* Considerações a proposito do diagnostico differencial, num caso de ulcera do estomago

pelo

Prof. ANNES DIAS

Cathedratico de Medicina Legal

Não se trata, neste trabalho, de analysar um caso raro, nem de rasgar veredas em terreno não talado: estas considerações têm por escopo mostrar quão difficil e interessante é o estudo dos symptomas gastricos e como é escabroso, por vezes, o diagnostico differencial entre a ulcera e o cancer do estomago, mesmo quando, como no caso abaixo, todos os recursos do laboratorio e da clinica foram postos em contribuição.

Sem mais detença, entremos no estudo do caso:

N N. Senhora de 59 annos de edade. Peso actual 67 (tinha 98 ha 3 annos) Altura $1,^{58}$.

Anamnése.

Era obesa, soffreu de menorrhagias durante 10 annos, as quaes cessaram, ha 3 annos, apparecendo então o rheumatismo, sendo de notar que, anteriormente, antes de se estabelecer o fluxo menstrual, sentia dôres em differentes regiões, dôres que cessavam logo que o fluxo sobrevinha.

Ha 5 annos teve, durante 2 mezes, uma colite, que a fez emmagrecer bastante.

Sempre soffreu de prisão de ventre, ou melhor, de dyschesia, pois se tratava, no caso, de difficuldade de expulsão das fezes da ampola rectal.

O rheumatismo, iniciado ha 3 annos, nos joelhos e na mão esquerda, extendeu-se, depois, a outras articulações.

Para combater esse rheumatismo usou de enxofre colloidal, por via endovenosa, de iodo, salicylato de sodio, quinina, aspirina e antipyrina *larga manu* e por muito tempo, por via gastrica.

Refere que, durante as crises rheumaticas, ás vezes a thyroide era dolorosa.

Quando, em Outubro de 1918, cessou o rheumatismo, appareceu forte dôr no ventre, com colicas e diarrhéa escura.

Foi a 12 de Março, que, pela primeira vez, vi a doente. Apezar do emmagrecimento, notei notavel empastamento subcutaneo nos braços, principalmente na parte dorsal do punho. Frilosidade, suores faceis. Diz ter tido, em Novembro, forte indigestão, vomitando a comida 6 horas após a refeição. começando então dôres epigastricas e se

*/ Communicação feita em resumo, na sessão, de 11 de Julho corrente, na Soeiedade de Medicina.

accentuando a prisão de ventre. A's vezes, já em jejum, tinha dôres, que o café com leite augmentava, dôres que, aos poucos, cediam. Outras vezes não sabia se o que sentia era dôr no estomago ou dôr de estomago, isto é, si era dôr ou fome.

Após a refeição tinha enfartamento pronunciado.

Em Janeiro 1919, após o almoço, á 1 hora da tarde, (macarroni, gallinha, arroz) sahiu ; ás 4 horas sentiu dôr de fome e comeu muitos butiás. A's 9 1/2 teve dôres violentas, que duraram dias, começando a dôr no umbigo, com a sensação de inchação e, em seguida, de forte constricção. Essa dôr diffundia-se ás vezes, pelo ventre.

— *Exame physico.* A doente, bastante pallida, está muito emmagrecida.

Pelle secca, dura, enfartamento sub-cutaneo, movimentos difficeis das articulações dos joelhos, cotovellos.

Reflexos pupillares e patelar normaes.

Teve muitos dentes cariados, não tem pyorrhéa Lingua vermelha, exfoliada.

Thyroide sensivel.

Apparelho respiratorio normal.

Apparelho circulatorio : pulso, 84, Tensão $\frac{13}{8}$ (Pachon).

App. digestivo : o ventre não é tenso, muito sensivel na parte superior do epigastrio, ausencia de tumor.

Ligeira tensão do recto esquerdo.

Nada mais de anormal.

Radioscopia — No estomago nada de anormal. Dôr solar, á pressão.

EXAMES DE LABORATORIO

Exame de urinas 14/III/19.

Quantidade em 24 horas ; 740, c.c.

Reacção acida

Densidade 1018

Deposito abundante, pulverulento, avermelhado.

Productos pathologicos — Sómente excesso de indoxyla e de côres escatolicas.

Elementos dosados. Em 24 horas :

Ext.-secco : 44,6

Materias organicas 28,1

» mineraes 16,5

Acidez apparente em $\left\{\begin{array}{l} Hcl - 1,48 \\ C^2H^2O^4 - 2,55 \\ H^2SO^4 - 1,98 \end{array}\right.$

Chloro 3,56

Chloruretos (em Nacl) 5,88

Indosado organico — 10,9

Sedimento:

Div. cristaes volumosos do acido urico.

Raros leucocytos

Varios cellulas epitheliaes pavimentosas

Pesquiza de sangue occulto nas fezes :

31 de março — negativa

1 de abril — »

2 » » — »

3 » » — »

4 » » — positiva

14 » » — »

15 » » — »

Resumo urographico °/₀

Volume 62

Residuo total 89

M. organicos 87

M. mineraes 92

Acidez apparente (H^2SO^4) 100

Chloruretos (em Nacl) 54

Phosphatos (P^2O^5) 81

Ammoniaco e acidos aminados 120

Uréa 70

Acido urico 84

Indosado organico 109

Azoto total 66.

Coefficientes urologicos °/₀

Coeff. de mobilisação azotada 191 +

» » tensão 69

» » utilisação azotada 89 +

» » oxydação de substancias ternarias não azotadas 37 - -

» » desmineralisação 36 +

» » de oxyd. phosphorada 23 +

» » desmineralisação plasmatica 13—

» » do toxicidade urinaria 8 —

» » de phosphaturia 12 +

$\frac{\text{Chlorureto de sodio}}{\text{azoto total}} = 68$

$\frac{\text{Uréa}}{\text{residuo organico}} = 58$

$\frac{\text{Chloro}}{\text{azoto total}} = 41$

$\frac{\text{Chlor. de sodio}}{\text{Uréa}} = 35$

$\frac{\text{Indosado organico-urinario}}{\text{Mat. organicos}} = 38$

$\frac{\text{Acido urico}}{\text{Acido phosphorico}} = 20$

$\frac{\text{Azoto ammoniacal e aminado}}{\text{azoto total}} = 38$

$\frac{\text{Acido urico}}{\text{uréa}} = 2{,}9$

$\frac{\text{Azoto do acido urico}}{\text{Azoto total}} = 1{,}8$

Exame do succo gastrico — Tendo a doente recusado a sondagem do estomago, não nos foi possivel fazer esta após a refeição da Ewald.

Mais tarde, quando, como se verá pelo estudo da marcha da molestia, sobrevieram vomitos, sugeitamos o liquido, assim obtido, a exame chimico e microscopico.

a) Vomito (dia4), sobrevindo 3 horas após ter tomado 150 gr. de leite :

Exame microscopico :

Residuos alimentares : numerosos globulos de gordura,

Não foram encontradas cellulas sensiveis ao iodo.

Fragmentos de tecidos : 0
Elementos cellulares 0
Bacterias — poucas
Cogumelos — 0
Parasitas animaes — 0
Corpos extranhos 0
Bacillos de Boas - Oppler — *positivo*

b) Vomito (dia 7) sobrevindo 7 horas após 150 gr. de leite.

Exame physico
Quantidade 74. 0
Reação acida
Densidade 1017.
Exame chimico

Acido chlorhydrico livre	1,243
Acidez total	1,460
Chloro fixo	1,387
« organico	2,407
« total (chloruria)	5,037
Chlorhydria	3,650
Equação da acidez	1,576

Evolução da digestão 3.631
Acidos lactico, acetico, butyrico — ausentes
Sangue +
Acidos e pigmentos biliares +
Exame physiologico: Pepsina sufficiente. Labfermento : acção lenta.

Grão de transformação dos amylaceos: amido, erythrodextrina, acrodextrina—abundantes.

Maltose — regular quantidade.

