regulariza, tão logo se administre sangue ou proteínas ao paciente.

Em todos os casos da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, nunca foi observado um caso de má ou não funcionamento da boca anastomótica.

FINSTERER (15) em trabalho publicado em 1931, nos Estados Unidos da América, chama a si a autoria, da modificação do processo de Billroth II, para uma técnica de boca anastomótica menor, na parte inferior da brecha gástrica, com tipo de valva e com alça jejunal curta e isoperistáltica. Declara que este tipo de anastomose, tem a vantagem sobre a total ou chamada de Reichel-Polya, de evitar o refluxo para a alça jejunal aferente e duodeno.

Na boca anastomótica total, o refluxo é muito mais fácil, mesmo se a secção da brecha gástrica é oblíqua, pois com o paciente em posição ereta ou sentada, a alça jejunal fixa à boca anastomótica, torna-se horizontal, pelo que o conteúdo do estômago que se esvazia, pode penetrar com a mesma facilidade, na alça aferente como na eferente.

Para evitar este inconveniente REICHEL indicou a enteroanastomose de Braun, entre alça aferente e eferente, mas tal anastomose, da mesma maneira que nas gastroduodenostomoses anteriores, facilita pelo desvio dos sucos alcalinos, o aparecimento da úlcera péptica jejunal, na parte superior à enteroanastomose.

CUSTER, BUTT e WAUGH (16) definem o "dumping syndrome" como uma entidade nosológica definitivamente clínica e provavelmente fisiológica, que ocorre depois das gastroenterostomias, com ou sem ressecção gástrica. Depois dum estudo prolongado com referência a relação deste síndrome com o tamanho da boca anastomótica, afirmam que os resultados das operações que procuram diminuir a brecha gástrica para uma boca anastomótica menor, tais como a modificação de Hofmeister do anterior processo de Polya no Billroth II, e a modificação de Shoemaker no Billroth I, são uniformemente bons.

PRAET (17) declara que as modificações de Manin, Kocher, Haberer do processo de Billroth II, já não são mais empregadas atualmente, e que os processos de uso corrente, são os métodos de Reichel-Polya e Hofmeister-Finsterer, principalmente este último.

Não julgando o assunto ainda definitivamente resolvido, PRAT, de momento usa o método de Hofmeister-Finsterer com alça precolica, por julgar de mais fácil realização que a transmesocolica. Usando de preferência a via precolica, está estudando uma modificação, no sentido de poder diminuir ao máximo a alça jejunal. Ainda não tem experiência clínica com esta modificação que está ideando, na qual a parte da brecha gástrica a anastomosar com o jejuno é seccionada obliqua de cima para baixo e da esquerda para a direita, ficando a parte da brecha gástrica a ser fechada, com a orientação inversa. A alça jejunal, mais curta é aproximada da boca anastomótica no sentido da esquerda para a direita.

ZERBONI (18) procedendo ao estudo radiológico de estômagos operados, verificou nos gastrectomizados o funcionamento das neo-bocas. Admite Zerboni que o esvaziamento gástrico no Billroth II e em todas as suas modificações, salvo no Polya, é intermitente. No Polya, dada a largura de sua boca, o estômago esvasia quasi que continuamente e às vezes tão precipitadamente, que produz a dilatação demasiada da alça eferente e das primeiras alças jejunaes que a seguem.

SCHECHTER e NECHELES (19) no mesmo terreno, não julgam bem apropriado o termo de "dumping syndrome" para as diversas perturbações que podem ocorrer aos gastrectomizados e preferem por ser mais extenso e incluir segundo eles, as

queixas e complicações tardias, o termo de "postgastrectomy syndrome" proposto e definido por Adlesberg e Hammerschlag. Para os sintomas imediatos, usam o termo de "early postprandial symptoms".

Estes autores fazem um relato das diversas causas às quaes tem sido atribuídas estas perturbações postgastrectomia, e afirmam que ainda não é possível relacionar a uma delas, em caráter definitivo a origem das mesmas. Citam a jejunité ou distensão jejunal, a causa aceita pela maioria dos autores, a distensão do côlo gástrico, a anacidez ou hipoacidez, a gastrite, a absorção de toxinas, os fatores nervosos e psíquicos, etc.

SCHOEMAKER (20) justifica o emprego de sua modificação ao processo de Billroth I, por ter encontrado entre os resultados obtidos a quasi ausência do "dumping syndrome".

MONTENEGRO (21) justifica em editorial, a preferência da via precolica, no tratamento cirúrgico das úlceras gastroduodenais, por julgar que o estômago fica com maior mobilidade, que se ganha mais tempo, não necessitando fixar o mesocolon ao estômago e que em caso de reintervenção, existe maior facilidade de manipulação cirúrgica. Contra estas vantagens apresenta a necessidade de ser usada uma alça jejunal longa e o possível peso do colon tracionando a anastomose.

Indubitavelmente o que de importante aí existe, é a necessidade do uso de alça longa, pois os tres pontos de vantagem apontados, a rigor não são de molde a invalidar outra tecnica cujos resultados colhidos tenham sido sempre satisfatórios. O que no editorial do ilustre cirurgião patrio, pode advogar em favor da tecnica que usa, é que ele notou após 1943, quando passou a usar sistematicamente a via precolica, um posoperatorio precoce e tardio mais satisfatório, que nos casos anteriores. Quiçá na tecnica ora usada, o esvaziamento seja mais lento e progressivo.

O ganhar alguns minutos e o facilitar reintervenções, não são argumentos para tão completo operador.

ADLESBERG e HAMMERSCHLAG (22) ao estudarem o mecanismo do que eles chamam de síndrome postgastrectomia, julgam que a gastrectomia subtotal é ainda o elemento de escolha para o tratamento das úlceras gastroduodenais, estando a vagotomia ainda em experiência. Adlesberg afirma que esta ultima intervenção, não al-

tera o curso do síndrome postgastrectomia, quando este se instala. Atribuem estas perturbações quando precoces, simplesmente a fatores mecânicos locais e quando persistentes e tardias, a mesma causa, acrescida de uma verdadeira neurose.

VARELA ZEQUEIRA (23) aconselha como o método de escolha no tratamento da úlcera gastroduodenal, no terreno das gastrectomias subtotaes, o de Hofmeister-Finsterer, que também chama de Lahey.

GRASSO (24) em interessante trabalho com farta ilustração, descreve o processo de Puccinelli, como modificação do Billroth II, que julga muito semelhante à modificação de Moynihan II, somente que não usa a boca anastomótica oralis totalis, como esta última. Com uma pequena modificação quanto ao traçado da linha de ressecção gástrica na parte a anastomosar, muito se assemelha com a modificação que PRAT tem desenhado, para próxima utilização.

VANIER (25) cita os resultados obtidos por J. DUVAL nas gastrectomias subtotaes no tratamento das úlceras gastroduodenais, altamente satisfatórios — usando quasi que exclusivamente a técnica de Finsterer.

