

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 30 de Setembro de 1884

E PERANTE ELLE SUSTENTADA

no dia 20 de Dezembro do mesmo anno

POR

Cornelio Vaz de Mello

TENDO SIDO APPROVADO PLENAMENTE

Natural da Cidade de Uberaba (Provincia de Minas Geraes)

FILHO DO

Dr. Fernando Vaz de Mello

E DE

D. Sophia Adelaide Alves de Andrade e Mello

RIO DE JANEIRO

Typ. de J. D. de Oliveira, rua do Ouvidor n. 141

1886

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR Conselheiro Dr. Barão de Saboia.
 VICE-DIRECTOR Conselheiro Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
 SECRETARIO Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

Drs. :	LENTES CATHEDRATICOS
João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva.....	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco....	Pathologia cirurgica.
Conselh. Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especial- mente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Barão de Motta Maia.....	Anatomia topographica, medicina ope- ratoria experimental, aparelhos e pe- quena cirurgia.
Nuno de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem	} Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa...	
Conselheiro Barão de Saboia.....	} Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro.....	
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica de molestias cutaneas e syphili- ticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica.
LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS	
Antonio Caetano de Almeida.....	Anatomia topographica, medicina opera- toria experimental, aparelhos e pe- quena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Anatomia descriptiva.
José Benício de Abreu.....	Materia medica e therapeutica especial- mente brasileira.
ADJUNTOS	
.....	Physica medica.
.....	Chimica medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica medica e zoologia.
.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ledisláu de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	} Clinica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes.....	
Bernardo Alves Pereira.....	} Clinica cirurgica de adultos.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	} Clinica obstetrica e gynecologica.
Francisco de Paula Valladares.....	
Pedro Severiano de Magalhães.....	} Clinica medica e cirurgica de crianças.
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	
.....	} Clinica de molestias cutaneas e syphili- ticas.
José Joaquim Pereira de Souza.....	
Luiz da Costa Chaves de Faria.....	} Clinica ophthalmologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha....	
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	Clinica psychiatrica.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTATION

INTRODUCCAO



On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'interêt, mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir, dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

LA BRUYÈRE.

Com quanto o cancro do estomago e do pancreas tenham sempre terminação fatal, o estudo do diagnostico d'estas duas entidades morbidas não é sem importancia, porque diagnosticar uma molestia é excluil-a de outras com que se pode confundir, e sabemos que não póde existir therapeutica alguma racional que não seja baseada em diagnostico certo.

E si d'entre as molestias, que apresentam pouco mais ou menos o mesmo quadro symptomatologico que adiante traçamos, podermos excluir o cancro do estomago, o cancro do pancreas, os quaes têm zombado de todos os recursos therapeuticos, achar-nos-hemos em face de outro grupo de molestias, onde o medico se mostra grande e a therapeutica toda a sua efficacia; mas essa exclusão não póde ser feita senão pelo diagnostico, por um conhecimento aprofundado da symptomatologia das molestias de que tratamos.

Apezar de não nos faltar desejo, não vimos trazer luz alguma ao assumpto que faz objecto de nosso ponto, a esse chaos que se denomina diathese cancerosa. Não se supponha que, pela simples leitura das linhas que adiante traçamos, se esteja sempre apto a diagnosticar um cancro do estomago, ou um cancro do pancreas; não, a diathese cancerosa é caprichosa em suas manifestações, nem sempre fulmina o organismo da mesma maneira ou com o mesmo cortejo de symptommas, podendo isto depender, já da invasão de

mais de um órgão ; já da complicação de outra molestia que mescle com os d'elle os seus symptomas e torne por conseguinte quasi ou mesmo impossivel o diagnostico, como acontece nos casos em que só a autopsia, com grande surpresa do medico, vem revelar a existencia do cancro ; já, emfim, do modo de desenvolvimento do processo morbido, que se espraia ou se infiltra nas paredes do estomago, produzindo assim a falta de muitos outros symptomas e do tumor, esse symptoma fundamental, essa pedra de toque do diagnostico.

Diz Habershon : « Quando o tumor não pôde ser observado, o diagnostico torna-se por demais obscuro, maxime no começo da affecção, onde os symptomas são os de todas as molestias gastricas. »

Quanto ao cancro do pancreas, as difficuldades crescem, como será facil ver; lendo-se esta parte, e o dito de Strumpell—«o quadro morbido geral do cancro do pancreas tem muita semelhança com o da maior parte dos carcinomas dos órgãos abdominaes—» justifica ainda esta nossa asserção.

Pelas nossas observações ver-se-ha que em mais de um caso se deixou de diagnosticar cancro do pancreas, pois que este, sendo quasi sempre secundario, coincidia com cancro diagnosticado em outras visceras ; mesmo o cancro do estomago nos passou desapercibido uma vez, sendo seus symptomas obscurecidos pelos da cirrhose atrophica do figado.

O proprio, pratico velho, Trousseau, mais de uma vez errou em taes diagnosticos, suppondo existir um cancro, onde não existia senão uma ulcera simples ou uma gastrite chronica, molestias que mais vezes se confundem com o cancro do estomago.

