

Considerações clinicas sobre diagnostico e tratamento da ulcera e cancer do estomago (*)

pelo

Prof. ARTHUR FRANCO

Cathedratico da 1.^a Clinica cirurgica

Sr. Dr. Director da Faculdade, meus collegas, meus senhores.

Não fosse a insistencia contínua do illustrado collega e meu amigo professor Annes Dias que a mim perseguiu, como a muitos de vós o faz ainda, por motivo d'estas conferencias de quinta-feira, tão bem acceitas e que tanto successo têm causado, eu aqui não estaria.

A innovação do professor Annes Dias, reproducção do que se faz nos grandes centros scientificos, será causante dos momentos aridos por que passareis.

Longe, na penumbra do meu curso academico, existe uma lembrança de uma conferencia com tres collegas, a qual foi indicada pelo professor Benicio de Abreu; tratava-se de um caso de cancer do estomago e, bem me lembro, depois dos diagnosticos cheios de phrases de meus collegas tocou-me a vez de fallar e em quatro palavras, baseado na cachexia e no tumor, firmei o diagnostico do cancer, que a

autopsia, feita no dia seguinte com a assistencia de toda a turma, confirmou.

Ainda hoje, meus senhores, se fazem muitos diagnosticos como aquelle do modesto 5.^o annista que eu era, diagnosticos que só servem para a folha de attestado de obito e attestado de desidia, de falta de cuidado, de desinteresse clinico, quando não de incompetencia.

O que despertou a minha attenção sobre o assumpto com que me occupo agora foi o observar que nas affecções de estomago ainda preponderam as mesmas doutrinas de 20 annos atraz entre os clinicos actuaes, salvo algumas honrosas excepções, como demonstrarei d'aqui a pouco.

Trabalhando no serviço da 1.^a clinica cirurgica da Faculdade, na 4.^a secção d'este Hospital, com o saudoso professor Wallau, acompanhando seus trabalhos e suas observações, continuando hoje como seu modesto successor, procurando orientar-me pelos mesmos ideaes, posso affirmar, com as estatisticas nossas, que entre nós o can-

(*) Conferencia clinica feita no Hospital da Santa Casa.

cer do labio é mais commum do que o cancer do estomago, como demonstrou ainda agora o professor Blessmann com a estatística que fez do nosso serviço em 1920.

Porque esta discrepância com as estatísticas actuaes dos maiores serviços de cirurgia e a opinião dos grandes mestres que como Mayo dizem: *que o cancer do estomago é o mais commum de todos no corpo humano, onde 30 % se encontram localisados no estomago?* Exclusivamente pela falta de diagnostico; e curioso é observar que aquillo que os grandes cirurgiões americanos apontam como uma falta de efficiencia dos internistas de lá é a mesma cousa que acontece entre nós; mas esta falta de efficiencia não quer dizer incompetencia, como diz Deaver, quer dizer falta de observação ou observação incompleta, delongas demaziadas nos methodos de laboratorio, protelações indefinidas para uma solução prompta, fazendo, ao contrario, o que se faz para os tumores visiveis do labio, do seio e do utero, procurar a opinião do cirurgião porquanto o cancer do estomago em seu periodo de curabilidade não tem symptomas especiaes de cancer como diz Mayo. (Mayo clinics 1910).

Examinemos alguns dados sobre diagnostico e, nas doutrinas de Mattieu, de Mayo Robson e Kemp, synthetisemos os argumentos para uma boa pesquisa. Elucidemos de começo o phenomeno hematemese, vomitos de sangue, symptoma alarmante que impressiona o doente e a *entourage* e para o qual a tendencia geral é de imputar como causa a ulcera e o cancer. Nós sabemos que as hemorragias gastricas têm como causa: traumatismos, disturbios da membrana mucosa produzidos por corpos extranhos: acidos, alkalis, thromboses ou embolia dos vasos, aneurysmas, atheroma, estase venosa produzida por cirrhose do figado, tumores do figado, compressão da veia cava, molestias constitucionaes, como leucemia, anemia perniciosa, tão bem estudada aqui, ha dias, pelo professor Annes Dias, purpura, hemophilia, moelena, neonatouem ou morgus, maculosos, neonato-

rum, como já observei, com o professor R. Vianna. Sabemos que ellas pôdem depender de molestias do systema nervoso, da hysteria, de perturbações menstruaes, de molestias infecciosas como a febre amarella e outras.

A proposito d'estas causas, citemos dois casos curiosos, por suas differenças, não dependendo nenhum d'elles de ulcera ou tumor do estomago; um foi com o professor Plinio Gama. Tratava-se de um velho septuagenario, apresentando uma formidavel hematemese no decurso de uma saude apparente.

O primeiro medico a attendel-o attribuiu a hemorrhagia a cancer provavel, diagnostico com que concordei, discrepando logo o professor P. Gama, attribuindo antes a lesões cirrhoticas com perturbações de circulação secundarias pois bem este diagnostico confirmou-se mais tarde, dois annos depois, como tumor do figado e do colon ascendente, que produziu a morte por obstrucção. O outro caso foi com o professor Wallau que praticava a operação de cura radical de hernia inguinal em um velho com perto de setenta annos, sob anesthesia local; cinco ou seis dias após a operação, hemorrhagias gastricas formidaveis produziram a morte d'este velho, sendo a causa d'ellas varices pyloricas ou ectasias outras na propria mucosa gastrica.