BOCKUS (26) ao estudar a indicação do tipo de intervenção, se baseia na escolha de Lahey — de uma gastrectomia subtotal antecólica tipo Hofmeister, feita sem clamps.

GARLOCK E LYONS (27) informam que na maioria dos casos usam a técnica de Hofmeister para a gastrectomia subtotal, por via retrocólica. Justificam a via transmesocólica, por julgá-la mais fisiológica, por permitir um esvaziamento mais eficiente do estômago, evitar a alça jejunal longa e por dar menor número de perturbações mecânicas tardias.

Vemos assim que não poucos cirurgiões de renome internacional, apresentam opiniões idênticas e resultados satisfatórios, com a Técnica de Hofmeister Finsterer, ou com a boca anastomótica tipo Hofmeister. Não está o serviço da 2.^a cadeira de clínica cirúrgica, sózinho no emprego desta técnica.

Antes de concluir este capítulo, nos permitimos a simples título informativo, apresentar alguns dados resumidos, relativos a uma técnica de tratamento cirúrgico das úlceras gastro-duodenais, que revivendo técnicas e princípios cirúrgicos da esco-

la francesa, do princípio deste século, se apresenta, na mão de Dragstedt e seus companheiros, como a solução do problema cirúrgico da úlcera gastroduodenal.

É a vagotomia ou vagectomia como a chamam indistintamente e que apresenta como base fisiológica a diminuição ou mesmo abolição da secreção gástrica (ácida) após a secção dos dois nervos vãos.

Revivida inicialmente por Dragstedt por via transtorácica, por ser aí mais fácil a identificação dos vãos e ser hoje relativamente inocente a toracotomia, aliás tem verificado, que depois de tempo mais ou menos longo, a acidez volta. Por outro lado, já tem sido descritos vários casos na literatura médica, de perfurações, hemorragias e outras complicações com úlceras em vagotomizados, que demonstram, que a úlcera pode continuar a evoluir, sem o elemento dor, que é o mais atingido. E traiçoeiramente, pode desta maneira trazer complicações bastante graves.

Continuamos, pessoalmente, partidários da gastrectomia subtotal, acompanhando a apresentação dos estudos e estatísticas em torno da vagotomia ou vagectomia.

GRIMSON (28) informa que com 4 anos de experiência, teve somente 50% de resultados satisfatórios, pelo que não julga este processo como um bom meio de tratamento da úlcera duodenal, levando em conta os resultados que anteriormente obtinha com a gastrectomia. No terreno da úlcera gástrica, somente encara a vagotomia, como possível método auxiliar da gastrectomia, pois sosinha tem um elevado número de recorrências e persistência da úlcera.

AARON (29) e seus associados, no momento, são de opinião que a ressecção gástrica é a intervenção cirúrgica de escolha, na maioria dos pacientes, que se mostram resistentes à medicação médica. A vagotomia tem certos méritos, mas também desvantagens definidas. Reduz a acidez, ao menos temporariamente. Conclue—"For several years to come it must be considered a sane experiment in human gastric functions". Sua principal vantagem, é seu efeito imediato sobre a dor, mas existe a volta ao terreno ulceroso, e tem uma alta percentagem de recorrências, mesmo com hemorragias. — WALTERS a indica na úlcera péptica postgastrectomia.

JORDAN protesta contra a vagotomia na úlcera gástrica, dizendo: "we regard the unhealed ulcer and the recurrent ulcer as dangerous, as potentially malignant" "A-

bout 20% of all gastric cancer arises in what looks like a benign gastric ulcer".

SANDERS (29) usa a gastrectomia na ulcera gastrica, as vezes associada á vagotomia, e na ulcera duodenal a vagotomia, mas sempre seguida de gastroenteroanastomose.

GARLOCK afirma que ainda não existe evidencia suficiente para se poder afirmar que a vagotomia suplante a gastrectomia. Julga um elemento auxiliar nas gastrectomias por ulceras com alta acidez e hemorragias, e na ulcera peptica post-gastrectomia.

COOK (30) declara textualmente: "Any operation in which a normal chest is opened for the treatment of abdominal pathology, violates good taste and good surgical judgment" — "The operation of supradiaphragmatic vagotomy belongs in the limbo of the ridiculous". Se bem que este autor seja totalmente contrario a vagotomia, estamos de pleno acordo nesta parte, como aliás a grande maioria dos cirurgiões, no repudio da via transtoraxica para o tratamento da ulcera gastroduodenal. COOK é partidario da gastrectomia subtotal, nos casos de ulcera gastroduodenal, resistentes ao tratamento medico.

No pósoperatório, quanto á alimentação, as primeiras 24 horas são de completa abstenção, iniciando-se, a partir deste periodo a administração de liquidos, e depois de 96 horas de papas. Em todo o periodo pósoperatório, tal como no de toda a cirurgia abdominal, fazemos o paciente se abster de leite. A alimentação é feita em pequenos intervalos e por pequenas quantidades.

Outro cuidado essencial, é a perfeita hidratação do paciente, usando de preferencia a via endovenosa — soro fisiologico e glicosado, e si necessario plasma e sangue. Em casos de hipoproteinemia, adicionamos ao soro fisiologico, produtos animalizados.

Posição livre no leito, mas sem o levantar precoce. No sentido da medicação antibiotica, tanto sob ponto de vista de ação sobre o ferimento operatorio, como preventiva de complicação bronco pulmonares, de conformidade com o caso clínico continuamos, si necessário, depois das primeiras 48 horas, a administração de penicilina.

Igualmente nas primeiras 48 horas, sistematizamos o emprego de cloreto de sódio hipertônico a 20% — 40 cc por dia,

no sentido de uma melhor mobilização intestinal.

Como já frisamos no pré-operatório, não usamos, em nenhum dos casos de ambas as series a intubação pela sonda de Miller Abbot ou similares. Em nenhum dos casos de nossa serie particular de 1945 a 1948, tivemos distensão abdominal que merecesse maiores cuidados. A simples aplicação duma sonda retal, ou a administração de uma ampola de prostigmina ou similar, resolvia rapidamente a retenção gástrica.

Mesmo na serie I, nunca observamos o aparecimento do ileus paraltico pós-operatório.

Como já o dissemos, atribuímos esta benignidade do pós-operatório, neste particular, a anestesia, á delicadesa da técnica, sem trações, afastamentos e pinças de esmagamento excessivas, á liberdade do paciente no leito, ás irradiações péroperatórias, á correção da hipoproteinemia, á boa hidratação á administração precoce e sistematicamente do cloreto de sódio hipertônico e finalmente á abstenção do leite na alimentação do pós-operatório.

Quanto ás complicações, conforme os quadros-resumo das observações tivemos 4 fístulas duodenaes, sendo três na primeira serie — 1926 a 1944, das quaes duas foram fataes e uma terminou pela cura. Na serie de 1945 a 1948, houve sómente uma única duodenal, debelada diante da medicação empregada, antibiotica e antichoque. Quando tratamos do fechamento do côto duodenal, na parte da técnica operatoria, explicamos o motivo ao qual atribuímos este caso de fístula duodenal, aliás ocorrida num caso de fácil fechamento.