A nossa these fica assim dividida : 1ª parte — observações ; 2ª diagnostico do cancro do estomago ; 3ª diagnostico do cancro do pancreas ; 4ª diagnostico differencial.

Faltaríamos a um dever, si ao terminar estas linhas não dissessemos que nos foram de grande auxilio as preleções, sobre o assumpto, feitas pelo professor Torres Homem. Compulsamos ainda varias obras : as de Brinton, Lebert, Trousseau, Peter, Habershon, Ancelet, Jaccoud, Frierichs, Damaschino, Behier, Leven, Laveran, Dupeau, Murchison, Dieulafoy, Gueneau de Mussy, Strumpell, Germain Sée, theses, dictionarios, jornaes, etc.



PRIMEIRA PARTE

1ª OBSERVAÇÃO

Percorriamos nós as enfermarias em busca de algum individuo canceroso, que pudesse servir de quadro vivo á nossa dissertação, quando, no dia 8 de Maio do corrente anno, entrou para a 4ª enfermaria medica, a cargo do distincto clinico Conselheiro Dr. Torres Homem, um individuo, de côr parda, brasileiro, de 41 annos de idade, e que occupou o leito n. 2, da mesma enfermaria.

Habito externo. Esse individuo apresentava-se de pelle pallida, dotada de pouca vitalidade, de rosto sem expressão, de semblante onde se lia o desanimo, de musculos molles, flaccidos, atrophiados, de ventre acanoado, cuja pelle era exuberante e conservava as dobras que se lhe faziam ; tudo nelle, emfim, indicava uma distrophia profunda, um manifesto marasmo.

Procedendo nós á anamnese, referiu-nos elle que, ha seis mezes antes, começara a encontrar embaraços na deglutição, principalmente para os alimentos solidos ; que, com o correr dos tempos, o seu mal foi-se aggravando, a ponto tal de ser-lhe necessario, para alimentar-se, fazer pequenos bollos, os quaes, quando maiores, lhe ficavam parados na garganta, e, após algum tempo, eram expellidos pelo vomito ; e que mesmo actualmente os alimentos liquidos, como o leite, o caldo e a agua, eram difficilmente deglutidos.

Disse-nos ainda mais, que sua verdadeira molestia dactava de muito mais tempo, pois que, mezes antes de se apresentarem os embaraços para o lado da deglutição, já soffria perturbações gastricas, constituídas por pyrosis, flatulencia, dores epigastricas após as refeições, sensação de plenitude ; esses symptomas foram-se incrementando, appareceram-lhe vomitos, que ora se manifestavam sem demora depois das refeições, outras vezes um pouco mais tarde.

Os alimentos vomitados eram, ora taes como foram ingeridos, ora misturados e ensalivados, ora já chymificados.

Aos progressos do vomito não tardou em seguir-se a anorexia e mesmo a aversão para certos alimentos, como a carne ; dizendo-nos

elle que a repugnancia que lhe causava essa substancia, lhe sobreviéra, mesmo quando ainda o esophago lhe dava livre passagem aos outros alimentos. Esse individuo se queixava ainda de uma dôr localizada no concavo epigastico, dôr que augmentava pelos esforços da deglutição e se irradiava para diversos pontos, para o hypochondrio direito e esquerdo, indo morrer na região das espaduas.

A' apalpação do abdomen, verificava-se um endurecimento da linha alva, assemelhando-se a um cordão duro.

Estavamos eu e varios collegas ao redor do leito desse individuo, quando se approximou o Conselheiro Dr. Torres Homem, que diagnosticou e fez, a respeito do diagnostico estabelecido, largas considerações, de que muito nos aproveitamos na confecção desta observação.

A dysphagia levou-nos desde logo a pensar em um estreitamento do tubo pharingo-esophagiano, que a sondagem veio confirmar, revelando a respectiva séde, pois que a porção da sonda introduzida, sem poder ir além, a contar da extremidade livre, até o ponto em que roçava nos labios, media 18 a 20 centímetros. O ponto atreziado, pois, devia achar se na união do terço superior, com o terço medio.

Diagnosticada a séde do estreitamento, um ponto não menos importante nos restava a liquidar, qual o de sabermos a natureza desse estreitamento.

De varias causas dependem os estreitamentos do esophago.

Figuram, em um primeiro grupo, os tumores que podem comprimir o esophago, quer infra, quer supra-diaphragmaticos, tumores que são quasi sempre as aorta-ectasias.

Neste ponto, permitta-se-nos um pequeno parenthese. Frequentavamos o 5º anno, acompanhando a visita clinica do conselheiro Dr. Torres Homem, quando ao approximarmos-nos de um leito, fomos eu e varios collegas, emprasados para no dia seguinte fallarmos sobre o doente que então ahí se achava.