Grão de transformação dos albuminoides.
Albumina, syntonina — abundantes.
albumoses — regular quantidade.
Peptones — pouco.

Exame microscopico
Raros globulos de gordura
Fragmentos de tecidos — 0
Algumas hemacias
Bacterias diversas
Boas Oppler +

Exames do sangue : 9/V/19
Hemacias — 3.825.000 por m^3
Leucocytos — 16.870 por m^3
Relação globular — $\frac{1}{227}$
Resistencia globular — 1

Dosagem da hemoglobina	54%
Polynucleares neutrophilos	79,86%
« eosinophilos	0,73%
Lymphocytos	5,08%
Grandes e medios mononucleares	11,52%
Formas de transição	2,09%
« não caracterisadas	0,72%

Poder antitryptico do sôro = 1/2
Reacção de Wassermann — 000 (francamente negativa).

Nota: este exame foi feito alguns dias após as hematemeses.

Marcha da molestia. A' doente foi prescripto um regimen de restricção alimentar, composto de leite (o leite era addicionado) ora de agua de cal, ora de citrato de sodio, mingáos, arroz de leite. Repouso relativo. Cataplasmas no epigastrio. Gottas de tinturas de belladona e meimendro.

Pós de saturação (carb.º bismutho), sal de

Vichy, giz preparado). Extr.º thyroideo em fracas dóses.

A dôr que, de principio, se modificou, voltou e, então, com caracteres mais precisos : sobrevindo fraca, logo após a ingestão, e passageira, para voltar, e désta vez forte, com a sensação de aperto, de colica, 2 1/2—3 hs. após o leite. Esta segunda dôr, tardia, acompanhava-se de diffusão, nos primeiros tempos para o hemithorax esquerdo e para o dorso, mais tarde, porém a diffusão se fazia de preferencia para o ventre. O maximo, e, ao mesmo tempo, o ponto de partida da dôr, immediatamente acima e á direita do umbigo.

A' noute, a doente passava muito bem, começando a soffrer ao tomar o primeiro alimento, pela manhã.

Foi, em principios de Abril, que notei uma forte pigmentação pardacenta, em areola, peri-umbillical. A prisão de ventre era combatida com clysteres glycerinados.

A doente começou a ter repugnancia pelo leite, tendo muita vontade de tomar caldo de carne e mesmo de chupar carne.

Após 20 dias de tratamento thyroideo, o enfartamento do punho diminuiu consideravelmente. Foi por essa época, que notámos ligeiros signaes de hyperthyroidismo: olhos brilhantes signal de Von Graefe, signal de Stellwag.

Como as dôres, em vez de diminuirem, se accentuavam, resolvemos impor o repouso completo e dieta mais severa (exclusivamente leite) e a medicação pela belladona e pelo bismutho em alta dóse (2 papeis de 8,0 por dia).

Nos 1.os dias sentiu-se bem, algum tempo depois não só as dôres voltaram, como tambem a doente as sentia á noute.

A 27 de Abril as dôres (2 1/2—3 horas após alimentos) apresentavam diffusão violenta pelo ventre todo, exigindo, para sua cessação, o emprego de morphina ou sedol.

Appareceram então nauseas e vomitos, sendo a prisão de ventre cada vez mais accentuada.

A rectoscopia, praticada nos dias 2 e 3 de Maio, pelo collega Dr. Costa Gama, nada revelou de anormal.

No dia 3, á tarde, pequena hematemese em borra de café. Reacção de Taylor e Van Deen positivas.

No dia 4 — hematemese mais abundante; tonturas, vertigem. Passou bem a noute de 4 a 5.

No dia 5 — nova hematemese, côr de café com leite. Pulso 120.

A doente é posta em dieta e repouso absolutos.

Fazemos injecções de soro artificial abundantes.

Após 24 horas de absoluta dieta, começamos a fazer clysteres alimentares (sôro, ovo, peptona).

No dia 6 — vomitos muito acidos (veja exame microscopico).

No dia 7 — vomitos muito acidos (veja exame completo).

A alimentação foi recomeçada com agua assucarada e agua de aveia, que, depois, foi addicionada, de cada vez, de 1 colher de leite citratado. A doente continuava, no momento de fortes dôres, a fazer injecções de sedol ou de pantopon.

No dia 9 — sente-se melhor. As nauseas desapparecem, as dôres, muito mais fracas, guardam estreita relação com os alimentos.

Dos dias 10 a 15 a alimentação foi augmentada : leite 150 gs. 5 vezes e aveia 2 vezes (180) nas 24 horas.

Dia 15 — Leite 180 grs. 4 vezes, leite condensado 2 colheres; aveia (180) 2 vezes.

Injecção de ovolecithine e de arseniato de ferro.

Injecção de serum glycosado, intravenosa, 150 grs.

Dia 16 — passou melhor.

Dia 17 — Vomitou 1 vez, após o leite. Nesta, como nas outras vezes, o vomito é precedido de pyrosis.

As dôres são moderadas, pulso 86, ligeiramente arrhythmico. Abatimento, somnolencia. Injecções de sôro artificial (250 gr.) e de camphora.

Dia 18. Nauseas. Pulso 84, regular. O aba-

timento se accentúa. Injecção de sôro e de adrenalina.

Nesse dia observámos positivo o signal de Dubard, isto é, a dôr, á compressão, do pneumogastrico, no pescoço. O curioso é que a pressão do vago, no pescoço, despertava dôr epigastrica.

Dia 19. De manhã, mais bem disposta; no correr do dia, o abatimento volta. Insistimos na adrenalina (60 gottas P. Davis + 2 inj. de 0,0005 milligs. nas 24 horas) injecções de sôro, camphora.

Pulso 84. Dôres moderadas. Está tomando 2 ovos quentes, leite puro e leite condensado.

Devemos dizer que notamos sempre uma certa relação do pulso com a dôr, isto é, toda a vez que as dores eram fortes o pulso batia menos de 86.

Dia 20. O abatimento se aggrava. Passa o dia quasi sem abrir os olhos. Linha branca esboçada.

Dia 21. Sente-se melhor, conversa bem. Pulso 92. Não tem tido dores gastricas.

Dia 22 e 23. A asthenia volta a aggravar-se e a doente vém a fallecer, quasi sem agonia, na madrugada do dia 24.

Analyse dos dados clinicos e de laboratorio. O diagnostico differencial é uma analyse, o diagnostico clinico é uma synthese. Aquelle vae debulhar os symptomas, todos os signaes, quer os que a clinica observa, quer os que o laboratorio indicou, para, disociando-os ou estudando-lhes as circumstancias, as modalidades, o valor relativo entre elles, a sua interdependencia, a sua successão, a sua coordenação, e ás vezes, a controversia, que elles levantam, orientar decisivamente o juizo clinico, pesando os valores differentes de signaes contradictorios, explicando o motivo de taes dissentimentos, tantas vezes só apparentes.

Desse trabalho interessante nasce o diagnostico clinico, resultante da orientação dada e que é, elle, a synthese dos multiplos aspectos que o quadro morbido apresentára elle é o brilhante livre das arestas, das impurezas, das deformações, lapidado pelo diagnostico differencial.

E é por isso, que só se póde chegar a um diagnostico exacto pela differenciação cuidadosa e bôa interpretação dos symptomas de cada caso,

Iremos assim, *pari passu*, examinando em face de possibilidades diversas, os signaes clinicos e de laboratorio, e procurando interpretal-os no caso concreto. A tarefa é difficil, tão escabrosa mesmo, que, em casos semelhantes, de diagnostico differencial entre ulcera e cancer, entre crises solares das pancreatites e outras, Mathieu diz ser, ás vezes, impossivel firmar um diagnostico.

Estudemos, pois, um por um, os principaes dados com que devemos edificar o diagnostico clinico do nosso caso.

I Dôr.

A dôr, em path. gastrica, vae da sua expressão mais simples, em que, só, isolada, resume o soffrimento, até ao paroxysmo da crise gastrica em que é um dos elementos, ao lado da hypersecreção etc.