As complicações do aprelho respiratório, na primeira serie, ocasionaram um caso de morte, enquanto que na segunda serie, de 1945 a 1948, foram completamente negligenciaveis, sem a maior importancia, nos raros casos em que ocorriam.

Quanto aos vomitos, complicação imediata, que por vezes pode ocasionar distúrbios serios e determinar complicações tardias mais graves, em nossa segunda serie, sómente tivemos um único caso, onde os vomitos perduraram durante as primeiras 24 horas. Verificado o característico ritmado, foi feita uma medicação de doping barbiturico pelo gardenal, eliminando completamente o vomito. Nos outros casos, podemos bem afirmar, que eles não se apresentaram.

Em relação aos resultados, temos inicialmente de informar que em nosso meio hospitalar, dada a pouca colaboração dos doentes do interior do Estado, que constituem um bom número dos casos clínicos, o serviço de follow-up é bastante defeituoso. No geral se presume, que os pacientes que não mais voltam ao serviço, se encontram em boa situação, isto, porque dificilmente poderão receber no interior do Estado o tratamento para o seu estado morbido, caso haja uma recidiva ou complicação tardia. Se esta se apresenta são novamente dirigidos a Porto Alegre ao serviço da Santa Casa e na portaria é costume endereçar os pacientes aos serviços nos quaes estiveram anteriormente baixados.

Os resultados imediatos estão consignados das relações dos casos clínicos e de vários pacientes temos tido possibilidade de uma revisão tardia, ou porque vieram nos trazer outros parentes e tratamento ou por correspondência pois temos sempre encarecido aos pacientes do interior que nos escrevam periodicamente dando notícias de seu estado de saúde.

De um modo geral, com os dados que nos tem sido possível coligir, em relação aos casos da segunda serie, quanto ás gastrectomias feitas, unicamente uma — na qual foi posteriormente, verificado pelo exame histopatológico, e degeneração carcinomatosa de uma úlcera gástrica calosa — o paciente ainda se encontra — passados 10 meses da intervenção — em observação, diante da possibilidade de uma reprodução do processo maligno.

Em dois casos onde tivemos de usar a via precolica, os pacientes levaram mais tempo a se adaptar, mas hoje se encontram em perfeito estado.

Há três anos atrás, nosso assistente Docente Livre JOÃO ALMEIDA ANTUNES? verificou radiológica e hematologicamente, vários pacientes gastrectomizados pelo Prof. GUERRA BLESSMANN e por nós, encontrando ótima situação da boca anastomótica e do esvaziamento gástrico, os pacientes em boa situação clínica e quadros hematológicos normaes.

Antes de concluirmos êste trabalho, desejamos ainda abordar um assunto correlato, que é o do tratamento das úlceras gastro-duodenaes perfuradas.

São quadros clínicos que estão enquadrados dentro do vasto campo do abdomen agúdo, casos que quasi sempre são atendidos pelo serviço de urgencia dos hos-

pitais, isto é por cirurgiões geraes, que muitas vezes, ao par de boa competencia e técnica, no entanto não tem maior traquejo na cirurgia gástrica-duodenal.

Não resta a menor dúvida, quanto a indicação terapeutica, creio que ninguém titubeia em atribuir ás perfurações de úlceras gastro-duodenaes, quer sejam em cavidade aberta quer em cavidade fechada, o tratamento operatório.

Variam as opiniões, quanto à técnica a usar e a oportunidade de intervir. Esta última depende grandemente, da precocidade da diagnóstico, pois quanto mais cedo seja feita o mesmo, tanto melhores serão as condições do paciente, com que suas probabilidades de recuperação serão maiores.

Uma vez instalado o processo peritonítico geral, estando o paciente em estado de choque, o cirurgião não sómente terá seu campo de ação limitado quanto a técnica a usar, como, por vezes deverá esperar, que as medidas anti-choque, deem uma melhora do estado geral do paciente.

Nas perfurações em cavidade fechada, quando apesar do pneumoperitoneo existente (pequeno sempre), a situação local do ventre (pequena reação, e esta mesma localizada) e o estado geral, mantido sob controle pela medicação antibiotica (penicilina-estreptomicina e sulfas) e pela terapeutica antichoque, permitem a espera armada, não resta a menor dúvida, que a intervenção radical poderá ser realizada dias após, em ótimas condições.

Exemplo do que acabamos de frizar, é o paciente A. T. — 17703 — 1947, que seis dias antes da gastrectomia fez uma perfuração de úlcera calosa da pequena curvatura, em cavidade fechada de encontro à vesícula biliar.

Nas perfurações em cavidade aberta, seguidas de peritonite e choque a intervenção se impõe, desde que as condições geraes do paciente o consintam.

Defrontam-se aí varias tecnicas — a simples sutura — a sutura da úlcera perfurada, com gastroenteronastomose secundária, quando existe receio de que a cicatrização da úlcera venha ocasionar uma estenose de segmento gástrico — e a gastrectomia sub-total — de início.

O emprego das técnicas acima apontadas, depende de um lado, da orientação de escola que obedece o cirurgião das condições técnicas do cirurgião do serviço que atende a ocurencia de urgencia, das con-

dições técnicas do hospital (anestesia serviço de transfusão, etc.) onde baixou o paciente, e finalmente do período decorrido entre a perfuração e o momento em que o médico é chamado a intervir.

Pessoalmente somos partidários, desde que as condições do paciente e os recursos técnicos do cirurgião e do hospital o permitam, da gastrectomia sub-total de início. E justificamos nossa opinião.

Em primeiro lugar é preciso declarar falido o axioma, que há anos encontramos no terreno da gastro-enterologia, e que dizia: — Úlcera perfurada era úlcera curada, uma vez que o paciente tivesse recuperado, com ou sem intervenção cirúrgica, que constava então, da simples sutura ou sutura com gastroenterostomia.

A úlcera pode curar, mas bastante frequente é, especialmente no terreno das úlceras gástricas, que as que perfuram são o mais das vezes calosas, donde verificar-se posteriormente ao nível destas úlceras a complicação mais grave — a designação maligna.

Neste ponto, nos permitimos lembrar que as estatísticas sobre a degeneração maligna das úlceras gástricas, variam muito, desde 5% em umas, até 60% ou mais em outras. Cremos que ambas exageram, mas a verdade que a percentagem está muito mais próxima das ultimas que da primeira. A diferença observada depende da questão do exame histopatológico sistematizado ou não das úlceras.

O anatomo-patológico, que ao exame de uma úlcera gástrica, se limita a examinar um ou mais cortes isolados, corre o risco de esquecer um nucleio degenerativo. É necessário proceder ao exame dos cortes seriados.

Neste particular, nos permitimos reproduzir a afirmação de LAHEY (12), que das úlceras gástricas, que êle mandou ao anatomo-patologista, convencido seriamente da benignidade, pelas condições macroscópicas locais e radiológicas, 10% voltaram com o diagnóstico de malignidade.