Era um individuo portador de um estreitamento pharingo esophagiano, e pelos dados anamnesticos, pela percussão, pela auscultação, sendo a bulha da percussão clara, foi por nós diagnosticada uma aorta-ectasia; e, ainda mais, pela desigualdade do pulso radial, sendo o esquerdo mais fraco, mais demorado do que o direito, diagnosticamos a séde do tumor compressor do esophago, que era na crossa da aorta, entre a origem do tronco brachio-cephalico direito e a subclavia esquerda.

Continuando agora no primitivo assumpto, diremos que depois das aorta-ectasias vêm as adenopathias, isto é, as hyperplasias dos ganglios, maxime dos ganglios bronchicos, que podem comprimir, além do esophago, o tubo laryngo-tracheal, dando em resultado dyspnéa, accessos de tosse quintosa e dificuldade na respiração. O exame do doente, porém, demonstrava a não existencia desses tumores.

Em um segundo grupo figuram as ulcerações de qualquer natureza que sejam.

Essas ulcerações, cicatrizando-se, determinam estreitamento do esophago no ponto em que se assestam, em consequencia da propriedade retractil que tem o tecido cicatricial.

As ulcerações do esophago são quasi sempre tuberculosas, escrophulosas, syphiliticas, ou de natureza mecanica, isto é, resultando da passagem de liquidos causticos pelo tubo esophagiano. A ulceração do nosso doente não era de natureza tuberculosa, porque se o fosse, esse individuo deveria apresentar tuberculose pulmonar adiantada; demais, as ulcerações tuberculosas esophagianas são raras, com quanto algumas vezes possa a diathese tuberculose fulminar quasi todo o organismo, trazer um descalabro geral, ulcerar todas as mucosas, buccal-pharyngéa, esophagiana, gastrica, etc. Sempre essas ulcerações, repetimos, coincidem com tuberculose pulmonar adiantada. Ainda mais, as ulcerações tuberculosas do esophago raramente se cicatrizam e, por consequente, só excepcionalmente produzem estenose esophagiana.

Por um raciocinio identico pozemos de parte as ulcerações de natureza escrophulosa.

Não se tratava tambem de ulceras syphiliticas do esophago, porque, além destas serem raras, o que não se dá com as do pharynge e larynge, maxime com esta ultima — a laryngite syphilitica, que é bastante commum—o nosso doente não apresentava indicio algum de uma antiga affecção syphilitica; o seu corpo não apresentava cicatriz alguma e nem as adenopathias inguinaes e cervicaes. A sua anamnese era, além disso, a tal respeito, negativa.

Tambem não era o resultado de cicatrizes deixadas por liquidos causticos ou effervescentes em sua passagem pelo esophago; porquanto não figuravam na anamnese estes elementos.

Os acidos que, mais commumente, pela sua ingestão, podem produzir a atresia do esophago, são: o HCl, o H²SO⁴ e o HAzO.² Behier em sua clinica nos apresenta casos d'esta natureza, figurando entre elles o de uma creança, que, ao sorver pelo bico da mamadeira uma porção do chá a ferver que ella continha, teve uma pharyngo-esophagite extensa com certa retracção. N'este caso a sondagem cuidadosa e feita com reserva, deu em resultado a cura da creança.

Em um terceiro grupo collocamos os estreitamentos do esophago, que têm por causa uma perturbação nervosa; em uma palavra, os estreitamentos espasmodicos e paralyticos, com quanto neste ultimo caso não haja verdadeiro estreitamento e sim dysphagia por paralysis.

Estes estreitamentos são quasi sempre peculiares ás pessoas nervosas, ás senhoras, maxime ás hystericas, com quanto o homem não se ache delles isempto. Habershon refere casos desta natureza e nós tivemos occasião de observar este anno um doente que entrou para a enfermaria, a cargo do distincto clinico Dr. Martins Costa, que apresentava um estreitamento desta natureza. Era um

homem de 45 annos, cujo *habito externo* deixava ver alguma cousa propria do canceroso, apesar d'elle nos haver dito, que, até 4 ou 5 dias antes de sua entrada para o Hospital da Misericordia, gozava relativamente boa saude, a não ser que soffria de vez em quando, dores gastralgicas que eram acompanhadas de vomitos alimentares e ter accrescentado que de um dia para outro notou que os alimentos não chegavam mais ao estomago e eram repellidos pela regurgitação. Apesar disso tudo, e suppondo que a narração não fosse muito exacta, suspeitamos um cancro no estomago, porém o professor Martins Costa pensou de modo contrario dizendo que as dôres gastralgicas tinham provocado por via reflexa a contração espasmodica do esophago, e, com uma injeção de morphina, pois que as dores gastralgicas persistiam, e com uma poção composta de magnesia de Murray 200 grammas e 10 grammas de elixir paregorico, fez com que a dysphagia e as dores do enfermo desapparecessem e elle, no fim de poucos dias, obtivesse a alta, completamente curado.

O diagnostico em taes condições será feito pelo modo brusco por que se patentea o estreitamento e pelos antecedentes hystericos da mulher.

Torna-se, nestes casos, necessario praticar a sondagem reiterada; e quando isto fôr impossivel, recorrer-se-ha aos clysteres nutritivos, até que os alimentos tenham curso livre atravez do esophago.