Deixemos estas divagações, passemos de largo sobre as causas ou etiologia da ulcera, examinemos de relance a estatística de Martim na *Modern Medicine de Osler* que reconhece mais de trinta causas, fixemos por um momento nossa attenção sobre os trabalhos de Rosenow, hoje classicos sobre a localisação electiva do streptococcus, sobre as relações da carie dentaria, da idade, do sexo, etc., enumeremos os symptomas e depois, num quadro, os fixemos para diagnostico differencial.

Symptomas. — Sobre este titulo nós temos que examinar duas especies differentes: os casos latentes, os casos mais communs, nos quaes o paciente gosa uma saude apparente e magnifica, apresentan-

do, quando muito, symptomas de hyperchloridria por um longo periodo, podendo, quando muito, apresentar, uma ou outra vez, vomitos, quando bruscamente è surprehendido por uma hematemese que será o primeiro symptoma alarmante, indice para um estudo regular e tratamento, ou causa de morte immediata. Observamos tres ou quatro casos d'estes, sendo dois com o professor Annes Dias; um exame para pesquisa de sangue occulto, um exame radioscopico serão os fios para destrinçar a meada difficil do diagnostico, mas para isso é preciso que o profissional pense, imagine, cuide na hypothese d'este diagnostico.

Nos casos typicos, os symptomas são mais definidos; mais encadeados e a sua concatenação é facil de fazer pelo clinico; peso e oppressão após as refeições que se intensificam em dor epigastrica, que póde ser tão intensa a ponto do paciente recear ingerir os alimentos. Nauseas, eructações ou vomitos apparecerão logo. A dor apparece geralmente poucosminutos depois de alimentar-se o doente, algumas vezes durante a digestão. Si ha hyperchloridria, a ingestão de liquidos, de bismutho, de bicarbonato e alimentos como crêmes, etc., aliviarão a dor; é a *hunger pain* dos auctores inglezes, que mais têm estudado esta especie morbida, assim como sua visinha do outro lado da veia pylorica, a ulcera duodenal; refiro-me a Mayo Robson e Moynihan.

Vêdes, assim, como é variavel esta dor e como a sua interpretação deve ser bem feita.

A dor epigastrica não é continua como no cancer, tem periodos de alivio; mais tarde a eructação e vomito trazem grande alivio e o doente sente-se bem; o apetite é variavel, o paciente tem fome e ao mesmo tempo, o receio de alimentar-se.

Apparece, então, a hemorragia como Symptoma mais frequente; não me refiro ainda á hematemese com sua entrada theatral, semelhante á da hemoptyse para firmar o diagnostico entre os profanos; refiro-me á perda continua, quando não

frequente, de sangue que, segundo Rodman, encontra-se em 50 0/0 dos casos e que com os methodos mais aperfeiçoados encontra-se hoje em 90 0/0. Esta póde ser pequena, continua, levando o doente a um estado anemico especial ou póde ser grande, brusca, violenta, produzindo a morte ou não, apparecendo em volumosa mœlena; porque esta differença? Porque no doente A produz hematemese e no doente B mœlena só ou associada á hematemese e no doente C só apparece ao microscopio este sangue que para nós tem tão grande valor diagnostico? E' puramente uma questão de séde da ulcera, da importancia do vaso lesado, da extensão daquella e de sua distancia em relação ao sphincter pylorico. Não podemos nos deter muito tempo em relação ao estudo d'esses dois symptomas, dor e hemorragia. Estudemos o conteúdo gastrico com a devida venia dos especialistas de laboratorio que aqui estão. Si o diagnostico de ulcera já foi positivado, é preferivel não passar a sonda. Si não ha hemorragia ou melhor, hematemese, si os vomitos não forem muitos poderemos passal-a e iremos encontrar no conteúdo gastrico a hyperacidez hyperchloridrica, depois das refeições de prova apropriadas e isto em 95 0/0 dos casos.

Neste particular vejamos as estatisticas das clinicas de Rochester, onde os irmãos Mayo, em 1000 casos de ulceras operadas, de 1907 a 1912 encontraram uma media de acidez igual a 63 dos quaes mais de 5 sextas partes eram de acido livre. Em um numero igual de operações de cancer gastrico a acidez total era de 31, dos quaes 1 terço era de acido livre, observando-se que *quanto mais adiantado é o cancer, mais baixa é a acidez e menor a percentagem de acido chlorhydrico livre.*

Isto mostra, senhores, a necessidade de diagnostico e operação precoces, antes que a reacção de acidez typica seja encontrada e aqui citemos textualmente as palavras de Kemp: *de facto está demonstrado que um diagnostico differencial entre a*

ulcera chronica de estomago e um tumor maligno em inicio não pôde ser feito nem mesmo pelo raio X e sòmente por um exame anatomo-pathologico, de modo que a ulcera chronica deve ser considerada como um estado pre-canceroso e tratada por uma operação radical como o cancer.