Assim pois as úlceras gástricas perfuradas, no geral úlceras calosas, passíveis facilmente de degeneração, não devem simplesmente ser suturadas, ou se tiverem de ser suturadas inicialmente, pelas condições do paciente, devem ser posteriormente extirpadas, por uma gastrectomia sub-total secundária. Sómente assim poderemos estar mais seguros, quanto ao prognóstico remoto destes casos.

Por outro lado, também nos devemos lembrar, que ainda impera a necessidade de diminuir acidez gástrica, e que a simples sutura ou sutura c/gastroenteroanastomose, não a modifica, pelo que para evitar a reprodução da mesma úlcera ou a continuação da molestia ulcerosa, a gastrectomia sub-total secundária ou ab início, se impõe.

O paciente O.F. — 12002 — 1948, apresentou uma nova úlcera calosa, com periviscirite, dois anos após a sutura de uma úlcera perfurada do estomago. Nos últimos anos, em nosso serviço clínico, tivemos ocasião, de reabrir o ventre a mais de três pacientes, que anteriormente tinham tido úlceras perfuradas suturadas, e que nos apresentaram uma situação inoperável, pela extensão do processo maligno. Um destes casos, no ano de 1943, havia sido operado dois meses antes de úlcera gástrica perfurada, e tinham feito a sutura, sem retirar material para biopsia.

Assim pois, somos de opinião, que si as condições geraes do paciente permitem uma intervenção mais prolongada, se as condições técnicas do cirurgião e do hospital permitem a execução de tal intervenção sem precalços, então deveremos gastrectomisar o paciente ab-início. Se taes condições não existirem, a sutura ou a sutura mais gastroenteroanastomose deverá ser feita, com a retirada do material para exame histopatológico, mas sempre seguida num período variável de semanas ou me-de uma gastrectomia sub-total secundária.

MIALARET e EDELMANN (30) em recente trabalho, defendem identico ponto de vista. Apresentam uma estatística de VERHAEGHE e SALEMBIER, dos casos de sutura e gastrectomia variando com a hora de ocorrência da perfuração, isto é, com o número de horas que decorrem entre a perfuração e a intervenção. Antes da 5.^a hora, para 29% casos de sutura existem 71% de gastrectomias, enquanto que depois das 24 horas, as suturas são em 100%.

Os primeiros, fazem entrar no computo do cálculo de indicação da técnica, a hora em que se realiza a intervenção em relação à hora em que se deu a perfuração, a idade do paciente, as condições anatomicas locais da úlcera (seda) e tecidos vizinhos, e as condições materiaes dos serviços cirúrgicos que atendem.

Chamam a atenção para que, a ousadia excessiva dum cirurgião pode ser a causa da morte do paciente, mas que o

conservatismo excessivo e a prudência exagerada aumentam inutilmente o número de maus resultados afastados.

Temos informação que o serviço de urgência do Hospital das Clínicas de São Paulo, está executando com os mais satisfatórios resultados, a gastrectomia sub-total inicial, em quasi que cem per cento dos casos.

Por outro lado, em 1946, TAYLOR (31) na Inglaterra, advogou um tratamento médico conservador, baseado na sucção contínua do conteúdo gástrico, associado aos antibióticos e às medidas anti-choque. Somos de opinião que o processo em si, como medida inicial, nos pacientes recebidos em pessimas condições, tem sua razão de ser, mas que tão pronto as condições do paciente o permitam, êle deve ser operado, para uma sutura e posterior gastrectomia, ou para uma gastrectomia de início, conforme suas condições personalíssimas.

SAMAIN (32) apresentou recentemente uma serie de 55 casos de perfurações de úlceras gastroduodenaes, operadas por gastrectomia sub-total primária, com uma única morte — um velho de 64 anos, operado na 7.^a hora, e que faleceu 14 dias após a intervenção, por infarto de delgado. Fecha a parede sem drenagem.

SHIPLEY e WALKER (33) apresentam êste ano os resultados de 200 casos, operados com sutura da perfuração. Desde que há oito anos deixaram de drenar o abdomen, obtiveram melhores resultados. Igualmente LUER (34), observou uma morbilidade de cinquenta per cento menor, quando não drena.

Eis aí, senhores, um resumo do que se tem feito e se faz, na 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, em relação ao tratamento cirúrgico da úlcera gastro-duodenal, acompanhado de algumas referências explicativas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — WINKELSTEIN, Asher — Modern treatment of peptic ulcer Oxford Univ. Press — 1948
- 2 — MONTENEGRO, BENEDITO — Cirurgia gastro-duodenal in Al. Ciccarini — Progresso da Cirurgia 1946 — S. Paulo
- 3 — DELLER, F. CROGON — The modern manegement of gastríc and duodenal ulcer
- 4 — SECCO EICHENBERG — Abdomen agúdo — conduta cirurgica Medicina e Cirurgia — 1947 — F. 2 — V. 9
- 5 — SECCO EICHENBERG — Anestesiologia Medicina e Cirurgia — 1943 — n. 3 — T. 5
- 6 — ANTUNES, J. A. — Anestesia extradural — Método de Gutierrez — Suas indicações em cirurgia geral Têse de concurso docencia livre Cl. Cirúrgica Pôrto Alegre — 1943
- 7 — GUERRA BLESSMANN, L. F. — Novos horizontes anatomo-fisiológicos da circulação. Anais da Fac. Medicina de Pôrto Alegre F. 1 — Ano I — 1938
- 8 — HAVLICEK, Hans — Neue Wege der Trombasenforschung Leipzig — 1943
- 9 — BASTIAN, JACQUES — Les irradiations infrarouges et ultraviolettes en chirurgie operatoire Le François, ed. — Paris — 1937
- 10 — HORSLEY, J. SHELTON — Sugery of stomach and duodenum 1933 — Kimpton ed. — London
- 11 — DELLER, F. Croxon — Obra citada sob número 3.
- 12 — LAHEY, FRANK H. — Surgical practice of the Lahey Clinic Saunders ed. — 1942 — USA.
- 13 — PORTER, H. W. & CLAMM. C. B. (Edinburgh-Scotland) — A preliminary report on the advantages of a small stoma in partial gastrectomyfor ulcer. Annals of Surgery — 1949 — V. 129 — n. 4P — 417
- 14 — ZINTEL, H. A. — Preoperative and posoperative care of patient with lesions of stomach and duodenum Surgical Clinics of North América — 1944 — December.
— The surgical treatment of duodenal ulcer
- 15 — FINSTERER, Hans & CUNHA, Felix da — The surgical treatment of duodenal ulcer Surgery, Gynecology and Obstetrics — 1931 — página 1099.
- 16 — CUSTER Jr., M. D. & BUTT, H. R. WAUGH, J. M. — The so colled — dumping syndrome — after sub total gastrectomy Annals of Surgery — 1946 — V. 123 — n. 3 — 416.
- 17 — PRAT, Domingos — Sôbre reconstituicion del transito digestivo post-gastrectomia. Boletim del Instituto de Clínica Cirúrgica Montivideo — V. 2 — n. 1 — 1948 — pag. 1.