A crise dolorosa, symptoma maximo por sua constancia, por sua intensidade, a ponto de, no caso, caracterisar a forma clinica, nem por isso deixa de se prestar a interpretações diversas. A crise oxalemica, a uremica, a tabetica, as dores pancreaticas a crise solar, as dôres da hyperchlorhydria simples, da gastrite aguda, da appendicite, da ulcera, da ulcera-cancer, e a do cancer gastrico são susceptiveis de confronto, para boa interpretação clinica. E' do estudo meticuloso da sua localisação precisa, da diffusão que a dôr apresenta, da sua intensidade, do momento em que surge, daquelle em que culmina, da influencia da posição do doente, da relação que tem com a alimentação, da influencia que, sobre el la exercem medicamentos taes como o bismutho, os alcalinos, a belladona etc., que o medico vae tirar elementos para se orientar. Não é tarefa facil, nessa encruzilhada de orgãos que é o epigastrio, onde o estomago, o figado, o pancreas, e plexos nervosos tão sensiveis, concorrem para as difficuldades d'um diagnostico preciso.

A crise oxalemica, vem logo á baila, na apreciação d'uma gastralgia violenta que, surge, quasi *ex-abrupto* em uma doente rheumatica antiga, dysthyroidiana manifesta.

Ella póde, de modo rigoroso, produzir dôres identicas ás observadas no inicio do caso. Nem se diga que as hematemeses, que sobrevieram mais tarde, derimiram a questão, pois que aquella póde produzil-as.

Loeper, quando refere as crises visceraes, alternando com manifestações rheumaticas chronicas, mostra, com Rathery, a necessidade de se pensar na oxalemia, em casos taes. Elle attribue, nessas condicções, os phenomenos dolorosos ou a uma verdadeira crise gastrica, effeito da eliminação do acido oxalico pela mucosa do estomago, ou a coelialgias, dependentes de lesões do plexo coeliaco, ou ás crises de lithiase oxalica intestinal, que pódem ter um ponto doloroso epigastrico, muito accentuado.

A evolução clinica do nosso caso encarregou-se de afastar este diagnostico: a perfeita correspondencia da dôr com a alimentação, a ausencia de oxaluria após as crises dolorosas, a influencia nulla do regimen de restrição oxalica. Além disso a crise oxalica, termina, quasi sempre, de modo brusco, em crise: ha uma polyuria de 2 a 3 litros com descarga oxalica. A analyse do succo gastrico não mostra alteração da funcção chimica. Apartada a crise oxalica, vamos estudar as condicções da crise tabetica.

Crise tabetica Esta golpêa de inopino e costuma ser excessivamente violenta, tanto que, na expressão de Roux, «toma uma tal intensidade que parece sobrepassar tudo o que o organismo humano póde supportar sem succumbir». Mas o que é curioso, o ventre não é sensivel á pressão. Durante essa crise o doente póde ir ao collapso. Sobrevém logo vomitos frequentes com intolerancia gastrica absoluta.

A pesquiza dos signaes de tabes fornecerá elementos para a solução do problema.

No nosso caso se podia, em taes condições, deixar de lado esse diagnostico.

Da mesma forma, se póde afastar *as pancreatites*, quer a aguda, grave, com dôres, vomitos e collapso, mortal em poucos dias, quer a chronica com o seu cortejo de glycosuria, ictericia, tumor etc.

Quanto á *crise uremica*, ella é constantemente acompanhada de anorexia, estado nauseoso permanente e vomitos repetidos, ás vezes incoerciveis.

No caso, além de faltarem esses caracteres, ausentes eram outros signaes de uremia.

A *appendicite* póde dar lugar a dôres epigastricas violentas e douradouras e, o que é mais, póde simular de um modo extranho a ulcera gastrica: a dôr umbillical, vindo uma hora após a refeição e sendo acompanhada de distensão gastrica, algumas vezes de vomitos e mesmo de hematemesis (Taylor).

Em taes casos, via de regra, a pressão dos pontos appendiculares desperta dôr epigastrica.

Esses phenomenos dolorosos, attribuidos por uns á hyperchlorhydria reflexa, por outros ao espasmo pylorico, constituem a chamada gastralgia appendicular e muito difficultam, certas vezes, o diagnostico.

Deixamos de fallar sobre a hyperchlorhydria simples, porque a marcha do mal, evidenciou, sem sombra da duvida, a natureza organica dos soffrimentos, no caso; deixamos, pois, de lado, a hyperchlorhydria simples, mero disturbio funccional.

O ponto mais interessante a ferir é o estudo da *dôr*, comparativamente, na *ulcera* e no *cancer*.

Na *ulcera*, ella é constante (97 °/o B. Udaondo); espontanea ou provocada, ella desperta sensações diversas, de queimadura, caimbras epigastricas, de constricção da base do thorax etc. Segundo Taylor, ella é, na ulcera, mais violenta do que em outra qualquer affecção gastrica.

A sua relação com a alimentação é interessante e tanto se refere á qualidade, como á quantidade desta; precoce, ás vezes, tardia outras, conforme a localisação da lesão, ella, geralmente, não existe em jejum podendo, no emtanto, em certos casos

(Bonorino) sobrevir sob a forma da chamada *fome dolorosa*.

Os alcalinos, certas mudanças de posição, a calmam; bem assim, na maioria dos casos os vomitos a attenuam, podendo n'outras occasiões exaggeral-a. (Bassler).

Os seus caracteres variam, no tempo e no espaço, consoante á séde da ulcera: precoce ou tardia, epigastrica, peri-umbillical, sub costal, xyphoidiana etc.

Ha, ainda, entre os mais reputados tratadistas, certa divergencia a proposito da localisação habitual da dôr, nos casos de ulcera gastrica. Uns, como Taylor, (1) Smithies 2) acham que é ella encontrada muito mais vezes á direita da linha mediana, no epigastrio, outros, principalmente os auctores francezes, consideram mais frequente o ponto doloroso á esquerda; Mackenzie considera solar a dôr epigastrica mediana, e visceral a dôr que se apresentar fóra da linha mediana; a dôr póde irradiar, menos vezes diffundir-se; a irradiação se faz ou para a esquerda, sub-costal até o mamelão esquerdo, ou para cima, ou para a direita, as vezes para traz; esta correspondencia dorsal, constante para Boas, não o é para Udaondo; considerada, a principio, como propria da ulcera, ella nada mais é do que o gráo mais alto da hyperesthesia do plexo solar.

A dôr da ulcera era considerada uma consequencia da irritação produzida, por alimentos ou acidos, mas ella é, acima de tudo, a resultante do espasmo, que traduz a excitação do vago (Rogers), sendo disso uma prova a dôr mesmo na ausencia de ulcera.

Dada a séde da dôr no caso, no quadrante direito do epigastrio, referencia é devida á *ulcera duodenal*, deixando de ser feita igual á lithiase biliar, por lhe faltarem elementos que a habilitem, no caso, ao confronto clinico. Aqui, a questão do diagnostico differencial, em face dos dados clinicos, deve ser resolvida, permitta-se nos a expressão, dentro do tubo digestivo.

Essa differenciação da ulcera duodenal e da ulcera gastrica juxta —pylorica é mais de natureza especulativa, pois não só a symptomatologia é, quasi sempre, mais ou menos a mesma, como igual a therapeutica. Sommerfeld 1) acha que não existe nenhum symptoma caracteristico para differençar a ulcera gastrica da duodenal, o que póde haver é presumpção em favor d'uma localisação pyloroduodenal.

Extremaram-se americanos e francezes na delimitação do pyloro, sobrevindo d'ahi curiosa controversia a proposito da frequencia relativa e dos caracteres clinicos das ulceras duodenal ou gastrica.

Os americanos consideram duodeno tudo o que se acha á direita da veia pylorica; ora esta pequena veia varia muito de séde, achando-se áquem, além ou sobre o annel pylorico; ella não póde, na opinião da escola franceza, servir de linha divisoria e, já o disse alguem, não será difficil que americanos e europeos cheguem a entender-se, pois, só o que os separa é uma insignificante e voluvel veia.....