Nós podíamos estudar algumas questões sobre a dor, citando os trabalhos de Eustermann, de Pauchet, de Martinet, podíamos ver as dores typicas e atypicas, ver quanto se differenciam as dores na ulcera de estomago e na ulcera duodenal, mas estas questões tomarão muito tempo e não têm tão grande valor quanto ao tratamento. Não examinamos as complicações da ulcera, as perfurações mais ou menos bloqueadas por adherencias preventivas, terminando num abcesso sub-phrenico, nem as perfurações dramaticas com invasão peritoneal e necessitando sempre tratamento cirurgico que no primeiro caso será feito sem precipitação como num caso de grande abcesso appendicular e no segundo com urgencia como numa appendicite aguda ou numa hernia estrangulada.

Diagnostic. — E' facil na fórma typica caracterisada por hematemese, dor epigastrica circumscripta e presente na duração do processo digestivo, dor lombar, empastamento local e vomitos; é este o caso de ulcera com caracter agudo. Nos casos menos intensos, atypicos, isto é, sem hematemese, encontra-se a hyperchloridria, o sangue occulto nas fezes e no vomito, puz ao exame microscopico e isolado ou combinado ao sangue, na proporção de 33 o/o, como diz Mayo, nas suas clinicas mais antigas, e em quasi todos os casos, como dizem Kemp e os proprios Mayo, nos seus trabalhos recentes.

A proposito, devemos citar sobre o valor dos raios X cousas bem differentes que em grande parte justificam a dispensa que os nossos praticos fazem d'elles, dispensa que é uma das maiores causas dos nossos diagnosticos tardios e inaproveitaveis.

Si lerdas as clinicas ou *collected paper*

de Mayo do anno de 1910, lá encontrareis num artigo com a assignatura de Charles Mayo a declaração de que os raios X pouco valor têm para o diagnostico das affecções do estomago; no entretanto, nas mesmas clinicas, de 1916 a 1919, encontrareis trabalhos monumentaes dos assistentes de clinica Eustermann, Carmann, Judd e outros, trabalhos especializados, além de trabalhos dos proprios irmãos Mayo, sobre a applicação de resultados maravilhosos dos raios X no diagnostico das affecções do estomago.

Quanta differença em menos de 10 annos! E é por isto, meus senhores, que eu vos dizia que, em geral, os nossos clinicos faziam os sens diagnosticos pelos processos de 20 annos atraz e que, salvo poucos profissionaes, entre os quaes eu posso citar os professores Octavio, Annes Dias e Plinio Gama, os outros pouco recorriam ao exame radioscopico para as affecções gastricas porquanto os casos enviados para a operação, no serviço de cirurgia que attendemos neste Hospital, quasi sempre eram enviados *in extremis*, pacientes as mais das vezes não suportando sinão intervenções palliativas, salvo alguns casos com diagnosticos precoces feitos por aquelles profissionaes.

Esta evolução recente, esta ampliação da acção dos raios X para o diagnostico, que só agora os methodos modernos praticam, e que grande numero dos nossos praticos ainda não usa, precisa ser vulgarisada, porquanto no Rio Grande, nós temos varias cidades onde se fazem exames radiologicos, com toda a technica. Descrever a technica das radioscopias e radiographias gastricas, que quasi não se encontram ainda em tratados communs, e que só abunda em revistas, descrever as vantagens da massa bismuthada ou barytada para evidenciar a projecção, é tarefa que não me compete e eu incorreria em protestos dos nossos especialistas, enviando, comtudo, alguns de meus ouvintes á leitura da obra de Carmann, agora publicada, e que depois do livro de Pusey e Cal-

dwel é o melhor trabalho sobre o assumpto.

Toquemos no tratamento e vejamos como elle, para ser efficiente, precisa de diagnostico. Para a hemorrhagia, para a sede e para o colapso, phenomenos agudos, graves, que põem o clinico sobre o verdadeiro diagnostico e o paciente ás portas da morte ha necessidade de medidas de urgencia, que rapidamente exporemos. Repouso absoluto em decubito dorsal, uma picada de morphina e atropina em dose relativa, gelo sobre o epigastro, gelatina em injeccão hypodermica e gelatina por via gastrica, ergotina, emetina, são uteis. Lactato de calcio, chloreto de calcio, lactato de stroncio e de magnesia são de valor duvidoso na opinião de Kemp e Mayo, com o que estamos de accordo.

O uso do serum de cavallo, serum normal humano, transfusão de sangue constituem meios heroicos, mas é provavel que nos casos em que precisarmos empregar estes meios, mais pratico e mais seguro seja a laparotomia e suttura immediata da ulcera, porque, de accordo com Balfour, ulcera que se perfura com o cauterio e a suttura é ulcera que cicatriza.

Para a sede, uma solução de gelatina em pequena quantidade, uma gaze humida entre os labios, proctolyses pelo methodo de Murphy, hypodermoclyses pela solução classica salina cuidando em não levantar demasiadamente a tensão vascular, para não deslocar o coelho hemostasiante. Strychnina, adrenalina, etc. Com estes meios, em companhia do professor Annes Dias, temos visto doentes vencerem a crise hemorrhagica, mas a despeito d'estes meios já temos visto terminação fatal, sem haver tempo para qualquer intervenção cirurgica.