- 18 — ERBONI, Eugenio R — Estudio radiológico de los estómagos operados Boletim del Instituto de Clínica Cirúrgica Montivideo — V. 2 — n. 1 — 1948 — pag. 21
- 19 — SCHECHTER, S. E. & NECHELES, H. — Postprandial symptoms following subtotal gastrectomy for peptic ulcer and their relation Gastroenterology — 1949 — V. 12 — n. 2 — 258
- 20 — SCHOEMACKER, C. A. (Hague-Holland) — Partial gastrectomy in the war years Surgery, Gynecology and Obstetrics — 1949 — V. 88 — n. 4 — pag. 447
- 21 — MONTENEGRO, BENEDITO — Gastro-enteroanastomose pré-colica — Editorial Revista de Cirurgia de São Paulo V. 12 — n. 1 — 1946 — pag. 33
- 22 — ADLESBERG, David & HAMMEL-SCHLAG, E. — Mechanism of the postgastrectomy syndrome Journal of the American Medical Association — 1949 — V. 139 — n. 7 — pag. 429.
- 23 — ZEQUEIRA, R. VARELA — Ulcera gastroduodenal in Temas de Cirurgia — Varela Zequeira — Iriondo — Antonelli — 1949 — La Habana — pag. 123.
- 24 — GRASSO, ROSARIO — Chirurgia gástrica Capelli ed. — Bologna — 1943
- 25 — VANIER, JEAN — Etudes médico-chirurgicales de gastroenterologie pratique — Maloine ed. — Paris — 1947
- 26 — BOCKUS, HENRY L. — Gastroenterology — V. 1 — The esophagus and the stomach Saunders ed. — 1943 — USA.
- 27 — GARLOK, J. H. & LYONS A. S. — The surgical therapy of duodenal ulcer Surgery — 1949 — V. 25 — n. 3 — pag. 252
- 28 — GRIMSON K. S. & others — Vagotomy — clinical experiences during 4P years Journal of the American Medical Association — 1949 — V. 139 — n. 8 — pag. 508
- 29 — COOK, DONALD — Ulcer — Ed. Medical Center Foundation and Fund 1946 — Chicago
- 30 — MIALARET J. & EDELMANN G. — Les problemas du traitement des ulcero-perforés gastro duodenaux. La gastrectomie d'urgence — Indicationset resultats Masson ed. — 1949.
- 31 — TAYLOR, G. — Suction conservative treatment of acute perforated peptic ulcers — Lancet — 1946
- 32 — SAMAIN A. (Coutrai-Belgique) — Resultats de la gastrectomie d'urgence pour ulcere perforé — Memoires de la Academie de Chirurgie — 1948 — V. 74 — n. 35 — 798
- 33 — SHIPLEY, E. R. & WALKER, J. H. — Perforated gastric and duodenal ulcers — An analysis of 200 consecutive cases. — American Journal of Surgery — 1949 — V. 77 — n. 3 — pag. 329
- 34 — LUER, Carlyle A. — Acute perforations of stomach and small bowel ulcerations — An analysis of 362 consecutive cases. — Surgery — 1944 — V. 25 — n. 3 — 404.

FACULDADE DE MEDICINA DE PÔRTO

2.^a Cadeira de Clínica Cirurgica — Enfermaria “Profe

(18.^a Enfermaria — Santa Casa)

ESTATÍSTICAS 1926/1944

Iniciais	Idade	Côr	E. Civil	Nacionalidade	Profissão	Ano	N.º Papeleta	Diagnóstico
M. M.	39	bran.	solteiro	português	garçon	1926	5.980	U. p. E (p. cur.)
G. M.	37	"	casado	brasileiro	agricultor	1927	1.133	U. G. pil.
J. T.	53	"	"	polonês	operário	1928	5.294	U. D. (b)
G. W.	17	"	solteiro	brasileiro	comércio	1928	6.727	U. D.
E. S.	29	"	casado	"	chauffeur	1928	7.268	U. D.
E. P.	56	"	solteiro	alemão	—	1928	6.708	U. D. pen. panc. c/gast.
J. L.	69	"	casado	"	agricultor	1929	1.266	U. D.
A. M.	26	"	"	brasileiro	funileiro	1929	6.465	U. E. j. pil.
H. N.	37	"	"	"	agricultor	1929	7.466	U. B. pil.
J. D.	30	mixto	"	"	"	1929	8.011	U. D.
F. Q.	49	bran.	"	português	operário	1930	1.566	U. G. j. pil.
F. Q.	43	bran.	"	brasileiro	agricultor	1930	3.646	U. G. j. pil.
F. D.	53	"	"	"	"	1930	4.656	U. G. j. c/estr.
F. S.	40	mixto	"	"	"	2930	4.523	U. G. j.
A. S.	22	"	solteiro	"	"	1930	5.428	U. D.
A. B.	42	bran.	casado	"	"	1930	4.997	U. G. j. pil.
P. P.	46	"	"	"	"	1931	9.030	U. D. c/periv.
A. S.	24	mixto	solteiro	"	"	1931	9.732	U. D.
A. S.	27	bran.	casado	"	comerciário	1932	3.242	U. G. j. pil.
A. C.	61	"	viuvo	"	agricultor	1932	1.435	U. G.
M. R.	25	"	solteiro	"	chauffeur	1933	5.900	U. D. II p
S. P.	50	"	"	"	agricultor	1933	8.823	U. G. p. c.
A. B.	23	"	casado	"	"	1934	961	U. D. II p.
A. K.	56	"	"	"	"	1934	3.198	U. G. jp.
I. P.	38	"	"	"	operário	1934	4.841	U. D. b.
V. F.	47	"	viuvo	"	guarda civil	1934	9.152	U. D. b.
M. R.	55	"	casado	"	operário	1935	3.364	U. G. pc.
L. B.	44	"	viuvo	"	"	1935	8.954	U. G. j. pil.
A. A.	20	"	solteiro	"	sapateiro	1936	614	U. peq. boca anos.
C. A.	53	"	"	"	agricultor	1936	3.035	U. G. pc. calosa
F. B.	44	"	casado	"	comerciário	1936	4.914	U. D. C.
J. B.	51	"	"	"	operário	1936	5.730	U. D. C.
J. R.	47	"	"	"	"	1936	6.293	U. G. j. pil.
J. G.	50	"	"	"	"	1936	7.142	U. G. p. c.
J. L.	50	"	"	"	"	1936	8.750	—
M. L.	61	"	"	"	agricultor	1936	9.750	U. G. p. c.
E. D.	39	"	"	"	"	1936	8.630	U. G. p. c.
F. S.	55	"	"	"	"	1936	9.273	U. G. pc.- p. pf.
A. B.	25	"	"	"	"	1936	10.389	U. peq. boca anast.
J. T.	44	"	"	"	"	1936	10.649	GE. c/ad. colon
I. K.	53	"	solteiro	"	operário	1936	11.336	U. G. j. pil.
J. R.	58	"	casado	"	agricultor	1937	1.011	U. D. C.
J. M.	51	"	"	"	"	1937	1.693	U. G. c/
D. K.	48	"	solteiro	"	operário	1937	6.178	U. G.
D. R.	45	"	casado	"	jorn.	1937	7.583	U. G.
J. C.	32	"	"	"	agricultor	1937	7.651	U. G.
D. S.	47	"	"	"	"	1937	7.917	U. D. C.
E. V.	42	"	"	"	operário	1938	12.027	U. D. C.

DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

urgica — Enfermaria "Professor Guerra Blessmann"

(18.^a Enfermaria — Santa Casa)

ESTATÍSTICAS 1926/1944

N.º Papeleta	Diagnóstico	Intervenção	Anestesia	R e s u l t a d o
5.980	U. p. E (p. cur.)	Gastrorafia	Eter	Faleceu
1.133	U. G. pil.	GE. V. Hock	Regional	Cur. 17 d.
5.294	U. D. (b)	Gastropilorect.	Espl. loc.	Cur. 36 d.
6.727	U. D.	Gastropilorect.	Espl. e Eter	Fal. 5 d.
7.268	U. D.	Gastropilorect.	Espl. e Eter	Cur. 18 d.
6.708	U. D. pen. panc. c/gast.	Gastropilorect.	Local espl.	Cur. 25 d.
1.266	U. D.	G. E.	Local espl.	Cur. 20 d.
6.465	U. E. j. pil.	G. E.	Balsor.	Cur. 21 d.
7.466	U. B. pil.	G. Ep.	Avertina + eter	Cur. 23 d.
8.011	U. D.	G. Ep.	Avertina + eter	Cur. 20 d.
1.566	U. G. j. pil.	G. Ep.	Avertina + eter	Cur. 21 d.
3.646	U. G. j. pil.	G. Ep.	Avertina + eter	Cur. 15 d.
4.656	U. G. j. c/estr.	Gast. T. P.	Avertina + eter	Cur. 20 d.
4.523	U. G. j.	Gast. T. P.	Avertina + eter	Cur. 34 d.
5.428	U. D.	G. E.	Avertina + eter	Cur. 29 d.
4.997	U. G. j. pil.	G. Ep.	Avertina + eter	Cur. 40 d.
9.030	U. D. c/periv.	Gast. p/Fruster	Avertina + eter	Cur. 28 d.
9.732	U. D.	Exclusão piloro	Eter	Cur. 52 d.
3.242	U. G. j. pil.	G. E. p.	Espl. local	Cur. 25 d.
1.435	U. G.	Gastertom. R. P.	Espl. + eter	
5.900	U. D. II p	G. E. p.	Eter	Cur. 30 d.
8.823	U. G. p. c.	G. E. p.	Avertina + eter	Cur. 22 d.
961	U. D. II p.	G. E. p.	Avertina + eter	Cur. 18 d.
3.198	U. G. jp.	Gastro. R. P.	Local spl.	Faleceu 6 d. perit.
4.841	U. D. b.	G. E. p.	Avertina	Cur. 21 d.
9.152	U. D. b.	G. E. p.	Eter	Cur. 11 d.
3.364	U. G. pc.	Gastro. p.	Neol. + eter	Cur. 20 d.
8.954	U. G. j. pil.	G. E. p.	Neol.	Faleceu
614	U. peq. boca anos.	Gastr. parc.	Neol.	Cur. 24 d.
3.035	U. G. pc. calosa	Gastr. parc.	Neol.	Cur. 23 d.
4.914	U. D. C.	Gastr. parc.	Neol.	Cur. 28 d.
5.730	U. D. C.	G. E. p.	Neol.	Cur. 20 d.
6.293	U. G. j. pil.	Gastr.	Neol. + eter	Cur. 27 d.
7.142	U. G. p. c.	G. E.	Neol.	Faleceu pneumonia
8.750	—	G. E.	Neol. local spl.	Cur. 18 d.
9.750	U. G. p. c.	G. E.	Spl. Kopps.	Cur. 23 d.
8.630	U. G. p. c.	G. E.	Neol. c/eter	Cur. 41 d.
9.273	U. G. pc. p. pf.	Resec. do div.	Neol. c/eter	Cur. 28 d.
	U. peq. boca anast.	sutura bre. post.		
10.389	GE. c/ad. colon	Gast.	Neol. Kopos	Cur. 18 d.
10.649	U. G. j. pil.	Gastr. H. F.	Neol. Kopps.	Cur. 19 d.
11.336	U. D. C.	Gastr. H. F.	Neol. Kopps.	Faleceu
1.011	U. G. c/	G. E. p.	Neol. Spl. post.	Cur. 19 d.
1.693	U. G. c/	G. E. p.	Neol. Spl. post.	Cur. 12 d.
6.178	U. G.	Gastr. A. F.	Neol.	Cur. 13 d.
7.583	U. G.	G. E.	Neol.	Cur. 12 d.
7.651	U. G.	G. E.	Neol.	Cur. 16 d.
7.917	U. D. C.	G. E.	Neol.	Cur. 15 d.