Naturalmente, não nos referimos á ulcera localisada, no duodeno, longe do pyloro, em que a symptomatologia é propria.

No cancer. A dôr é commum, (92 °/o Brinton) mas só muito raramente toma o typo gastralgico.

Em geral, surda, pouco violenta, sobrevém, ás vezes em jejum, outras após a ingestão de alimentos ou á noute, mas, via de regra, não affecta estreita relação com a alimentação.

Sobre ella não tem influencia derimente ou attenuante o vomito.

Quando as crises são semelhantes ás da ulcera, quasi sempre se trata de ulcera-cancer (Hayem 2), sendo as crises dolorosas devidas então ou á hyperchlorhydria ou á perigastrite ou á compressão dos plexos nervosos por ganglios degenerados.

E', nesses casos, quando um cancer se acompanha de hyperpepsia, e não ha tumor apreciavel, que o diagnostico é extremamente difficil e, mesmo, impossivel. 3)

1) Practice of Medicine — 1918 — Pag, 619
2) Smithies—Quarterly Medical Clinics.

1) Sommerféld.—Arch. de l'Appareil Digestif.
2) Maladies de l'estomac.
3) Hayem—loc. cit.

II) Vomito.

No caso: Pela primeira vez observados em Novembro, por occasião do que a doente chamou indigestão, os vomitos só reappareceram a 27 de Abril, pouco abundantes, acompanhados de nauseas. Nos dias, 3. 4 e 5 teve hemateméses pequenas. No dia 4, 3 horas após ter tomado 150 grs. de leite, vomita um liquido acido (veja exame) No dia 7, 7 horas após 150 grs. de leite citratado, novo vomito excessivamente acido (Hcl=1,243). No dia 9 as nauseas desapparecem, o doente vomita uma vez no dia 17, vomito precedido, como das outras vezes, de pyrosis. No dia 18 nauseas.

Na ulcera os vomitos são frequentes (Mathieu diz existirem em 2 sobre 3 casos) geralmente espaçados, podem se tornar incoerciveis. Pituitosos, biliosos, alimentares, conforme a hora em que se produzem, isto é, conforme o conteúdo gastrico, elles são quasi sempre acidos e sem cheiro desagradavel.

O vomito é, nessa affecção, quasi sempre determinado pelos alimentos, (1) e sobrevêm geralmente no apogêo da dôr, para derimil-a. Como bem diz B. Udaondo, si o vomito, como symptoma isolado é de pouco valor, sua concordancia com o typo doloroso faz, d'elle, um signal interessante.

Na ulcera da pequena curvatura o vomito, que apparece mais ou menos 1 hora após a dôr, não dá ao doente o allivio desejado, (2).

Na *ulcera-cancer* os vomitos nada tem de carecteristicos; geralmente a transformação cancerosa é acompanhada da recrudescencia de certos symptomas, como as dores, os vomitos, etc.

No *cancer* os vomitos existem com frequencia; só são caracteristicos quando ligados á estase gastrica. Ha, no emtanto, isolada por Mathieu, (3) uma forma clinica em que os vomitos predominam e podem mesmo ser incoerciveis. Outras vezes o que chama attenção, é um estado nauseoso, ou permanente ou annunciador do vomito.

Os vomitos pituitosos tem grande valor nas pessoas edosas, não alcoolicas,— *aguas do cancer.*

Quando ha estenose cancerosa pylorica, os vomitos assumem um typo especial, raros e abundantes, espaçam-se, ás vezes dias, mas sobrevêm muito consideraveis.

Compostos de liquido turvo, em relação com as fermentações, de cheiro desagradavel, apresentam alimentos deglutidos, horas e, mesmo dias atraz, e ausencia de Hcl (4).

Na crise tabetica o vomito é um dos constituintes da crise, mas casos ha em que sua importancia é tal que elle dita a forma clinica (Loeper III 178.)

Na *crise oxalemica* os vomitos, que são symptoma de segunda plana, nada tem de caracteristicos.

Na *gastrites* o vomito é pituitoso.

III Hematemeses

No caso: sobreviéram por 3 vezes, em 2 dias consecutivos; o sangue se apresentava escuro e como pulverulento. E' de notar que a terceira hematemese foi a mais abundante e que as fézes, da vespera da 1.ª apresentavam sangue occulto. Ellas appareceram em seguida a dôres violentas, tendo sido feitas injecções de Solução Dastre, Sedol e Pantopon.

— A hematemese é, na grande maioria dos casos, um symptoma de importancia em todas as affecções graves do estomago.

Ella póde, em verdade, depender tambem de causas extra-gastricas, como se dá nas congestões gastricas secundarias a affecçõee hepaticas, cardiacas ou pulmonares, nas dyscrasias sanguineas, nas crises tabetica, oxalemica, appendicular (Dieulafoy), em certas infecções, como a syphilis (Hayem).

Discreta quasi sempre, minuscula muitas vezes, póde ella ser excessiva, fulminando o doente. Quando é abundante, age como emetico (Bassler) e o vomito expulsa um sangue rutilante; diminuta, pouco abun-

1) Taylor—loc. cit. pag. 691.
2) Loeper—Pat. Digest. III pag, 52.
3) Mathieu—Ulcère et Cancer pag. 386.
4) Mackenzie — Los sintomas y su interpretacion, pag. 102.

dante seja ella e o succo gastrico transformará rapidamente a hemoglobina em hematina, dando ao sangue uma côr escura.

Na *ulcera* ella é um dos grandes symptomas, sendo, para Hayem, (1) o mais importante.

E' frequente vel-a surgir no decurso de uma crise séria de dôres, terminando estas, muitas vezes.

Quasi sempre estas hemorrhagias, que surgem no apogêo das dôres ou dos vomitos, revelam uma *poussée* da ulcera, em que a febre poderá attestar a peri-gastrite.

Vermelho, rútilo, o sangue vomitado é, outras vezes, escuro, coagulado ou desfeito, pulverisado em um liquido hyperacido, desde que tenha permanecido, por alguns momentos, no estomago. Por vezes, dada uma certa abundancia, a hemorrhagia repercute, desde logo, sobre o estado geral do doente, dando logar a tonturas, vertigens etc.

Esse symptoma, pela sua frequencia, póde chegar a caracterisar uma fórma clinica especial: a *ulcera hemorrhagica*, cujo prognostico serio e cuja therapeutica especial, bem justificam a autonomia clinica que lhe foi conferida. Sob esta rubrica, são incluidos os casos de hemorrhagia isolada, mas excessiva, e os casos de hemorrhagias reincidentes ou permanentes, embora diminutas. Estas perdas moderadas pódem levar o doente a uma extrema anemia, muito grave, agindo, no dizer de Hayem, como pequenas sangrias repetidas, capazes de determinar a morte.

Na ulcera aguda a hematemese costuma ser mais rara e abundante, na ulcera chronica mais frequente e discreta.

Na *exulceratio simplex* de Dieulafoy pódem ser observados grandes hematemeses (1 $1^1/_2$ litros), não precedidas de perturbações gastricas, mas acompanhadas de febre.

Trata-se, em taes casos, d'um processo agudo.

Na *gastrite chronica* a hematemese é rara.

Na *gastrite ulcerosa uremica* ella póde sobrevir (Pron).

Na *crise tabetica* a hemorrhagia sobrevêm n'um paroxysmo doloroso, mas como é de observação corrente, (1) a formula clinica do succo gastrico é a hypoocida. A maioria dos autores attribúe tal hematemese a phenomenos congestivos violentos, coincidentes da visceralgia, tal qual se dá nas crises rectaes ou urethraes hemorrhagicas. Cheney, (1) acha que a hematemese póde occorrer, qualquer que seja a causa determinante da hyperchlorhydria.

Na *ulcera-cancer* as hematemeses podem ser rutilantes ou escuras, nada havendo de particular.