Estes são os meios para tratar o accidente agudo, mas bem outros são os meios de tratamento geral, differindo os methodos de tratamento racional, sendo expoentes classicos os de Leube, Zemssem e Lenhartz. Os principios geraes d'estes methodos, porquanto não vou vos fatigar

com o menu completo de cada um d'elles, são: o repouso absoluto de 2 a 4 semanas, a dieta lactea, extractos de carne, solução de assucar ou dextrose pura, albumina, isto adicionado de largas doses de bismutho ou magnesio e bicarbonato de sodio, com o fim de neutralisar a hyperchloridria, usando ainda belladonna para attenuar a acidez, diminuir a dor ou o espasmo, e conservando gelo sobre o epigastro.

Ao lado d'estes methodos classicos, vós vereis os methodos de Senator, ligeira modificação do methodo de Lenhartz e cujo objectivo principal é combater a hemorrhagia pelo proprio regimen dietetico, incluindo largas quantidades de gelatina nas refeições, e o methodo de Sippy, tão bem descripto no livro de therapeutica clinica, de Musser e Kelly e cujo escopo é levantar as forças do doente, procurando augmentar-lhe o peso rapidamente.

A dor, phenomeno capital devido á hyperacidez do conteúdo gastrico, tem seu correctivo na belladonna, ou melhor, na atropina, na neutralisação d'aquella hyperacidez; mas desde que esta dor seja intoleravel e venha acompanhada de phenomenos spasmodicos, rebeldes, frequentes, só a cirurgia poderá trazer allivio, de modo permanente e seguro e neste particular, esposamos a opinião de Mayo, Balfour e Bastedo.

O funcionamento regular do intestino é facil de manter com assistencia regular.

O pylorospasmo, a estenose com dilatação são motivos que exigem a intervenção cirurgica e, ainda mais, a incapacidade para a ingestão dos alimentos communs, factor que exige para um individuo não abastado o auxilio da cirurgia, são determinações bem positivas para uma intervenção como sustentou bem recentemente Bastedo, em New York.

Synthetizando, podemos dividir as indicações cirurgicas no tratamento da ulcera do estomago, em dois grupos. No primeiro temos a perfuração com o seu cortejo apparatuso de symptomas, com peritonite,

que exige intervenção urgente, depois do preparo previo necessario, no qual estão incluídas as medidas de ante-shock ; temos a hemorragia rebelde não cedendo aos meios que indiquei ha pouco.

No segundo grupo temos a peritonite local, com ou sem abcesso sub-phrenico, as adherencias perigastricas, a ectasia por estenose ou pylorospasmo, a reincidencia da ulcera, depois de uma cura apparente, e a reincidencia das hemorragias.

Mas quaes são os methodos chirurgicos de tratamento ? De uma vez por todas devemos declarar que no tratamento da ulcera do estomago o cirurgião não deverá estar só ; o internista deve estudar o caso clinico sob todos os aspectos, deve preparar o doente para a operação, e quando dizemos preparar devemos comprehender na preparação ; a remoção e a cura provisoria que seja, de caries dentarias, raízes apodrecidas, remoção de amygdalas infectadas, porque é conhecido, como disse ha pouco, que muitas vezes as ulceras de estomago e do duodeno são infecções embolicas de qualquer foco distante.

A attenção e cuidados que o internista deverá dar á hyperacidez, ao pylorospasmo, não serão mais do que um corollario dos cuidados que elle terá com essa motilidade perturbada pelo temperamento, pela dyscrasia, pela vagotonia.

Terminada a intervenção, ainda não cessa o papel do internista porque compete a elle a reeducação do doente quanto ás suas funções gastricas, do mesmo modo por que elle reeduca o diabetico, o tuberculoso, para um viver efficiente. E' d'este consorcio intimo de duas actividades, d'esta conjugação de esforços, que deverá renascer para a vida util o doente já restabelecido, porque, si ha intervenções onde a menor falha possa trazer o insuccesso, são as intervenções gastricas.

Depois d'esta justificação para que eu não possa ser acimado de exclusivista, podemos examinar, de um modo summario, quaes os methodos de tratamento cirurgico : não vou vos fatigar com a descri-

ção da technica operatoria do prof. A ou B porque seria abusar de vossa paciencia, mas devendo o cirurgião procurar uma via nova de passagem para o intestino, porquanto a via normal acha-se perturbada em seu diametro, em sua forma e em sua posição, elle terá que fazer uma anastomose e, para isso, tem á disposição uma serie de processos que elle não poderá empregar de *partis pris* e que só poderá escolher quando tiver a lesão á mostra.

Estes processos são :

1º. A excisão da ulcera, a gastrectomia parcial, a perfuração com thermo ou electro-cauterio e a sua invaginação sob suttura, processo tão bem descripto por Balfour e ultimamente largamente empregado em Norte America.

2º. A gastro-enteroanastomose de Von Hacker por via transmesocolica, e vulgarmente empregada quando o estado da parede posterior do estomago o permite.

3º. Os processos anteriores, variaveis, entre os quaes vós encontrareis a gastro-entero-anastomose anterior de Roux, em Y, a gastro-duodenostomia de Kümmel, de Jaboulay, de Mikulicz e Villard, processos que correspondem a problemas especiaes de mechanica e, especialmente, das marchas dos liquidos contidos no estomago.