Quando, em lugar do espasmo do esophago, houver paralysisia deste orgão, é mister que a alimentação seja feita com o auxilio da sonda. Não se achava ainda nesta classe o estreitamento do nosso doente, o qual se desenvolveo pouco a pouco.

Portanto, por via de exclusão, foi filiado o estreitamento do esophago do nosso doente a um cancro d'esta parte do tubo digestivo. Tudo nos guiava de mais a mais a esse diagnostico.

A idade do doente maior de 40 annos confirmava, pois, o que demonstram as estatisticas de Lebert e outros autores que, antes d'essa idade, é rarissimo o cancro do tubo digestivo, não se dando o mesmo com o dos orgãos appendiculares. A côr pallida, o facies especial, emfim a dystrophia profunda, vinham tambem augmentar as nossas convicções.

O *habito externo* e a anamnese do doente em questão, deixaram desde logo vêr que se tratava de um cancro do estomago; restava, pois, averiguar si este era uma propagação do do esophago ou este d'aquelle

O do estomago não era uma propagação do cancro do esophago, porque este quasi nunca alcança o orificio cardiaco do estomago. Rokitansky, segundo uma lei que estabelece, diz que o cancro do esophago invade quasi sempre o cardia. Lebert, porém, tem observado casos de cancro do terço inferior do esophago, onde este desce bastante, sem comtudo tocar o orificio cardiaco.

Brinton diz que isto é sem duvida possivel, mas que a ser sempre assim, poder-se-ia applicar a todos os casos de cancro do cardia, que, segundo a mesma lei de Rokitansky, invade sempre uma parte

do esophago, lei esta que está longe de ser absoluta, pois que Brinton, observou duas excepções.

O facto das perturbações gastricas terem precedido as perturbações da deglutição, nos fazia crêr que em primeiro lugar o estomago tinha sido affectado pela diathese cancerosa e secundariamente o esophago.

Além disso, a falta de regularidade nas horas do vomito, a não uniformidade d'estes, faziam acreditar que não se tratava de cancro do cardia e nem do pyloro, mas sim de um cancro das paredes do estomago. Com effeito, si o cancro fosse do cardia, os vomitos succederiam invariavelmente ás refeições e não apresentariam traços de chymificação, como se deu no doente que faz objecto da nossa segunda observação. Si o cancro, ao contrario, fosse do pyloro, os vomitos appareceriam horas depois das refeições e apresentariam uma chymificação adiantada.

Isto é devido, como sabemos, a que a diathese cancerosa, assentando-se em um dos orificios do estomago, tende a estreital-o, patenteando-se então quasi sempre por um tumor que, verificado á esquerda, indica um cancro do cardia e, á direita, um cancro do pyloro.

O nosso doente, porém, não apresentava tumor algum, e sim na região epigastica, uma certa dureza, um certo gráu de resistencia que fez com que o professor Torres Homem diagnosticasse um cancro das paredes do estomago, uma infiltração cancerosa de natureza melanica.

Com tal diagnostico achava-se o nosso doente condemnado irremissivelmente á morte em pouco tempo ; mas como o fim do medico, d'esse sacerdote da sciencia a mais nobre do mundo, não é sempre curar e sim, o mais das vezes, alliviar a quem soffre, prolongando-lhe os dias de vida, foi-lhe prescripto um vesicatorio á região epigastica, papeis com sub-nitrato de bismutho e morphina, magnesia fluida de Murray com tinctura de nox-vemica e elixir paregorico.

Ficou o doente entregue á evolução natural da molestia, obtendo algumas melhoras até o dia 26, quando no dia 28 do mesmo mez surgiu uma hemoptise. Ao passarmos a visita, o doente mostrou-nos o sangue que escarrara. Examinado de prompto o apparelho pulmonar pelo professor Torres Homem e por nós, eis o que se notou : para o ápice do pulmão direito diminuição de sonoridade á percussão ; pela escuta a expiração prolongada, rude, pseudo scprosa, retumbancia exagerada da voz, bronchophonia. Em uma palavra, ahi se verificaram signaes claros de uma tuberculose pulmonar.

Como se tubercularisara esse individuo ? Não cremos que essa tuberculose fosse hereditaria, isto é, tivesse sido transmittida por herança.

O nosso doente é um individuo já de idade avançada, e a tuberculose quando é hereditaria, no geral se manifesta cedo.

E neste caso não precisavamos da hereditariedade para expli-

cal-a ; achamos um facto palpavel, tangivel, a estenose esophagiana.

E', ha bastante tempo, conhecido o facto da estenose esophagiana produzir tuberculose ; porém, podemos dizer que elle veio ser completado, receber a sancção das mãos de Peter, que discute largamente, que dá-lhe uma satisfactoria explicação.

Peter colloca entre a primeira das causas da tuberculose, o desvio de nutrição, ou a alimentação insufficiente, que se traduz em uma palavra : inanição.

O nosso doente, pois, tuberculisou-se, não pelo facto da estenose do esophago, porém porque a estenose ia pouco a pouco estreitando o campo da alimentação, levando a economia do individuo a um gráo de cachexia profunda; tinha sido, como muito bem disse o professor Torres Homem, uma porta aberta para a entrada da tuberculose.