No *cancer*, como é sabido, a hematemese é, geralmente, escura, côr de borra de café, mas póde ser de sangue vivo. Não ha pois um caracter differencial nitido nesse symptoma. Frequencia 42 % (Brinton), 50 % (Bassler).

O sangue é geralmente expulso com os alimentos ou num liquido de cheiro desagradavel.

Melena — Ella acompanha, segue a gastrorrhagia, mas pode mostrar-se na ausencia desta. Isto seria, para alguns, um signal de ulcera duodenal, ao passo que na ulcera gastrica ella é o satellite da hematemese.

E' opinião geral que essa interpretação nem sempre é a verdadeira.

Ao lado da melena, que é a hemorrhagia apparente, e que não foi observada no caso, deve ser feita a

IV) Pesquiza do sangue occulto

No caso: foi feita 7 vezes a pesquiza, sendo o resultado positivo por 3 vezes. E' de notar-se:

a) — que a pesquiza foi feita estando o doente em dieta adequada, isto é, não tomando qualquer alimento que, como a carne, orgãos etc., pudesse falsear o resultado.

b) — que foi na vespera da gastrorrha-

1) Loc-cit. pag. 348.

1) B. Udaondo — loc. cit. 115.
2) W. F. Cheney — J. of the A. M, Association 17 Maio 1919.

gia que, pela vez primeira, appareceu sangue nas fezes;

c) — que, foi, ainda, positivo, por duas vezes, aos 10 e aos 15 dias após a hematemese.

Essa pesquiza é o artificio de que se utilisa a clinica para surprehender as gastrorrhagias latentes; ella póde ser feita ou no conteúdo gastrico, ou, principalmente, nas fezes. No conteúdo gastrico ella é menos importante, pois o contacto da sonda com as vias digestivas superiores, póde determinar o apparecimento de raios de sangue; quando, porém, o sangue não é apparente, sob essa forma, a olho nú, o resultado positivo das reacções de Weber, Van Deen, etc., deve ser encarado com attenção.

E nas fezes, porém, que o valor dessa pesquiza é notavel: J. C. Roux chegou a dizer que a hemorrhagia latente nas fezes só se verifica no cancer ou na ulcera do estomago. Alguns a notaram nas cirrhoses do figado, ictericia catarrhal, crise tabetica, gastrites e pancreatites hemorrhagicas.

Essa prova, cercada de certos cuidados (dieta apropriada), afastadas certas causas de erro (hemorrhoides, epistaxis, hemorrhagias gengivaes etc.) é de grande alcance clinico, pois fixa a natureza organica da lesão gastrica.

E' um signal, pois, de summa importancia, não só para o diagnostico, como para o prognostico e a therapeutica (Bassler).

No *cancer* a reacção é constantemente positiva nos casos avançados (Roux) é facto, no emtanto, que da sua ausencia não se póde inferir a ausencia de cancer com absoluta segurança, pois ha certos cancers do estomago que não sangram (Roux), mas essa conclusão é verdadeira na grande maioria dos casos.

Outras vezes, tal qual como na ulcera, sob a influencia do repouso e de uma dieta severa, o sangue póde desapparecer durante alguns dias.

Na *ulcera* a reacção não é constante como no cancer, ella sóe ser intermittente.

O melhor momento para as pesquizas é o das crises dolorosas; a clinica nos diz que estas são, frequentemente acompanhadas de hemorrhagias latentes.

Na ulcera o tratamento pelo bismutho, dieta rigorosa e repouso, faz, geralmente desapparecer o sangue occulto, ao passo que no cancer, este se mantêm quasi sempre.

Quando positiva, a reacção é de grande valor no diagnostico da ulcera; quando negativa, não o exclúe.

Para Bonorino Udaondo é, de todos os signaes da ulcera, aquelle que, isoladamente, tem mais valor.

Na ulcera-cancer

E' opinião de especialistas competentes que se deve temer a cancerisação da ulcera chronica, quando, no decurso desta, a reacção é, persistentemente, positiva (Mathieu, Roux).

V) Anorexia geral ou especifica

No caso: A doente teve, até quasi aos ultimos dias bom appetite; quando, na cama, pedia ao cosinheiro que lhe trouxesse, para sua satisfacção, os pratos do almoço, para lhes sentir o perfume. O seu maior desejo era comer um churrasco, nunca tendo tido repugnancia pela carne.

Como foi dito, a doente, mezes atraz, tinha *dôres de fome*.

Na *ulcera* é frequente a sensação dolorosa de fome, sensação que póde chegar, si o alimento tarda, a ser violenta, e que cessa com a ingestão deste.

Em geral, o appetite não só é conservado, mas póde ser augmentado, na ulcera, mas como, precoce ou tardia, virá a dôr, após os alimentos, o doente come pouco, com receio de despertar esta; durante as crises o appetite diminúe, desapparecendo mesmo, ás vezes, quando complicações surgem.

Na ulcera ha, geralmente, sêde pronunciada.

No *cancer* o appetite é, geralmente, compromettido cedo [85 °/o dos casos, Brinton] e ha manifesta aversão pela carne, chegando, a insistencia em comel-a, a provocar nauseas.

Ha, pode-se dizer, anorexia especifica para a carne e gorduras.

A' *ulcera-cancer* é applicavel o que foi dito a respeito da ulcera simples. As vezes o appetite, que era bom, vae desapparecendo.

Na *uremia chronica* ha falta completa de appetite.

Na *hyperchlorhydria* simples ha augmento de appetite, podendo ser observada a fome dolorosa.

VI) Estado geral

No caso. A doente sahia de uma longa molestia [rheumatismo chronico] em que perdera 30 kilos em tres annos. Pallida, pelle secca. Asthenia, a principio, intermittente, depois progressiva, chegando nos ultimos dias, a passar o tempo todo de palpebras fechadas, respondendo com esforço. Delirou quando, uma vez, a temperatura alcançou 38°. Ha anemia.

Na *ulcera* o estado geral varia com a forma e a marcha da affecção: em geral bom, se bem que haja anemia, enfraquecimento de forças, pallidez, o que corre por conta das dores, da reducção da alimentação e das perdas sanguineas

A anemia póde ser, conforme os casos, benigna ou grave, havendo mesmo uma *forma anemica* da ulcera.

Os differentes disturbios digestivos da ulcera podem conduzir o doente a uma verdadeira cachexia, em que a depressão das forças, o emmagrecimento, a pallidez terrosa, o edema — simulam admiravelmente a cachexia cancerosa. Mathieu chega a dizer que, é ás vezes difficil, algumas vezes mesmo impossivel differençar esta anemia e esta cachexia da anemia e da cachexia do cancer do estomago.

No *cancer* o emmagrecimento e a asthenia progridem, sem cessar, em direcção á cachexia terminal, mas ao fim de certo tempo.

Nesse periodo, geralmente, a magreza é excessiva, os olhos são encovados, os malares salientes, as fossas zygomaticas escavadas. A pelle é descorada e secca, côr de palha, ha ás vezes edemas, que podem ser generalisados. O pulso é pequeno e fraco. A anemia póde ser tão pronunciada a ponto de fazer pensar em anemia perniciosa.

VII) Prisão de ventre

No caso. Pertinaz, tendo por vezes o caracter de dyschesia, com grande accumulo de fezes na ampola rectal.

Na *ulcera* ella é de regra [$^4/_5$ dos casos]. E' o corollario das dôres gastricas.

Uns a explicam pelo contacto de um chymo demasiado acido com a mucosa duodenal, irritando-a, para outros [Loeper] ella estaria em relação directa com a propria ulcera, provocando esta um espasmo do colon, permanente.

E' o reflexo espasmodico, a longo circuito, de Mathieu.

No *cancer*, á constipação inicial succede tempo depois, diarrhéa, paroxystica ou permanente. A passagem de alimentos mal digeridos e irritantes, do estomago para o intestino, explicaria a diarrhéa.