4º. As anastomoses mais amplas como a gastro-duodenostomia de Finney e de Kocher, correspondendo a determinadas lesões de estomago, algumas não nos interessando, e por isso têm menos indicação em relação ao facto clinico que estudamos.

Para estas operações, o cuidado minucioso de technica, as sutturas feitas de modo irreprehensivel, porque ellas não vão servir só para approximar duas superficies, ellas vão fazer esta approximação estanque, o emprego de fio especial, assumpto sobre o qual muito se tem escripto e discutido até chegar á solução actual, isto é, fio absorvivel para a suttura mucosa e fio inabsorvivel para a serosa e o cuidado especial para evitar o circulo vicioso, são dogmas a que tem que se ater o cirurgião,

sinão as complicações operatorias são infallíveis.

Desde que a technica seja absoluta, não ha complicações maiores; temos operado no nosso serviço hospitalar e na clinica particular varios doentes, seguindo methodos operatorios differentes mas as complicações operatorias possíveis, como hemorragias, falta de consolidação de suttura, circulo vicioso, hernia para a pequena cavidade epiploica, nunca observamos, o mesmo se dando no serviço do prof. Wallau, que por longo tempo acompanhamos.

Quaes são as complicações da operação, complicações que dependem mais da technica operatoria que do caso em si? São varias.

1º. O circulo vicioso, complicação terrivel quasi sempre fatal, porque o doente verá seus padecimentos reaparecerem no fim de pouco tempo, desde que se restabeleça a permeabilidade pylorica, com a cessação da irritação antiga. Para evitar esta complicação, conheceis bem, o engenheiro dos cirurgiões entrou em actividade e surgiram variados methodos; temos empregado quasi todos os aconselhados; temos feito a simples constricção do pyloro com forte e grosso fio de seda, temos feito a ligadura com uma fita de aponevrose em companhia do saudoso prof. Wallau, já empregamos a exclusão pelo processo de Biondi, processo absoluto, porém demorado de execução, o que nem todos os pacientes pôdem permittir. Ultimamente empregamos com os profs. O. Rosa e Blessmann a ligadura do pyloro com um fio de kangurú grosso depois de esmagamento; sabeis bem qual é a causa d'estas variantes de processos de exclusão; o fio constrictor, de tanto restringir passa para dentro do cylindro pylorico, querem uns que pela simples constricção, querem outros que por verdadeira digestão do fio, o que é facto é que nos doentes que temos acompanhado, poucos, é verdade, porque em geral os perdemos de vista, e alguns do prof. Wallau, ainda não verificamos o restabelecimento da permeabilidade pylorica que no processo

de exclusão de Biondi absolutamente não se dará.

Ao lado d'estes processos directos vós encontrareis o processo indirecto de entero-anastomose de Braün, anastomose entre a alça afferente e efferente, que corrigirá os prejuizos de uma alça longa para a gastro-entero-anastomose. Queriam alguns que os vomitos devidos a qualquer perturbação do peristaltismo e que nós podemos com Moynihan classificar em quatro typos fossem devidos á acção da bile refluida na cavidade gastrica; ora, a regurgitação do conteúdo duodenal atravez do pyloro, o escapamento de liquidos gastricos pela alça afferente, o escapamento de liquidos da alça afferente para o estomago e o refluxo de liquidos da alça efferente no estomago constituem o circulo vicioso e a prova de que elles independem da acção da bile está no seguinte: o facto de Billroth ter encontrado complicações sérias e morte em casos onde houve vomitos biliares; Riegel, Mikulicz e outros fazem a mesma observação. Porém estes cirurgiões, embora notáveis, observaram numa época inicial de cirurgia gastrica de que elles fóram alguns dos creadores e, logo após, vieram os trabalhos de Dastre, provando que em cães com fistula gastrica, introduzindo bile em todos os periodos da digestão o effeito alcalinisante da bile era negativedo por uma copiosa secreção de succo gastrico. Logo após, os trabalhos de Angel Borges, de Terrier de Perrin e actualmente os trabalhos das clinicas de Mayo suggerem como norma de rotina a execução de uma cholecystogastrostomia para tratamento de oclusões permanentes, ou melhor, presumidas completas e irremediaveis do canal choledoco.

A hemorragia é complicação que não merece attenção uma vez que as sutturas sejam feitas com minucia. A hernia e a ulcera peptica são as duas complicações mais importantes depois d'aquella primeira que citamos. A hernia já foi observada por cirurgiões como Robson, Moynihan, Tuffier e com os cuidados que estes mestres

aconselham, pôde ser evitada com segurança. Nunca observamos esta complicação por seguirmos os conselhos d'aquelles auctores.

A ulcera peptica, complicação terrivel, porque é a reproducção do mal em região differente, devido á hyperacidez do succo gastrico é facil de prevenir, uma vez que o cirurgião e o internista trabalhem em conjunto, como ainda ha pouco diziamos.

Cuidemos agora da segunda parte de nossa palestra e abordemos o estudo do cancer gastrico sob o ponto de vista clinico que nos interessa. Sabemos de accordo com Kemp, Mathieu e Mayo que 70 % desenvolvem-se em uma ulcera anterior em que pese a opinião de Fenwick e Osler, mais antigos, que attribuem esta relação á proporção respectiva de 3 e 2,60 %. Ao estudarmos a historia de pacientes com cancer gastrico temos uma tendencia espontanea para crystalisar a attenção em torno dos symptomas existentes ou d'aquelles de periodos recentes.