J. R.	47	"	"	"	"	1936	5.730	U. D. C.
J. G.	50	"	"	"	"	1936	6.293	U. G. j. pil.
J. L.	50	"	"	"	"	1936	7.142	U. G. p. c.
M. L.	61	"	"	"	agricultor	1936	8.750	—
E. D.	39	"	"	"	"	1936	9.750	U. G. p. c.
F. S.	55	"	"	"	"	1936	8.630	U. G. p. c.
						1936	9.273	U. G. pc. p. pf.
A. B.	25	"	"	"	"			U. peq. boca anast.
J. T.	44	"	"	"	"	1936	10.389	GE. c/ad. colon
I. K.	53	"	solteiro	"	operário	1936	10.649	U. G. j. pil.
J. R.	58	"	casado	"	agricultor	1937	11.336	U. D. C.
J. M.	51	"	"	"	"	1937	1.011	U. G. c/
D. K.	48	"	solteiro	"	operário	1937	1.693	U. G. c/
D. R.	45	"	casado	"	jorn.	1937	6.178	U. G.
J. C.	32	"	"	"	agricultor	1937	7.583	U. G.
D. S.	47	"	"	"	"	1937	7.651	U. G.
E. V.	42	"	"	"	operário	1937	7.917	U. D. C.
E. T.	44	"	"	"	"	1938	12.027	U. D. C.
W. B.	30	"	"	"	"	1939	522	U. G. j. pil.
A. R.	48	"	"	"	"	1940	2.357	U. G. perif.
J. A.	32	mixto	solteiro	"	"	1940	10.680	U. G. perf. col.
J. F.	45	bran.	casado	alemão	técnico	1940	8.928	U. G. c/est. pil.
G. S.	30	"	"	brasileiro	operário	1941	12.891(40)	U. D. c.
S. C.	27	"	solteiro	"	agricultor	1941	12.972(40)	U. G. perf.
S. S.	51	"	"	"	operário	1941	312	U. D. c.
J. P.	46	"	casado	"	"	1941	3.029	U. G. c/estr. pil.
P. V.	46	"	"	"	agricultor	1942	2.241	U. G. pc. calosa
M. M.	25	"	solteiro	"	operário	1942	19.731(40)	U. D. perf. C.
A. L.	25	"	"	"	"	1943	98	U. G. perf.
M. L.	35	"	casado	"	"	1943	467	U. D. C.
T. R.	38	"	"	"	"	1943	314	U. G. p. p. col.
G. S.	38	"	"	"	"	1943	15.847(42)	U. G. est. pil.
E. F.	32	"	"	"	"	1943	1.054	U. G. perf.
G. S.	40	"	"	"	"	1943	4.028	U. G. c/est. pil.
U. L.	32	"	"	"	guarda civil	1943	5.466	U. G. anter.
J. R.	43	preto	"	"	operário	1943	7.246	U. G. p. pil.
F. F.	34	bran.	"	"	—	1943	6.221	U. G. p. pol. c/esbe.
N. R.	21	mixto	solteiro	"	enfermeiro	1943	1.902	U. G. perf.
M. R. C.	46	"	casado	"	chauffeur	1943	9.234	U. D. C.
N. A.	41	bran.	"	"	comerciário	1943	11.586	U. G. p. pil. perf. c/feb. d.
D. R.	20	"	solteiro	"	enfermeiro	1943	13.107	U. G. p. pil. perf.
O. K.	29	"	"	"	agricultor	1943	14.668	U. D. C. perf. pancr.
R. P.	44	"	casado	"	eletr.	1943	14.728	U. G. p. pil. c/estr.
G. N.	44	"	"	"	operário	1944	820	U. G. perf. 72 h.
F. D.	24	"	solteiro	"	enfermeiro	1944	4.085	U. G. p. p. pen.
F. D.	20	"	"	"	agricultor	1944	5.445	U. D. C.
C. O.	49	"	casado	"	sapateiro	1944	7.686	U. G. anter.
						1944	15.882	U. G. c/est. pil.

U. D. C.	G. E. p.	Neol.	Cur. 20 d.
U. G. j. pil.	Gastr.	Neol. + eter	Cur. 27 d.
U. G. p. c.	G. E.	Neol.	Faleceu pneumonia
—	G. E.	Neol. local spl.	Cur. 18 d.
U. G. p. c.	G. E.	Spl. Kopps.	Cur. 23 d.
U. G. p. c.	G. E.	Neol. c/eter	Cur. 41 d.
U. G. pc. p. pf.	Resec. do div.	Neol. c/eter	Cur. 28 d.
U. peq. boca anast.	sutura bre. post.		
GE. c/ad. colon	Gast.	Neol. Kopos	Cur. 18 d.
U. G. j. pil.	Gastr. H. F.	Neol. Kopps.	Cur. 19 d.
U. D. C.	Gastr. H. F.	Neol. Kopps.	Faleceu
U. G. c/	G. E. p.	Neol. Spl. post.	Cur. 19 d.
U. G. c/	G. E. p.	Neol. Spl. post.	Cur. 12 d.
U. G.	Gastr. A. F.	Neol.	Cur. 13 d.
U. G.	G. E.	Neol.	Cur. 12 d.
U. G.	G. E.	Neol.	Cur. 16 d.
U. D. C.	G. E.	Neol.	Cur. 15 d.
U. D. C.	Gastr. Fruster	Neol.	Cur. 12 d.
U. G. j. pil.	G. E. p.	Neol.	Cur. 17 d.
U. G. perif.	sutura	Eter	Cur.
U. G. perf. col.	sutura	Neol.	Faleceu — 1 d.
U. G. c/est. pil.	G. E. p.	Neol.	Cur. 15 d.
U. D. c.	G. E. p.	Neol.	Cur. 13 d.
U. G. perf.	sutura	Neol.	Cur. 22 d.
U. D. c.	Gast. H. F.	Eter	Cur. 15 d.
U. G. c/estr. pil.	G. E. p.	Neol.	Cur. 14 d.
U. G. pc. calosa	Gastr. H. F.	Neol.	Cur. 21 d.
U. D. perf. C.	sutura	Eter	Cur. 11 d.
U. G. perf.	sutura	Eter	Cur. 25 d.
U. D. C.	G. E. p.	Eter	Cur. 14 d.
U. G. p. p. col.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 21 d.
U. G. est. pil.	G. E. p.	Estra.	Cur. 18 d.
U. G. perf.	sutura	Novoc.	Cur. 15 d. - fal. a 6/5/43 - cancer
U. G. c/est. pil.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 18 d.
U. G. anter.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 11 d.
U. G. p. pil.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 12 d.
U. G. p. pol. c/esbe.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 15 d.
U. G. perf.	sutura	Novoc.	Faleceu
U. D. C.	G. E. p.	Estra.	Cur. 10 d.
U. G. p. pil. perf. c/feb. d.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 12 d.
U. G. p. pil. perf.	sutura	Eter	Cur. 13 d.
U. D. C. perf. pancr.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 15 d.
U. G. p. pil. c/estr.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 9 d.
U. G. perf. 72 h.	sutura	Novoc. estra.	Faleceu
U. G. p. p. pen.	Gastr. H. F.	Loconp.	Cur. 14 d.
U. D. C.	G. E. p.	Loconp.	Cur. 19 d.
U. G. anter.	Gastr. H. F.	Estra.	Cur. 21 d.
U. G. c/est. pil.	Gastr.	Local	Cur. 10 d.