A constipação, dada a sua frequncia por outras causas, é um signal de pouco valor.

VIII) A edade

Mathieu acha que a ulcera é relativamente frequente após os 50 annos e, para que se tenha uma idéa das difficuldades do diagnostico, nessa edade, devemos dizer que todos esses casos, são capitulados como de ulcera provavel, por aquelle famoso especialista.

A ulcera das pessoas edosas apresenta maior gravidade.

O que é mais interessante e que sobremodo ainda vém complicar esta questão, já de si tão difficil, é que, conforme o bello estudo de Jagot e Denèchan, a ulcera das pessoas edosas póde, entre outros typos clinicos, apresentar a fórma pseudo-cancerosa em que se destaca o aspecto cachetico, a côr de cêra dos doentes.

Não é a edade, pois, que vêm esclarecer o diagnostico. Muito teremos de andar, outros escaminhos prescrutar, outras ques-

tões ventilar, antes de chegarmos á plena luz, ao fim desse caminho escuro, que vamos trilhando, em que cada clarão, que surge, só nos orienta, por momentos, desapparecendo rapido.

Si alguns autores modernos affirmaram que a ulcera era uma lesão da juventude, hoje, sem ir tão longe como Brinton, Cruveilhier, Monneret, etc. que d'ella faziam uma affecção da edade adulta e mesmo da velhice, bem se póde dizer que a ulcera tanto póde apparecer nos moços como nos velhos, e o desconhecimento desta verdade faz com que, quasi systematicamente, sejam as ulceras dos velhos tomadas como neoplasmas. Só o estudo criterioso do syndroma clinico, a evolução do mal, os signaes de laboratorio estudados com cuidado, poderão fixar um julgamento, que o *partipris* poderia falsear.

Signal de Dubard. Papel do pneumogastrico e do sympathico na ulcera do estomago.

O signal de Dubard, como vimos, consiste na dôr, á pressão do pneumogastrico, no pescoço.

Dubard a attribúe a uma nevrite ou nevralgia do vago, causa ou coincidente da ulcera gastrica e diz ser esse signal de grande valor no diagnostico differencial com o cancer, em que não existe.

Os estudos de Huchon (These de Lyon) confirmaram taes conclusões, mas em nenhum outro trabalho vimos siquer referencia a esse signal.

No nosso caso, a pressão do vago cervical dá um resultado interessante e inesperado: a dôr epigastrica, nas diversas vezes em que foi repetida a prova.

Será um novo signal de vagotonismo, tão commum na ulcera?

Eis-nos assim, a proposito d'um pequeno signal, no limiar d'uma das questões mais palpitantes, mais cheias de ensinamentos e difficuldades da gastro-enterologia: o papel do apparelho vago-sympathico na producção e na evolução das gastropathias.

Esses dous nervos que a anatomia separára, a physiologia approximou e a clinica amalgamou, e, hoje já certos anatomistas, como de Bainville e Gaskell, reconhecem a idoneidade do apparelho vago-sympathico.

São dous nervos mutuamente frenadores; em todas as affecções em que se os estude, sempre surgem juntos, sempre em opposição, um disputando ao outro o predominio nos quadros clinicos.

Esse jogo de gangorra intensificou-se, sobremaneira, depois do impulso, do avanço notavel da endocrinologia. O vagotonismo e o sympathicotonismo parecem dividir as grandes perturbações endocrinicas em dous grandes grupos. Isso bem se comprehende, pensando na importancia vital dos orgãos que estão sob o dominio daquelles nervos.

Essa questão interessa particularmente o nosso caso, onde, si não fôra o signal de Dubard, outros dados a levantariam: a pigmentação peri-umbilical, as dôres epigastricas, a hypotensão, a asthenia etc.

A complexidade desse apparelho foi levada mais longe, por modernos auctores americanos, que acham que, si o elemento inhibidor do apparelho é o sympathico, o elemento activador engloba o 3,º 7,º 9,º 10,º e 11,º nervos craneanos.

Dous elementos predominam, no emtanto, o pneumogastrico e o sympathico, um activando a motricidade e as secreções gastricas e o outro as inhibindo.

A integridade do duplo apparelho nervoso tem sob sua dependencia o funccionamento normal do estomago.

Até agora o papel do pneumogastrico parecia primacial, hoje porém, é ao sympathico que se attribúe papel preponderante. Essas novas idéas admiravelmente expostas por J. Rogers, nos «Archives of Internal Medicine», de Abril do corrente anno, vêm esclarecer muitas questões, até ha pouco, obscuras da pathologia digestiva.

Não escapam, no terreno da pathologia, as supra-renaes á solidariedade que, com o sympathico, mantêm no terreno da embryologia, da anatomia e da physiologia.

A sua camada medullar, irmã gemea do sympathico, mantem com elle connexões ana-

tomicas e physiologicas tão estreitas, que, só depois de muito tempo, a clinica poude separar os syndromas dependentes das respectivas lesões.

Ha, no dizer de Leon Bernard, um verdadeiro apparelho sympathico-supra-renal, constituido de ganglios intramedullares, e pericorticaes ligados ao plexo solar, podendo ser a suprarenal considerada, pelas suas cellulas nervosas, como um annexo do systema sympathico.

Para o lado do estomago, como diziamos, o papel do sympathico se affirma cada dia mais importante. Na ulcera, até pouco, diante da violencia dos phenomenos vagotonicos, como as dôres, os vomitos etc, a therapeutica visava, principal e quasi exclusivamente, calmar o pneumogastrico, com belladona, meimendro etc, descurando o sympathico. Ora, hoje, com as novas idéas, que consideram essa excitação do vago secundaria a uma depressão sympathica, a orientação é outra, procura-se estimular este para refrear aquelle. Este modo de proceder é muito mais razoavel, porque procura combater a causa do mal. A influencia pathogenica dessa depressão é tão grande que auctores diversos, entre os quaes Rogers, já citado, chegam a attribuir-lhe perturbações trophicas, na mucosa gastrica, favorecendo dest'arte o apparecimento da ulcera.

A acção excitante sobre a secreção gastrica produzida pela injecção de extr.º thyroidêo (augmentando 10-12 vezes a secreção) e a acção deprimente, sobre essa mesma funcção produzida pela adrenalina vêm mostrar, ao lado dessas interdepedencias glandulares, o magnifico papel destinado ao extracto suprarenal no tratamento de certas gastropatias como a ulcera etc, pois, a admittir os novas idéas, em pleno surto, a ulcera seria uma lesão secundaria, sendo primitiva a fadiga ou depressão do sympathico.

O interesse destas questões, tão de actualidade nos fez alongar este trecho, que compataria outros considerações sobre a pathogenia da ulcera gastrica, mas que tornariam demasiado extenso este trabalho.

Analyse dos signaes de laboratorio.

A) *Contagem de globulos.*

Formula leucocytaria.

No caso: Hemacias 3.825.000 por mill.³

Leucocytos 16. 70 por mill.³

Relação globular $\frac{1}{227}$

Dosagem da hemoglobina 54 %

Polynucleares neutrophilos.....	79.967
» eosinophilos	0, 73 %
Lymphocytos.....	5, 87 %
Grandes e medios mononucleares	11, 52 %
Formas de transição	2, 09 %
» não caracterisadas	0, 72, %

Valor globular 0,65

Ha pois anemia e leucocytose.

E' preciso saber que em dias que precederam á tomada do sangue para exame, a doente tinha tido perdas de sangue. Essa observação é de rigor, para que bem interpretados possam ser os dados que nos vae fornecer a hematologia.

Nota-se desde logo, pela leitura do boletim do laboratorio, que a baixa da hemoglobina não é parallela ao deficit globular; quanto á leucocytose, deve-se notar o augmento dos polynucleares neutrophilos, que segundo os hematologos modernos, como Besançon e Leredde, Ehrlich, Da Costa etc., variam normalmente de 60-70 %. No caso, no emtanto, será preciso, como em todas os casos aliás, attender á edade da doente, pois é cousa sabida que a formula leucocytaria varia tambem com a edade, assim é que, segundo Dobrovici, nos velhos os polynucleares neutrophilos variam de 64 a 80 %

Muito se tem escripto sobre o valor das verificações hematologicas em certas gastropathias, principalmente no cancer, sem que de modo definitivo, se tenha apresentado, até esta data, um signal verdadeiramente significativo a esse respeito.