A hemoptise do nosso doente, graças ao emprego de uma poção hemostatica, não se repetio ; porém a cachexia fez progressos e o doente falleceu no dia 1° de Junho.

A autopsia, praticada no dia seguinte, com a assistencia do Conselheiro Dr. Torres Homem, por mim e pelo meu collega interno de clinica Alberto Eugenio de Figueiredo, veio confirmar o que em vida se tinha affirmado. Com effeito, pouco mais ou menos na união do terço superior com o terço medio do esophago, se encontrava o processo morbido, o neoplasma canceroso, que não abrangia toda a circumferencia do orgão, mas que apenas deixava livre pequena extensão sem ser lesada, digamos macroscopicamente.

O neoplasma apresentava de 1 1/2 a 2 centímetros de altura e ia morrendo para a parte não lesada do orgão.

O calibre do esophago no ponto canceroso achava-se reduzido ao de uma grossa penna de pato, o que verificamos pela justaposição das duas partes do esophago cortadas pelo escalpello. A abertura do esophago permittiu-nos ainda verificar pela vista e pela passagem do dedo a integridade da mucosa. O processo morbido, que era duro e escurecido, não se tinha ainda ulcerado, fazendo assim pensar em um cirrho.

O exame do esophago no resto de sua extensão mostrou-nos integridade perfeita de seus tecidos.

Aberto o estomago, a parte esquerda, a que corresponde ao cardia, assim como este, achavam-se normaes, ao passo que a parte direita, a que corresponde ao pyloro, apresentava um espessamento de suas camadas ; o pyloro mesmo parece que participava desse espessamento.

Nos pontos espessados, sendo a espessura de 2 a 3 centímetros, havia uma côr negra que não desapareceu, apesar de repetidas lavagens.

O exame do estomago veio, pois, confirmar o diagnostico de infiltração cancerosa das paredes do estomago.

O pancreas achava-se também augmentado de volume, principalmente para a cabeça. De consistencia muito mais dura do que a normal e, rangendo ao escapello, estava, em uma palavra, canceroso, cancro este que não foi diagnosticado durante a vida.

A não ser uma hypertrophia, principalmente do lobo esquerdo do figado, nada mais se encontrou de notavel nessa glandula ; não estava cancerosa.

O baço e os rins estavam simplesmente congestos, os ganglios mesentericos hypertrophiados.

Passando-se ao exame da caixa thoraxica, verificou-se adherencia das bases do pulmão, principalmente do direito. No apice desse pulmão encontramos uma pequena caverna e granulações tuberculosas.

Não se fez exame mais algum por não se julgar necessario.

2ª OBSERVAÇÃO

Pelos fins do mez de Junho entrou para a 4ª enfermaria medica um individuo de nome João Antonio Pereira, brasileiro, de 60 annos de idade, de côr branca e foi occupar o leito n. 27.

A anamnese desse doente, si é simples, si é pequena em sua discripção, é importante, é complexa, debaixo do ponto de vista do diagnostico. Elle apenas nos referio que sem saber porque, nem como, sentiu o appetite ir diminuindo, as forças irem-se annullando e vomitos apparecerem ; que, emfim, elle se acha no estado em que o vimos. Com effeito, o doente apresenta magreza extrema, olhos encovados e sem expressão, pomos salientes, bochechas deprimidas, semblante onde se desenhava profunda tristeza.

A pelle é escamosa, pulverulenta ; a camada epithelial destaca-se com facilidade ; a do abdomen é exhuberante, sem elasticidade, e conserva as dobras que se lhe faz ; é um verdadeiro ventre muxibento. Em uma palavra, o *habito externo* desse individuo é um simile do que faz objecto da nossa 1ª observação. Accusou-nos que nunca tinha sentido dôr na região epigastrica.

Esse individuo apresentava, além disso, mais regurgitações do que mesmo vomitos. Apos a deglutição, o caldo, o leite, o mingão, (unico alimento mais solido que actualmente pode tolerar) e a agua, são logo, com pequena demora e sem esforços expellidos.

Mediando tão pequeno espaço de tempo entre o momento da ingestão e a expulsão dos alimentos, pensamos que estes não chegavam ao estomago. O Conselheiro Torres Homem, porém, veio-nos tirar da duvida, fazendo, depois da ingestão de um copo d'agua, esse individuo responder a algumas perguntas e conversar ; só então foi obrigado pela regurgitação a expellir a agua.

Pela apalpação da região epigástrica, não encontramos nem saliência, nem depressão; não havia, em uma palavra, tumor e sim um endurecimento na parte esquerda d'essa região.

O exame das urinas não revelou nem glucose e nem albumina.

Todos os outros órgãos e aparelhos achavam-se em estado normal, a não ser a aorta que se apresentava atheromatosa, em consequência da idade e, sem duvida, do uso immoderado do alcool, a que o doente era costumado.