Devemos nos reportar a épocas anteriores e, com cuidado, vamos encontrar um passado gastrico datando de muito tempo, de annos mesmo e neste particular ainda são as estatísticas particulares de clinica privada, e especialmente as estatísticas hospitalares que deram a Kemp e a Mayo a chave d'esta relação. Não estudamos as theorias etiologicas de origem embryonaria, as theorias parasitarias, não estudamos anatomia pathologica nem variedades; são assumptos abstrusos para nós clinicos e que interessam só os grandes investigadores de laboratorio.

Quaes os symptomas? Dois grupos ha: os symptomas geraes e os symptomas especiaes, dependendo da localisação do tumor.

Entre os symptomas geraes temos: paciente geralmente de meia idade, com symptomas gastricos de alguns mezes, no minimo, queixando-se de disturbios de digestão, perda de appetite, oppressão após as refeições e isto fatalmente datando de algum tempo, como asseveram as obser-

vações de Kuttner, Moynihan e Rodmann. A dor existe, não com o typo spasmodico da ulcera, mas é continua ou mais demorada depois das refeições, não havendo um intervalo da remissão, como na ulcera. O vomito pôde existir logo de começo, ou tardar muito; é uma questão mais de localisação que de extensão do mal; já tivemos occasião de operar um cancer extenso da grande curvatura, com franca cachexia no qual os vomitos só appareceram poucos dias antes, motivo pelo qual o doente foi operado. A hematemese apparece mais tarde, geralmente muitas vezes successivas e, permittam que, neste momento, faça o que fazem Bevan, Eisendrath em suas conferencias, que dê a palavra a Kemp, o grande professor da Fordham University. Diz elle textualmente «o tumor nesta occasião é palpavel, muitas vezes mesmo, antes; o paciente vem perdendo peso, a anemia e a cachexia vêm apparecendo. Torna-se mais fraco, finalmente morre de inanición ou complicações.»

Estes são os symptomas de um caso completo em evolução. Infelizmente, casos aparentemente de ulcera simples do estomago, com symptomas, crises gastricas, signaes radiologicos de ulcera têm sido verificados em operações e exames anatomo-pathologicos consecutivos, serem carcinona incipiente. Em relação a isto, Smithies faz o commentario seguinte que vem a pelo citar: «o diagnostico precoce do cancer gastrico é o microscopio, elle é possivel no estudo histologico de ter sido recém-removido, e tal tecido é verificação de evolução recente em paciente com ulcera peptica, já diagnosticada ha tempo». Do estudo comparativo de symptomas em 921 casos, ainda Smithies tira as conclusões seguintes, verdadeiros dogmas a seguir, e que são: 1º cancer gastrico encontrado em laparotomia por ulcera e na qual o cancer era diagnosticado ao microscopio; 2º cancer gastrico desenvolvendo-se em pacientes com annos de dyspepsia, de typo ulcera peptica, na qual a malignidade apparece subsequentemente; 3º

cancer gastrico em pacientes que até a occasião gosavam de saude apparente, magnifica; 4º cancer gastrico em pacientes, nos quaes a malignidade seguiu perturbações de typo clinico indefinido; 5º cancer gastrico continuando em cancer extra-gastrico.

A synthese d'estas conclusões é aquella que já uma vez citamos e que é expandida por Mayo e Kemp: *ulcera gastrica chronica deve ser considerada clinicamente um estado pre-canceroso e deverá receber o tratamento cirurgico do cancer.*

E' inutil citarmos mais opiniões para reforço desta asserção; seriam ellas as de Hence, Rodmann, de Moynihan, só especifiquemos o seguinte: os periodos de observação são os mais variados para estes auctores, elles encontram como menor intervallo entre a ulcera e a malignidade, tres mezes e como maior intervallo, uma observação de 21 annos.

Os symptomas geraes soffrem modificações produzidas pela localisação do tumor.

A anorexia apparece em 85 % dos casos, é progressiva, com aversão especial para carne, acreditando alguns que esta perda de appetite seja de fundo toxemico. A dôr é o symptoma mais constante, menos intensa, em geral, que na ulcera, não se attenuando no fim da digestão gastrica, se irradiando com zonas de hyperesthesia entre a região mammaria e o umbigo, na frente, e a 5.ª e a 12.ª vertebrae dorsaes, atraz. Vomitos pôdem vir cedo ou tarde; é uma questão de séde; deverão conter sangue alterado, bacillo de Boas, Oppler, e raramente sarcinas que se encontram, de preferencia, nas estenozes benignas.

Perda de peso, cachexia, não são symptomas para estudo isolado. O estudo do sangue, a contagem de globulos tem interesse. A anemia é sempre encontrada com caracter progressivo, só havendo uma restricção quando ha estenose pylorica com dilatação do estomago e insufficiente absorção de liquido, não havendo, então, redução na proporção de globulos vermelhos.