E' tendo em vista estas considerações preliminares, que abordaremos o estudo hematologico do cancer e da ulcera do estomago.

O *cancer* gastrico não tem uma formula

hematologica precisa, diz Pron ; das condições de cada caso, da perfeita analyse dos differentes dados fornecidos pelo estudo do sangue se poderá, no emtanto, principalmente si diversos desses dados são concordantes, tirar elementos complementares para attenuar ou derimir duvidas de diagnostico

A *leucocytose* é, por alguns auctores, considerada como notavel e frequente

Udaondo diz tel-a encontrado em 93 % dos casos, e a considera, como Hayem, precoce, outros como Bastogi chegam a acreditar que, pelo gráo da leucocytose, se póde avaliar a diffusão do carcinoma

Outros acham que, sendo a leucocytose de observação banal nas molestias infecciosas e apparecendo frequentemente nas anemias por hemorrhagia (Ribierre, Pron), o seu valor no cancer é diminuto. Pamele, Lefas, acham que valor tem a leucocytose mononuclear.

Sobre a *formula leucocytaria* pouco ha a dizer além do que foi referido a proposito da mononucleose, que, para Pamele, Harmann, Tuffier e Milian, é de grande valor diagnostico.

Pensam diversos tratadistas que a leucoytose digestiva normal não existe no cancer.

Anemia. Ha aqui a considerar, de modo particular, o numero de hemacias, a taxa da hemoglobina, o valor e a resistencia globulares.

No *cancer* a anemia costuma ser muito pronunciada, condiccionada pelas hemorrhagias, pela inanição e, talvez, por substancias toxicas d'elle efferentes.

Ha, mesmo, uma forma anemica do cancer, em que a anemia é a manifestação predominante ao lado da asthenia, da pallidez, dos edemas e do emmagrecimento.

Nessa forma ha uma desglobulisação massiça (1,500.000 e mesmo 500.000 g. v.), nas outras formas de cancer gastrico ha tambem hypoglobulia notavel, podendo ir abaixo de 2 milhões, e se acompanha, mais ou menos frequentemente, de degeneração granulosa. A hemoglobina costuma ir a menos de 50 % e se acompanha, de modo regular, de desglobulisação.

Mais importante é a pesquiza do *valor globular* que, no cancer, via de regra, é diminuido.

Ao envez, a *resistencia globular* é quasi sempre augmentada, nunca diminuida.

Poder anti-tryptico. No cancer o poder anti-tryptico do sôro é constantemente augmentado, indo de $^1/_5$ a $^1/_9$. No caso=$^1/_2$.

E' um signal de grande valor para Roux e Hayem, pois no cancer nunca esse poder cáe abaixo do normal

Delbet acha que, isolado, esse signal não tem notavel importancia, mas si elle se mostra concordante com a prova da resistencia globular, apresenta, então, grande valor.

Gallart-Monés acha que o augmento do poder antitryptico se verifica em 97 % dos casos de cancer gastrico e diz que, nos casos duvidosos, o poder anti-tryptico normal permitte eliminar o diagnostico de cancer.

Na *ulcera* as modificações do sangue são menos consideraveis e, sob o ponto de vista que mais nos interessa - o diagnostico differencial com o cancer — ha a dizer que : a anemia, nos ulcerosos, póde ser muito pronunciada, principalmente nas formas hemorrhagicas, a ponto de, no dizer de Mathieu, ser difficil, ás vezes mesmo, impossivel differencial-a da anemia e da cachexia do cancer.

Ella póde, pois, levar o doente, lenta ou rapidamente, a um estado cachetico, tal qual o do cancer.

A hypoglobulia, na ulcera, é funcção da hemorrhagia, o mesmo se dando com a hemoglobina, e, *ipso facto*, com o valor globular.

Quanto á resistencia globular se poude, dizer, no Congresso de Medicina de Lyon, que ella, na ulcera, nunca é augmentada, quasi sempre é normal, ás vezes é diminuida.

O poder antitryptico é normal ou diminuido.

A leucocytose existe nos casos de complicações inflammatorias e é, nesse caso,

uma polynucleose, mas póde existir tambem após hemorrhagias, constituindo a reacção leucocytaria (Ribierre).

Succo gastrico

a) exame chimico. — *No caso.* Liquido sem residuos alimentares apparentes, hyperacidez pronunciada, ausencia de fermentações organicas, presença de sangue.

Bem se poderia considerar o liquido obtido, como um *liquido em jejum*, pois o ultimo alimento que o precedeu foi o leite, 7 horas antes; sendo o leite de digestão muito facil, ao fim de 3 horas devia o estomago estar vasio, tanto mais que o leite era administrado com citrato de sodio que, tornando o coagulo menor e molle, o expõe melhor ao trabalho digestivo.

Essa observação necessaria se fazia, pois o valor do chimismo gastrico é incomparavelmente superior no liquido em jejum ao que é feito após a refeição de Ewald.

Assim sendo, assumem indiscutivel importancia os algarismos referentes principalmente ao acido chlorhydrico livre e á chlorhydria, algarismos que affiançam, ao lado da reacção positiva do sangue, um processo ulceroso.

E' na *ulcera*, com effeito, que tal acidez póde ser encontrada. Na analyse detalhada, si se a fizer, do exame chimico no caso, encontram-se os elementos necessarios para affirmar uma hyperacidez notavel. Pron (1919) poude dizer, quanto ao liquido em jejum: liquido acido, (contendo H e C isto é acido chlorhydrico livre e combinado) = ulcera; sangue = ulcera.

No *cancer* tal liquido costuma ser anachlorhydrico; ás vezes, porém, e isto se dá, com especialidade, na ulcera-cancer, póde haver hyperchlorhydria, pelo menos no inicio da cancerisação, tendendo depois á hypochlorhydria. A respeito do cancer se deve dizer que, modernamente ha auctores que negam valor á pesquiza do acido lactico no liquido em jejum.

b) *Exame microscopico*

No caso: nem fragmentos de tecidos, nem elementos cellulares.

Presença de Bacillos de Boas-Oppler.

O exame cytologico do conteúdo gastrico, admiravelmente estudado por Loeper e Binet, póde, em certos casos trazer elementos de valor, ao clinico, quando cellulas cancerosas pódem ser identificadas; esse exame é feito sobre o serum artificial que serviu para fazer a segunda lavagem gastrica, isto para afastar causas do erro decorrentes da presença de residuos alimentares, etc.

Sobre a presença do B. de Boas-Oppler, devemos fazer notar que foi ella verificada nas duas vezes em que foi procurada.

Esse bacillo, causa, para uns, funcção para outros, da fermentação lactica, se encontra, no nosso caso, independente da presença desse acido.

O facto é paradoxal e bastante nos preoccupou, tanto mais que auctores modernos e dos mais competentes no assumpto, como Smithies e Bassler, consideram a presença de taes bacillos como de grande valor no diagnostico do cancer; Smithies encontrou-os em 93,1 % de casos de cancer. Si quasi todos os auctores fazem do acido lactico e dos baccillos de Boas-Oppler partes de um mesmo todo, já assim não pensa Smithies que, n'um total de 221 casos em que os citados bacillos foram encontrados, só 85 vezes o acido lactico se evidenciou no liquido gastrico.

De mais, pensam alguns tratadistas que o excesso de acido chlorhydrico, póde impedir a reacção do acido lactico, podendo assim ser explicada a sua ausencia no nosso caso, em que havia hyperchlorhydria.

O exame radioscopico, o rectocospico, o de urinas e a reacção de Wassermann não forneceram esclarecimentos de valor para o diagnostico, no caso.