Com quanto não seja sempre facil o diagnostico do cancro do estomago, não era difficil a qualquer que tivesse lido alguma cousa sobre essa entidade morbida, fazer tal diagnostico. O começo da molestia, o facies caracteristico, a magreza extrema, a exuberancia da pelle do abdomen e a idade do doente a isso nos induziam.

Não se tratava de uma das duas entidades morbidas que mais se confundem com o cancro do estomago, a ulcera simples e a gastrite chronica, pois que faltavam a dôr xyphoido-rachidiana, os accessos gastralgicos violentos e intermittentes, que caracterizam a primeira; como se deo no doente que occupou o leito n. 17, cuja autopsia revelou a existencia de pequenas perfurações do estomago; faltavam ainda outros signaes característicos da gastrite-chronica, sobre os quaes adiante fallaremos, e nem n'esta ultima os vomitos são tão rebeldes nem o emmagrecimento tão extremo, como se deo neste doente.

Era, pois, fora de duvida que nos achavamos perante um segundo caso de cancro do estomago, cuja séde, pela falta de tumor á direita ou á esquerda, já indicando um cancro do pyloro ou do cardia, e pelo endurecimento encontrado á região direita do epigastro, pela natureza dos vomitos e mesmo pela sua appareção immediatamente após a ingestão, não podia deixar de ser senão nas proximidades do cardia, com um ligeiro estreitamento d'esse orificio, propagando-se talvez ao esophago como quer Rokistansky, e tal foi esse o diagnostico estabelecido.

Este doente, apesar de uma prescripção que lhe trouxe algumas melhoras, prescripção que consistio em papeis de subnitro de bismuto e morphina, e tintura de iodo á região epigástrica, pouco se demorou na enfermaria. Instou pela alta, que afinal lhe foi concedida, ou por que ouvisse dizer que havia em suas entranhas cancro roedor, ou por qualquer outro motivo. Talvez que a estas horas já elle tenha levado o mesmo destino que o seu congenere do leito n. 2.

3. OBSERVAÇÃO

A' 18 de Maio d'este mesmo anno foi o leito n. 11 occupado por outro individuo de nome Honorio, de côr parda, de 65 annos de idade, trabalhador.

Esse individuo, segundo nos referio, abusava do alcool, circumstancia que nos forneceu elemento facil para avaliar das diversas desordens de que estava affectado. Não escolhia hora para a ingestão do tal liquido; bebia mesmo em jejum, sobrevieram-lhe vomitos pituitosos matutinos, que mais tarde cessaram; e só por essa occasião começaram a desenhar-se os symptomas caracteristicos das lesões atrophicadas do figado: pertubações gastro hepaticas, figado deminuido de volume á percussão, ascite, baço normal, dystrophia, cachexia. As urinas eram vermelhas, carregadas, sedimentosas, o coração gorduroso e a aorta atheromatosa. As vezes queixava-se de dores que se irradiavam para a base do thorax, as quaes o Conselheiro Torres Homem ligou a uma peritonite peri-hepatica ou a um pleuriz.

Apezar de uma medicação appropriada, esse individuo foi-se depauperando e morren. A autopsia veio confirmar o conjuncto das lesões diagnosticadas; ainda mais, mostrar a existencia de um cancro do estomago, de natureza cirrhosa, que passou desapercibido durante a vida, não só por ser os desta especie os que por mais tempo se occultam, como tambem porque a symptomalogia da esclerose hepatica lhe servia de capa.

Veio confirmar o diagnostico de cancro do estomago o exame microscopico, feito pelo distincto adjunto Dr. Menezes, que revelou hypertrophia do tecido conjunctivo, alveolos dilatados com cellulas cylindricas de natureza cancerosa e alteração do tecido sub-mucoso e glandular.

4ª OBSERVAÇÃO

No dia 26 de Julho do corrente anno, foi occupar o leito n. 21, da mesma enfermaria, Francisco Cardoso, de côr preta, africano e de 60 annos de idade.

Ao passar a visita clinica, o professor Torres Homem indigitou-nos para fallar sobre esse doente.

Começamos o nosso exame pela anamnese, aqual, no estado em que se achava o doente e pelo parco cultivo intellectual de que era dotado, de pouco nos servio.

Disse-nos apenas, que sua molestia havia começado ha dous annos; que sentia dôr no abdomen, principalmente á pressão; que tivera vomitos alimentares no começo, não os tendo mais actualmente; que não tem appetite e é victima de constipação rebelde. Confessou ainda que, em tempos remotos, abusou do alcool.

Passemos ao *habito externo*. Começando pela face, essa nos impressionou vivamente, parecendo-nos que o facies de um canceroso se assemelha ao de todos os outros doentes affectados da mesma molestia, não sendo necessario mais de um elemento para a for-

mação do facies característico do canceroso, modificação nos traços do rosto e na côr, apresentando a côr amarella pallida, côr de palha. A clinica forneceu-nos este anno, mais de um exemplo de individuos cancerosos, de côr branca e preta, e podemos verificar que, tanto em um como em outro, pois que no negro a modificação na côr não é apreciavel, o rosto era *sui generis*, não se assemelhando com o de nenhuma outra doença; é um rosto tal que, quem o viu uma vez, nunca mais delle se esquece, de fórma que o simples aspecto do facies de um canceroso, maxime no periodo de cachexia, é sufficiente para levar ao diagnostico do cancro do estomago.

