

SOBRE UM CASO DE ULCERA PERFURADA DO ESTOMAGO

Pelo Prof. Frederico Falk

No dia 26 de Dezembro ultimo fui chamado para vêr um moço, de côr branca, casado, com 42 annos de idade e que, em outros tempos, tinha exercido sua actividade no commercio.

De 8 annos para cá vinha soffrendo do estomago. A principio apresentára symptomas varios de dyspepsia, entre os quaes predominava a hyper-acidez, seguida de periodos mais ou menos longos de acalmia. Ha dois annos seus soffrimentos se exacerbaram, a ponto de não se poder dedicar a occupação alguma. Começa então a classica peregrinação de consultorio em consultorio, tendo o doente ouvido a opinião de 7 ou 8 medicos, sem colher resultado.

Pelas suas informações, a maioria destes medicos aventou a idéa de ulcera, sem comtudo chegar a um diagnostico decisivo. Ainda em Agosto do anno passado foi submittido a exame radioscopico por distincto collega que, diz elle, chegou ao diagnostico de atonia gastrica. No emtanto o tratamento instituido não lhe trouxe o minimo allivio aos soffrimentos então atrozes.

Encontro o paciente em miseras condições: emmagrecimento extremo (36 ½ kilos para talvez 166 cm. de altura), pelle muito secca e amarellada, pulso pequeno, a 90.

Queixa-se de dôres violentas, quasi sem treguas, apresentando o maximo ás 11 horas da noite, seguindo-se depois alguns vomitos alimentares, verdadeiros vomitos de estase, apesar de ultimamente quasi não se alimentar.

A anamnese fornece mais ou menos a symptomatologia classica da ulcera gastrica, pelo que me julgo dispensado de reproduzil-a aqui. Devo, porém, frizar que, dias antes, o paciente tivera diversas hematemeses abundantes e melenas, o que contribuiu muito para fortalecer o diagnostico. Por occasião de uma das hematemeses experimentára dôr tão aguda que teve uma syncope. O medico assistente firmou então o diagnostico de ulcera do pyloro, tendo indicado a intervenção cirurgica.

Passando ao exame local, encontro a região epigastrica bastante abahulada, devido á distensão do estomago, estendendo-se este abahulamen-

to até ao umbigo. De quando em vez notam-se movimentos peristalticos e anti-peristalticos desse orgão. Região do pyloro completamente silenciosa.

A palpação não nos fornece dados para afirmar a existencia de ulcera ou de tumor, nem o paciente accusa sensibilidade especial na região. O mesmo, porém, não se verifica para as visinhanças da pequena curvatura e do cardia. Existe ahí um certo gráo de empastamento, ha defeza muscular, sendo a palpação muito dolorosa. Suspeito até um tumor, mas o paciente não permite palpação mais profunda. No mais, vascolejo gastrico presente.

Deante destes dados reforçados pelo exame radioscopico anterior, estabeleço o diagnostico de estenose cicatricial do pyloro e ulcera nas proximidades da pequena curvatura, indicando uma gastro-enterostomose.

No dia seguinte o caso é examinado pelo Dr. Blessmann que concorda com o diagnostico e a intervenção, inclinando-se igualmente para a possibilidade de uma degeneração cancerosa.

Em nossa ausencia ainda foi chamado outro collega que confirmou nossa opinião, achando, porém, conveniente fazerem-se préviamente exames de urina, de sangue e radioscopico. A estas indicações o Dr. Blessmann e eu objectámos:

1.º — Quanto ao exame de urina, estamos de pleno accordo, visto ser de rigor em todas as intervenções cirurgicas.

2.º — O exame de sangue poderá ser feito, apesar de não termos encontrado estigmas de syphilis; mas, qualquer que seja o resultado, a intervenção se fará, por ser de urgencia.

3.º — Dispensamos o exame radioscopico, porque, assestando-se a ulcera na visinhança da pequena curvatura e do cardia, como parece, o resultado póde ser negativo, como já o foi uma vez. Quanto á atonia que a radioscopia nos podia fornecer, ella já foi verificada.

Os exames revelaram urina normal e o Wassermann francamente negativo.

No dia 29 o doente foi submittido á intervenção cirurgica, na qual fui auxiliado pelos collegas Franco e Blessmann, tendo-se encarregado da anesthesia pelo ether o Dr. Octacilio Rosa. E' preciso dizer que, em vista da precedencia das hematemeses, não se fez a lavagem do estomago. As precauções preliminares consistiram unica-

mente em uma lavagem intestinal e em um jejum de 24 horas.