A leucocytose é encontrada com typo

médio raramente acima de 12 a 15 mil. Eosinophylia frequente e de valor suggestivo é frequente. Encontram-se casos sem tumor apparente nos quaes a contagem de globulos é tão baixa que lembra a anemia pernicioso, mas a ausencia de megaloblastos e a presença de leucocytose affirmam cancer. Não estudemos o tumor, nem o modo de percebê-lo, não estudemos a inspecção, a percussão e apalpação, nem a insuflação, nem a motilidade respiratoria; são signaes que a propedeutica commum ensina, que o tirocinio hospitalar e clinico desenvolvem no pratico e que fazem parte de seu cabedal de technica, sem o que elle não se pôde mover; são a sua ferramenta diaria.

Não estudemos a transilluminação do estomago, talvez ainda venha a ser um processo bom como a cystoscopia, mas na actualidade, assim como a gastroscopia, não é processo pratico nem util.

Coma, thrombose, oedema, mestastases, tetania, não são symptomas, são complicações de symptomas. Nos symptomas especiaes dependentes de localisação do tumor nós temos: no cancer do cardia, um dos symptomas mais importantes e frequentes é a dysphagia; o proprio doente vos dará a descripção da marcha progressiva, a especialisação que elle fez de certos alimentos vos informarão do resto; o disturbio continuará e vós vereis o quadro mais carregado, mais sombrio, com o diagnostico mais claro, mais preciso e, no entretanto, o estomago é pequeno, contrahido e o ruído typico da deglutição apagado.

Que aspecto differente ides encontrar no cancer do pyloro! Dôr, sensação de replexão e outros phenomenos dyspepticos e mais tarde vomitos frequentes, geralmente grandes, 1 a 2 litros, com alimentos velhos de dias, insufficiencia motora e digestiva, residuos alimentares intactos ou putrefactos, volumosos e incapazes de sahir pelo tubo de lavagem. Dilatação, gastroptose.

Tumor do corpo. Dôr, anorexia, vomitos

algumas vezes, porém em geral ausentes. Tumor á esquerda da linha mediana.

No diagnostico de laboratorio, vós vereis a habilidade do internista, que é o especialista, elevada ao auge; o estudo das relações do ácido chlorydrico, a sua diminuição ou ausencia, orientando o diagnostico de cancer, sem contudo poder positivo isoladamente; o estudo do ácido lactico, suas relações com o ácido chlorydrico que se synthetizam nas seguintes conclusões: a ausencia de ácido chlorydrico livre e a presença de ácido lactico são confirmativas em conjunção com outros symptomas. A presença do bacillo Boas Oppler, a presença de pús, de sangue e o exame rectal aconselhado por Erdmann constituem tantas provas mais para trazerem a confirmação ao espirito do clinico.

Não cuidemos das relações especiaes para verificação do cancer, das provas do tryptophan para cancer do estômago, da reacção antitryptica do sangue, da hemolyse, das reacções cutaneas, da reacção de azul de methyleno na urina do canceroso gastrico, das modificações e adaptações de Van Slyck á reacção de Abderhalden, nos curvemos deante de tanta paciencia, de tanta pertinacia, embora algumas vezes ingenua dos trabalhadores infatigaveis nesta ordem de pesquisas e attentemos bem que, actualmente, na clinica de Mayo, os doentes são frequentemente enviados á sala de operações com o diagnostico de cancer ou de ulcera chronica baseados exclusivamente na historia de ulcera com exharcebação recente, acompanhada de perda de peso, enfraquecimento, anemia, associados aos dados radiologicos.

Não esperam pela cachexia, tumor nem pelas provas de laboratorio.

Diagnostico differencial. — Não fazemos o diagnostico differencial do tumor ventricular, não palpavel com anemia perniciosa porque não nos interessa, bastando lembrar que o exame de sangue neste caso dará a chave do problema.

Não faremos o diagnostico differencial com a gomma syphilitica estenosante do pyloro,

lembrando sómente que a differenciação com a syphilis gastrica deve ser sempre feita para não termos a reproducção do que ocorreu com o cirurgião americano Beavan e que elle bellissimamente confessa em suas licções clinicas: julga inextirpavel um tumor durante a operação, faz a anastomose gastro-intestinal e submete o paciente a tratamento especifico após a operação; qual não é a sua surpresa quando este doente lhe apparece á consulta tres annos depois, nédio e robusto!

Entre ulcera e cancer são os seguintes os pontos differenciaes:

Cancer. — Idade, geralmente 40 a 60, maior frequencia no homem, symptomas progressivos e de pequena duração, alguns mezes a um anno; emaciação rapida, cachexia, pequenas hemorragias repetidas, mas não sempre, dôr continua, não paroxysmica, sem remissão, não dependendo especialmente de periodo de digestão; anorexia, vomitos uma ou duas vezes ao dia, mais tarde vomitos côr de borra de café; ectasia quando o pyloro está comprometido, vomito não dando allivio, anemia, ácido chlorydrico livre diminuido ou ausente, ácido lactico presente, assim como pús; sarcinas raras e quando presentes poucas, bacillo de B. Oppler na maior parte dos casos. Leucocytose moderada e eosinophilia presente. Dysphagia e regurgitação quando tocado o cardia. Unico em alguns casos.