Feita, assim, uma resenha, tão detalhada quanto permittem os estreitos limites deste modesto trabalho, vamos tentar, n'uma rapida discussão fixar o valor das differentes parcellas, accumuladas pela clinica e pelo laboratorio. Da analyse, que vimos

fazendo, um resultado promana inconcusso: a limitação do julgamento clinico a dous grandes capitulos da pathologia digestiva, ulcera e cancer gastricos.

Ulcera

Para imparcial apreciação dos factos, bom será que uma enumeração, comquanto succinta, dos valores clinicos, que endossam o diagnostico de ulcera, seja feita *ab initio.*

Eil-os:

1) Hyperchlorhydria notavel no liquido de jejum.

2) Abundancia desse liquido.

3) Dôr forte provocada pela alimentação

4) Ausencia. durante muito tempo, da dôr á noute, só sobrevindo, pela manhã, com o 1.º alimento.

5) Raridade relativa dos vomitos, que eram funcção de crises dolorosas.

6) Allivio da dôr após o vomito.

7) Appetite, principalmente para a carne.

8) Prisão de ventre rebelde.

9) Em 7 exames de fezes, 4 vezes a pesquiza de sangue foi negativa e 3 vezes positiva.

10) Lingua secca, vermelha.

11) A ochrodermia.

12) Ausencia de tumor.

13) Pigmentação do ventre.
(asthenia do sympathico ?)

14) Diminuição da resistencia globular.

15) Diminuição do indice anti-trypsico.

E' justo, agora, que, antes de conclusões serem formuladas, uma exposição se faça dos signaes que poderiam fazer pensar em

---

Cancer

1) Edade.

2) Emmagrecimento notavel. Cachexia.

3) As dôres, nos ultimos 15 dias, se tornaram continuas.

4) Pouco resultado do tratamento classico da ulcera (repouso, dieta, medicação).

5) Hematemeses em borra de café.

6) Dôres diffusas no ventre.

7) Pigmentação peri-umbilical (Compressão dos gangiios semi-lunares ou commettimento d'elles no processo neoplastico?)

8) Presença dos bacillos de Boas-Oppler.

9) Valor globular diminuido.

10) Leucocytose.

No momento em que ulcera e cancer disputam o diagnostico, não seria o caso do *tertius gaudet?*

Como clinico, devemos tomar em attenta consideração todas as possibilidades e, com razões dobradas, as probabilidades; é, com esse espirito, que devemos encarar a possibilidade da transformação da ulcera, da sua cancerisação.

De facto, a primeira impressão, que se tem, quando tão complexos são os symptomas observados, quando tão rapido foi o desenlace lethal, é que, respeitando o diagnostico intangivel de ulcera, se lhe deve admittir a associação cancerosa.

Essa impressão decorre das considerações abaixo:

Aggravação rapida do caso e mistura, emmaranhamento de signaes de ulcera e de cancer, hematemeses escuras, o sangue occulto positivo nos ultimos exames, sem interrupção, perda do appetite nos ultimos dias, dôres continuas nessa epoca, presença duas vezes, verificada dos bacillos de Boas Oppler etc.

Apresentados todos os elementos colhidos, analysados, em seguida, no ponto de vista geral, e no particular, feito o balanço de valores dos differentes signaes, estabelecido o equilibrio entre elles, o diagnostico de ulcera prevalece. Dir-se-á, e nós nos fizemos essa objecção, que ha, no emtanto, um feixe de signaes em favor do diagnostico de cancer.

E' bem procedente a objecção e o dever do clinico é verificar-lhe a solidez.

Já, no decurso da exposição de factos, fomos mostrando qual a interpretação razoavel de certos desses signaes que, tomados assim, em feixe e alheiados das circumstancias em que nasceram. assumem grande valor, mas si tivermos o cuidado

de estudal-os, um por um, descobrindo o seu verdadeiro significado, bem differente será nossa impressão.

Haja vista á *hematemese em borra de café*, é certo que ella é mais frequentemente um signal de cancer do que de ulcera, mas é igualmente exacto que não representa ella signal pathognomonico de cancer e que sua significação real, é pura e simplesmente que o sangue só foi expulso, depois de permanecer por algum tempo no estomago, isto é, não foi eliminado logo após sua sahida dos vasos lesados.

Si na ulcera a hematemese sóe ser rutilante é porque a hemorrhagia gastrica exerce uma acção emetica. No nosso caso porém, essa influencia devia estar bastante attenuada pois, como vimos,a doente, que só teve 3 hematemeses no momento de fortes crises dolorosas, fazia nessa occasião uso de solução Dastre e de Pantopon ora a acção manifestamente sedativa da morphina e da atropina sobre a motricidade gastrica podia responder por essa demora, por alguns momentos, do sangue, no estomago, occasionando a rapida transformação de sua hemoglobina.

Quanto á *pigmentação*, que poderia fazer pensar numa extensão neoplastica aos glanglios semi lunares, ella póde, em face dos modernos trabalhos sobre a asthenia ou paralysia do sympathico ser attribuida a esta, pois, como está hoje demonstrado, a melanodermia não é devida ás suprarenaes e sim a ganglios sympathicos.

Quanto aos outros signaes, uns foram devidamente interpretados, nas operações de diagnostico differencial, outros como os referentes ao valor globular e á leucocytose não tem, hoje, o valor que se lhes dava antes. Resta, como solução transaccional, o diagnostico de ulcera-cancer, lembrado pela evolução do caso, a cachexia rapida e progressiva, o desenlace lethal como expressão extrema dessa asthenia que empolgou a doente nos ultimos dias.

Ferimos, assim, o ponto difficil por excellencia, a barreira quasi intransponivel, diante da qual se attenúa e vacilla a affirmação, e é, sem constrangimento, que o dizemos, pois Bassler, Mathieu, Hayem e outros tem escripto que o diagnostico entre ulcera e ulcera cancer é difficil e, por vezes, impossivel.

O diagnostico de ulcera é exacto, não se póde contestar o que fica incerto, o ponto que a meticulosidade dos nossos exames não conseguiu firmar, — e é difficillimo surprehender—é si a ulcera estava ou não em via de cancerisação.

A transformação, na opinião dos classicos, quando se dá, sobrevém muitos annos após o inicio da ulcera, constituindo esse prazo como que um dos caracteres da ulcera-cancer. Como, no nosso caso, a symptomatologia gastrica data de poucos mezes, se poderia pensar em, por esse facto, afastar *in-limine* a idéa de uma transformação neoplastica.

Não se o póde fazer, no emtanto, por duas razões: ou a evolução da ulcera foi latente durante muito tempo e só ha poucos mezes se exteriorisou ou o enxerto canceroso se fez, como Mathieu e Moutier acham possivel, de um modo notavelmente precoce, precipitando, como acontece nestes casos, o desenlace.

Ser-nos-ia commodo e facil formular o diagnostico de ulcera, limitando a essa formula estas considerações, mas, em consciencia não deviamos deixar de abordar este ponto nebuloso, para a solução do qual os elementos se entrechocam, se esbatem, annullando-se, e deixando de pé essa duvida, dúvida fecunda que é o incentivo para novas pesquizas.

Essas pesquizas serão orientadas no sentido de dotar a clinica ou o laboratorio de meios, que hoje faltam, capazes de derimir essa difficuldade de diagnosticar a tranformação cancerosa, difficuldade tão apremiante que Mathieu poude dizer: «a ulcera-cancer, suspeitada, muito mais em razão de uma noção geral de clinica do que em razão da transformação nitida na natureza dos accidentes, não é muitas vezes reconhecida, nem póde ser afirmada senão

após uma laparatomia exploradora. Mesmo, após esta, a duvida póde existir, e de tal modo, que só um exame histologico cuidadoso poderá, nesses casos permittir affirmar a cancerisação.»

Aqui estacam as considerações, que julgamos opportuno fazer a proposito das difficuldades, que se nos antepõem na solução do diagnostico de algumas gastropathias.