Aberto o ventre, encontrámos o estomago muito distendido por liquido de estase e gazes, a ponto de se exteriorisar espontaneamente, ao menos em grande parte. Mal começámos a fazer ligeiras tracções, afim de examinal-o, ouvimos de subito um sopro, accusando a passagem de gazes por um orificio. Tratava-se de uma ulcera perforada da parede anterior, muito proxima da pequena curvatura e pouco distante do cardia.

A perfuração apresentava-se com um diametro de 5 mm. mais ou menos, de bordos esclerosados e muito delgados. Em seguida ao escapamento dos gazes começou a sahir pela perfuração uma massa esbranquiçada em regular quantidade, a qual foi reconhecida como sendo leite incompletamente digerido. Era mais uma prova da estase, pois o paciente passára 24 horas sem se alimentar.

A nosso vêr, a ulcera perforára dias antes, talvez por occasião das hematemeses, não tendo então havido accidente de maior devido ás adherencias daquella parte do estomago com o lobo esquerdo do figado. Em consequencia das tracções, si bem que leves, exercidas sobre o estomago, as adherencias se desfizeram e a perfuração se manifestou.

Por meio de dois clamps separámos a região da ulcera do resto do estomago, afim de interromper a sahida continua de seu conteúdo que era abundante. Fizemos a toilette do campo operatorio, para depois nos occuparmos da ulcera, destruindo-a a Pacquelin. A perda de substancia apresentava então as dimensões de uma moeda de 400 réis. Verificada a hemostasia dos bordos da lesão, procedemos á sutura em duas camadas, a profunda por pontos separados e a superficial continua.

Sómente depois deste trabalho inesperado é que nos foi dado examinar o resto do estomago. Confirmou-se a estenose cicatricial do pyloro. Felizmente não havia degeneração cancerosa, aliás suspeitada unicamente para a pequena curvatura.

Terminámos a intervenção pela gastro-enterostomose posterior, procedendo finalmente á sutura da parede abdominal, tendo, por precaução, deixado um dreno na parte superior.

As sequencias operatorias foram excellentes. O pulso, é verdade, no mesmo dia passou de 90 a 120, baixando no dia seguinte a 100 e no fim

de quatro dias a 80. A unica elevação thermica manifestou-se no segundo dia (37º,5), conservando-se depois a temperatura sempre abaixo de 37º. Os vomitos cessaram por completo, tendo mesmo havido ausencia dos vomitos post-anesthetics. Do mesmo modo desappareceram as dôres, como que por encanto.

Do terceiro dia em deante o operado senta-se na cama, muito animado. Começa a dissipar-se a depressão moral. A alimentação nos primeiros dias é substituida pelas injecções de oleo camphorado e de sôro glycosado e pelos clysteres do mesmo sôro, gotta a gotta. Contra a sêde permittimos unicamente pedacinhos de gelo. Passámos depois aos caldos de cereaes, caldos de fructas e leite. Hoje, ao cabo de seis semanas, sua alimentação consiste em leite, canja, pão torrado, purée de batatas, carne de gallinha cozida e peixe, podendó ser ampliada em breve.

Em 4 semanas o nosso operado augmentou 2 kilos, não querendo, por emquanto, retomar seu peso, para deixar "juntar", na expressão d'elle.

Para sermos sinceros, é preciso dizer que, decorridas tres semanas, houve suppuração da parede abdominal, na parte inferior da cicatriz, o que para o estado geral do paciente não deixou de ser um inconveniente. Actualmente acha-se elle fóra da capital, na esperanza de recuperar mais rapidamente as suas forças.

Eis, em poucas palavras, a narração de um caso clinico interessante. Vejamos os ensinamentos que elle nos póde fornecer.

Em primeiro lugar precisamos nos referir ao exame radioscopico que parece ter falhado devido á sêde da ulcera. Assim mesmo é de extranhar que elle não tivesse permittido o diagnostico da estenose pylorica, tanto mais que a atonia gastrica reconhece por uma das suas causas justamente aquella affecção.

Os outros ensinamentos decorrem das condições da ulcera. Supponhamos que se tivesse feito a lavagem do estomago. Não se poderia ter determinado a ruptura das adherencias que mantinham estanque o estomago, apesar da perfuração? O proprio exame radioscopico poderia ter determinado o mesmo accidente pelo peso da posição de bismutho ou de baryo, o que aliás já foi consignado na litteratura medica.

Finalmente o abservação mostra como as adherencias de visceras podem ser providencias, evitando os graves accidentes que decorrem da perfuração, podendo ao mesmo tempo perturbar o estabelecimento de um diagnostico correcto.