Ulcera gastrica. — Idade, 20 a 40 annos, mais frequente nas mulheres; dôr paroxysmica e agravada depois das refeições; remissão da dôr e allivio após o vomito; dor epigastrica e no dorso; resistencia circumscripta no epigastro, augmentada pela pressão; perda de peso, expressão angustiosa de soffrimento; não ha cachexia, anemia pequena, appetite bom, hyperchlorydria uzual, porém não sempre, vomito de sangue em grande quantidade, mœlena ou sómente sangue occulto.

A' proposito da frequencia na mulher é interessante accentuar que Mayo diz ser maior a frequencia no homem, explicando a differença de opinião apparente, só pelo

seguinte: a mulher faz com mais segurança e proveito o tratamento medico da ulcera, repouso no leito por 4 semanas, etc, ao passo que o homem, pela vida mais intensa, não podendo fazer esse tratamento, recorre mais frequentemente ao cirurgião, dando assim aquella discrepância de estatística.

A diferenciação de diagnostico com a achylia gastrica, com a dyspepsia nervosa, com o cancer da vesicula, com os tumores do peritoneo e do mesenterio, com as grandes hypertrophias lymphaticas, com os exsudatos e as adherencias é relativamente facil, especialmente usando raio X.

Tratamento. — Ha dois methodos de tratamento, o medico e o cirurgico, porém a unica esperança de cura reside neste, ficando para o acervo d'aquelle os casos inoperaveis ou aquellos em que o doente declina da operação; porém devemos accentuar perante vós a necessidade da educação, não tanto do paciente que, em geral, consente quando os factos são expostos com clareza, mas do medico sobre o valor da laparotomia exploradora para o fim de diagnostico. Ella pôde ser feita sem prejuizo e não devemos esperar pelos phenomenos de obstrucção pylorica ou phenomenos mechanicos, por que estes já significam um estado adiantado; quando elles apparecem, a laparotomia exploradora não é mais necessaria.

A estenoze pylorica, de um modo geral, é uma indicação cirurgica e esta é a opinião de Rodmann e Deaver que vão mais adiante, aconselhando até a abertura do estomago para a inspecção; com isto concordam todos os especialistas actuaes, Moyniham, Mayo, Krönlein e outros.

As questões que estes cirurgiões põem em fóco e que todo o clinico deve ter em mente, são: uma operação sobre o estomago prolongará a vida do paciente? Tornará a vida mais toleravel e será assim justificada ao espirito do paciente? Dará uma ressecção uma probabilidade de cura? Dará ella um allivio, apesar da reincidencia? Até que meios de diagnosticos mais faceis

existam, é imperativo, diz Moyniham, que muito mais cedo se lance mão da laparotomia exploradora.

Actualmente esta operação é limitada ao exame do doente quando o diagnostico está feito e seu fim é sómente verificar si o tumor é ou não extirpavel. Porém, para melhorarmos os nossos resultados clinicos, a laparotomia exploradora deve ser feita, não para confirmar e sim para fazer o diagnostico.

As difficuldades não cessam ainda. Quando o diagnostico está feito e o paciente submete-se á operação, é difficil resolver qual o processo cirurgico, qual a technica a empregar; neste momento, o cirurgião, em poucos minutos, toma decisão solemne em relação á vida do cliente e é o instante em que o cirurgião revela a sua alma, o seu espirito e o seu criterio; inoperavel o tumor, inextirpavel, a gastro-entero-anastomose classica, que traz allivio immediato com augmento de peso, bem estar geral embora digam que a cirurgia não curou. Alliviou, prolongou a vida com relativo bem estar, consagrando assim um dos dogmas da medicina.

Auxiliava eu o prof. Wallau em uma gastro-enteroanastomose; o doente com um cancer pylorico, com metastase, cachexia e profunda deshydratação, aproveitou extraordinariamente vivendo alguns mezes; era um coronel do exercito e, durante este periodo após a operação, foi promovido a general, melhorou as condições economicas da familia e assim os senhores vêm como seguindo aquelle dogma da medicina que citei, a operação teve tão grande valor social.

Quando o tumor é extirpavel, quando a gastrectomia é indicada, a intervenção é mais prolongada, mais grave, mas a technica actual pregada por Moyniham, Pauchet, Ombredame e Mayo simplificando muito o acto operatorio torna a percentagem de cura operatoria maior e maior tambem a percentagem de cura em tempo.

A gastrectomia deve ser sempre tentada, mesmo quando haja metastase para o fi-

gado, porque a supressão do tumor melhora as condições gástricas, melhorando assim a nutrição. Não indicaremos a jejunostomia ou duodenostomia; estas são para doentes condemnados e irremediavelmente serão feitas sob anesthesia local.

Terminando esta palestra, que já vae longa, agradeço a honrosa atenção que me dispensastes, faço votos para que nas proximas quintas-feiras este salão, onde, pela requintada gentileza do sr. Provedor,

me ouvis, possa ecoar com palavra mais forte, mais quente, de espirito mais culto, de aprimorado talento, porém permitti ainda que eu repita a phrase de sabio mestre: no diagnostico de cancer do estomago, procurem com os olhos do raciocinio, com os olhos do clinico, do laboratorio, do raio X, mas não esperem que o tumor lhes entre pelos olhos porque então praticareis um homicidio lento.