Os musculos dos membros thoraxicos e abdominaes estavam atrophiados, o ventre ascitico, notando-se, na linha mediana, pela apalpação, um cordão duro, fibroso, que se estendia da symphise publiana ao appendice xyphoide, signal este verificado tambem pelo distincto adjuncto de clinica Dr. Castro e varios collegas.

Quanto ao *habito interno*, nada notamos de importante no apparelho respiratorio e no circulatorio, a não ser neste ultimo uma atheromasia generalizada.

A analyse das urinas nada nos indicou para o apparelho renal. Para o lado do apparelho digestivo, a ascite offerecia uma barreira á exploração e se impunha logo á nossa observação.

Pondo de parte a ascite primitiva, essencial, *d frigore*, alternativamente acceita e repellida, restava-nos uma ascite secundaria, symptomatica quer de um obstaculo á circulação porta, intra ou extra-hepatica, constituindo as ascites mecanicas; quer de uma desglobulisação ou desalbuminação, constituindo as ascites dyscrasicas; quer, enfim, de uma ligeira irritação do peritoneo, constituindo as ascites inflammatorias, que são quasi sempre consecutivas a peritonites parciaes.

Summariamente diremos algumas palavras, afim de differencar estas diversas especies de ascites, e mostrar como chegamos ao nosso diagnostico de ascite inflammatoria consecutiva á peritonite parcial de natureza cancerosa.

O facto de não ter precedido a ascite edema algum, de não haver albumina nas urinas, da côr rosea das conjunctivas e da lingua, nos fazia excluir a idéa de ascite dyscrasica. Esta no cancro do estomago é bastante tardia, e quasi sempre sobrevem depois do edema das extremidades.

Quanto á ascite mecanica e inflammatoria, se differença, porque na ascite mecanica e mesmo na dyscrasica o ventre é regular e symetricamente abaulado, a percussão não traz dôr, e encontra-se som hydrico nas partes declives, visto que o liquido, obedecendo á acção da gravidade, recalca para as partes superiores as alças intestinaes, que contém gazes, ouvindo nessas regiões som claro, tympanico; ao passo que na ascite inflammatoria, ao lado do derrame seroso ou mucoso, ha adherencias fibrinosas, que prendem as alças intestinaes entre si no ponto irritado, e muitas vezes á região umbilical, circumscrevendo as lojas que contém o liquido seroso

v.52/009

ou mucoso, e fazendo assim encontrar som claro em certas regiões e hydrico em outros, e pelas adherencias que se dão com a parede abdominal ou outro qualquer ponto, muitos desses signaes physicos são conservados nas diversas posições que se faz dar ao doente. Além disso, naquellas o thermometro de Peter, applicado á região abdominal e á raiz das coxas, marca o mesmo gráo, ao passo que nesta ha differença para mais, de alguns decimos de gráo do applicado á região abdominal.

A ascite, pois, do nosso doente não era dyscrasica, nem mecnica, porque a observação attenta mostrava que o desenvolvimento do ventre não era regular. A percussão, além de ser dolorosa, apresentava som claro em certas regiões, contrastando com o hydrico de outros.

Fizemos o doente tomar diversas posições, e muitos desses signaes physicos foram conservados.

E' assim que o som hydrico, verificado á direita, abaixo das falsas costellas, quando o doente se achava deitado sobre o dorso, era conservado, quando o faziamos deitar sobre o lado esquerdo, etc.

Era, pois, fóra de duvida que nos achavamos ante uma ascite de natureza inflammatoria, consecutiva a uma peritonite chronica, que, como sabemos, póde ser de natureza tuberculosa ou cancerosa. Excluimos a tuberculosa, pois, a não ser na infancia, em regra geral, sempre que se encontra o tuberculo em outras regiões, elle se tem primitivamente assestado no pulmão, e o exame desse orgão era negativo em tal ponto.

Restava-nos, por conseguinte, a ascite devida a uma peritonite chronica cancerosa, e foi esse o diagnóstico que fizemos, não só por nos parecer que o figado estava augmentado de volume, como tambem, por nos ter referido o doente que já abusara do alcool. Sendo que no alcoolista o orgão mais predisposto á diathese cancerosa é o figado, diagnosticamos cancro dessa viscera; e pelo facto de já ter tido vomitos, provavelmente cancro no estomago.

O doente, por meio de um tratamento palliativo, parecia ir-se conservando no *estatu quo*, quando na tarde do dia 3 de Agosto do mesmo anno succumbio. A autopsia praticada no dia seguinte, si não veio confirmar *in totum* o nosso diagnostico, confirmou-o ao menos em *partibus*.

Eis o seu resultado aqui resumido. Aberta a cavidade abdominal correu uma certa quantidade de liquido sero-mucoso, cuja quantidade não podemos avaliar; as alças intestinaes, em certos pontos adherentes umas ás outras, em outros as dobras peritoneaes, *circumscreviam* lojas contendo liquido.