FACULDADE

2.^a Cadeira de Clínica C

Ano	Papeleta	Iniciais	Idade	Côr	Nacionalidade	Profissão	Diagnóstico
1945	5.626	A. G. M.	42	Branco	Brasileiro	Comércio	U. G. j. pil. c/extenose. Anemia
1945	9.405	M. F. S.	26	"	"	"	U. G. calosa-antro Periviscerite
1945	10.282	O. O. C.	48	"	"	Agricultor	U. G. j. pil. gastrite duodenite
1945	11.034	A. S.	32	"	"	Operário	U. D. bulbo c/ periduodenite e gas.
1945	15.213	N. A.	43	"	"	Comércio	Antiga U. G. perf. e sutur. Exten. piloro
1946	2.172	G. J.	51	"	"	Agricultor	U. G. peq. curv. c/exte. pil. peri-viscerite
1946	2.876	A. A. O.	30	"	"	Servente	U. D. bulbo perf. pancreas
1946	1.699	R. M. M.	26	"	"	"	U. G. antro UD bulbo
1946	5.227	J. B.	34	"	"	Agricultor	U. G. j. pil.
1946	2.361	S. R.	55	"	"	"	U. G. peq. curv. perf. peritonite
1946	5.421	J. R. L.	50	"	"	"	U. G. peq. curv.
1946	5.835	P. M. C.	48	"	"	"	U. G. j. pil.
1946	14.202	R. F.	41	"	"	"	U. G. j. pil. C/exten. compl. pil.
1946	4.709	J. F.	69	"	"	Pedreiro	U. G. Peq. curv. perf. pancreas
1946	15.623	S. L.	60	"	"	Operário	U. D. perf. peritonite
1947	6.489	A. F.	34	"	"	Agricultor	U. D. bulbo (2-1-Pen. Pancreas)
1947	41	A. D.	65	"	"	Operário	D. G. calosa antero
1947	1.159	A. D. R.	33	"	"	Comércio	U. D. bulbo gastrite ulcerosa
1947	522	J. F. L.	54	"	"	Agricultor	U. D.
1947	3.173	C. O.	51	"	"	Sapateiro	U. G. peq. cur.
1947	2.968(45)	F. P.	57	"	"	Agricultor	U. D. face ant. bulbo Divert.
1947	12.939	A. B.	42	"	"	"	U. D. bulbo
1947	12.851	J. F. N.	44	"	"	"	U. G. calosa, alt. peq. curv. c/retr. epiplon ad. pancreas
1947	14.663	P. S. C.	63	"	"	"	U. G. fac. post. peq. curv.
1947	17.703	A. T.	61	"	Italiano	"	U. G. calosa peq. curv. perf. s/visi.
1948	3.082	P. L.	38	"	Brasileiro	"	U. G. j. pil. ext. pil. duodeno
1948	4.905	O. B. V.	35	"	"	"	U. G. j. pil. c/ext. parcial pil.
1948	6.909	A. S.	58	"	Italiano	Cambista	U. D. bulbo face ant. perf. s/ligamento figado
1948	7.849	I. J. G.	32	"	Brasileiro	Pintor	U. D. face ant. bulbo
1948	9.237	J. P.	23	"	"	Agricultor	U. D. bulbo duodenite traf. pil. prej.
1948	10.738	J. G.	27	"	"	"	U. G. calosa peq. curv. per. pancreas perf. s/visicula
1948	11.006	O. S. M.	32	Mixta	"	"	U. D. bulbo perf. pancreas divertículo
1948	11.376	P. T. F.	32	Branco	"	Barbeiro	U. D. bulbo em via perf.
1948	12.002	O. F.	44	"	"	Comércio	U. G. pentr. face inf. figado perivicesrite c/aderências
1948	12.859	E. M.	43	"	"	Agricultor	Ulcera-cancer G. peq. curv.
1948	16.296	A. D.	48	"	"	"	U. G. peq. curv. pen. pancreas
1948	17.739	J. B. M.	40	"	"	"	U. G. j. pil. c/extensa cica. pil. Duodeni. bulbo duodenal
1948	12.649	H. L.	28	"	"	Pedreiro	U. G. ant. perf.
1948	14.940	H. L.	28	"	"	"	U. D. bulbo ad. ao fig. ulc. post. op.
1948	18.917	H. C.	31	Mixta	"	Mecânico	U. D. fac. ant. bulbo
1948	17.189	E. F.	26	Branco	"	Maquinista	Jejunite ulcerosa em alça øfe. G. E.
1948	6.473	A. M. O.	43	"	"	Guarda Civil	U. Peptica do jejuno em antiga G. E.
1948	9.530	F. S. H.	30	"	"	Agricultor	U. D. bulbo periv. e pericolisestite

DE MEDICINA DE PÔRTO ALEGRE

urgica — Enfermaria “Prof. Guerra Blesmann” (18.^a Enfermaria Santa Casa)

ESTATÍSTICAS 1945 - 1948

Intervenção	Anestesia	Resultado	OBSERVAÇÕES
Gastr. N. Finsterer	Extra	Curado 18 d.	Revisto 5 meses após. Aumentou 10 kgs. Rx. trânsito livre.
" " "	"	Curado 18 d.	Ex. histo patológico Dr. C. Lima (ulcera calosa).
" " "	"	Curado 7 d.	
" " "	"	Curado 9 d.	
G. E. post. V. Hocke	"	Curado 9 d.	Aderências tornaram difícil gastrectomia. Visto um mês após havia aumt. 12 kgs.
Gastr. N. Finsterer	"	Curado	
" " "	"	Curado	
" " "	"	Curado	Visto em 1948 por apendicite agudo. Ótimamente do estômago.
" " "	"	Curado 31 d.	
Sutura	Eter	Curado	Operado serviço urgência. Visto após um mês. Bem.
"	Extra	Curado	
Gastr. N. Finsterer	"	Curado 31 d.	
" " "	Local e	Curado 12 d.	Visto 5 meses após. Bem.
" " "	Novoc. local	Curado 21 d.	
" " "	"	Falecido	Operado serviço de urgência. Peritonite. Choque.
Sutura + G. E. post.	Extra	Curado 14 d.	
Gastretoc. H. Finsterer	"	Curado 17 d.	Rx. anterior = tumor maligno.
" " "	"	Curado 13 d.	Lues (+ + +). Fez tratamento médico prévio s/resultado.
" " "	"	Curado 14 d.	
" c/alça ant. colica	"	Curado 15 d.	Anteriormente sofrera uma postero duoduostemia em 1944.
" N. Finsterer	"	Curado	Estava recolhido há quase dois anos por anterior afecção. Sintomatologia apareceu no serviço.
" " "	"	Curado 10 d.	
" c/alça ant. colica	Raqui-cont. +	Curado 21 d.	Cefalea post-operatória 1.º grau.
" N. Finsterer	Gazes	Curado 17 d.	
" " "	"	Curado 20 d.	Fez 6 dias antes perf. em car. Fechado. Repouso.
" " "	Extra	Curado 14 d.	Visto 45 dias após. Bem. Aumentou 5 kgs.
" " "	"	Curado 10 d.	Visicula extose.
" " "	" + tio.	Curado 23 d.	Liog. Rx. Anterior Ext. pel. por câncer — Metostose hepática. Visto 2 meses após operado. Bem. Aumentou 6 kgs.
" " "	" + gazes	Curado 17 d.	
" " "	Extra	Curado 10 d.	
" " "	"	Curado 21 d.	
" " "	" + gazes	Curado 11 d.	
" " "	Extra	Curado 13 d.	Infiltra. peq. curvatura.
" " "	" + local	Curado 44 d.	Fistula duodenal curada. Fio c/anilina. Outra ulcera já perf. e sut. anos antes.
" " "	"	Curado 11 d.	Anat. pal. Dr. Cirne Lima. Revela a transf. maligna.
" " "	Gazes	Curado 51 d.	Arc. vicioso alça antecolica.
" " "	Extra + eter	Curado 20 d.	
Sutura	"	Curado	Operado serviço urgência.
Gastr. H. Finsterer	Extra + gazes	Curado 14 d.	Psicopata.
" " "	" + tio.	Curado 15 d.	Tinha feito longo tratamento.
" " "	Gazes	Curado 31 d.	
" " "	"	Curado 12 d.	Resultado pouco satisfatório.
Gastr. H. F. + Colicestomia	"	Curado 20 d.	