A folha peritoneal anterior achava-se bastante adherente á região umbelical, prendendo nesse ponto alças intestinaes; porém, levantada a parede abdominal, o que mais nos ferio a attenção foi a existencia de um tumor aquoso, do tamanho de laranja grande, alongando-se transversalmente do hypochondrio direito ao es-

querdo, e comprehendendo, em sua constituição, o estomago, o figado, o baço, o pancreas, o colon transverso e dobras do peritoneo, falsas membranas unindo esses orgãos; parece que se tinha dado uma peritonite-perigastrica, e que depois a irritação propagou-se ao peritoneo; encontrando-se tambem nucleos cancerosos no mesenterio.

Roto o kysto e examinado o figado, notamos que se achava ligeiramente augmentado de volume, que a sua superficie não era lisa, e a capsula de Glisson muito espessada.

Ao córte verificamos pequenos nucleos brancos esparsos, do tamanho de um grão de arroz a um grão de milho, partindo desses pontos tractus brancos, que se insinuaram no parenchyma hepatico.

A vesicula biliar achava-se augmentada de volume, contendo algumas grammas de bile; o baço e os rins pouco congestos.

O pancreas estava augmentado de volume, maxime para a cabeça que apresentava um grande tumor, circumdado por tres ganglios pre-vertebraes volumosos e adherentes. Duro ao apalpar, rangendo ao córte, apresentava o canal de Wirsung bastante dilatado em todo a sua extensão, dando entrada talvez ao cabo de uma caneta; porém, não apresentava parte alguma enkystada, nem calculos.

No dizer do distincto clinico Dr. Barbosa Romeu, que assistiu á autopsia, estavamos perante um caso de cancro primitivo do pancreas; tal era o desenvolvimento do processo morbido que se assestava sobre essa glandula, tudo mais parecendo ser secundario.

O estomago achava-se um pouco dilatado, e o pyloro um pouco espessado; mas pareceu-nos que não se tratava de cancro dessa viscera.

Para o lado do thorax, além da atheromasia diagnosticada em vida, notamos adherencia da aorta á arteria pulmonar, o coração atrophiado e as paredes das cavidades direitas adelgaçadas. Nas bases dos pulmões notava-se congestão hypostatica e os signaes de um pleuriz diaphragmatico.

O exame microscopico feito, a nosso pedido, pelo distincto adjunto Dr. Menezes, veio confirmar o diagnostico de cancro do figado, do pancreas e de um ganglio. Eis o resultado d'elle: Figado; pequenas cellulas, de tamanho e fórmias variaveis, em quantidade innumeravel, disseminadas pelos acini hepaticos, enchendo os espaços interlobulares e as paredes dos vasos, onde tambem se nota pigmentação em alguns pontos. A mesma disposição se encontra no pancreas e n'um ganglio hypertrophiado proximo, em que a pigmentação era muito mais abundante. Diz o mesmo Dr. Menezes: A' vista do exposto, fomos levados ao diagnostico de carcinoma diffuso (cancro disseminado dos autores francezes) do figado, do pancreas e do ganglio, com pigmentação em alguns pontos no figado, mais abundante no pancreas e ainda mais no ganglio.

SEGUNDA PARTE

Diagnostic do cancro do estomago

Acha o professor Habershon conveniente dividir os symptomas do cancro do estomago em trez periodos caracterisados : o 1º pela dyspepsia organica, o 2º pelo desenvolvimento de um tumor ; o 3º pela desintegração ou ulceração desse tumor.

Nós, porém, achando que o verdadeiro marco de separação entre os symptomas do cancro do estomago é aquelle que vae das perturbações estomacaes ao apparecimento de outros symptomas peculiares a esse cancro, fundimos os dois ultimos periodos propostos por Habershon em um só. Assim procedendo, cahimos na divisão, que ouvimos fazer em aula o professor Torres Homem, o qual divide os symptomas do cancro do estomago, em symptomas fundamentaes e accessorios, dizendo que os fundamentaes são de grande valor, mas que infelizmente nem sempre existem, quando ha cancro do estomago, e que os accessorios são de pouca importancia para o diagnostico, por serem communs a todas as molestias do orgão em questão.

Estudemos os symptomas do 1º periodo, isto é, os accessorios.

São, em geral, as desordens dyspepticas, que abrem a scena morbida do quadro symptomatologico do cancro do estomago, desordens constituidas por uma atonia da camada musculosa, por falta de secreção ou perversão do succo digestivo, em uma palavra, por falta de harmonia entre o acto mecanico—movimento—e o acto chimico—secreção.

Mas que infinidade de causas não é capaz de perturbar esta sabia harmonia da natureza ! ?

A dyspepsia é frequentissima no Rio de Janeiro, escolhe de preferencia para victimas os homens de letras, a tal ponto que o professor Torres Homem disse que não tinha receio de affirmar que em 100 homens de letras 96 são dyspepticos, e que não ha dia algum que não tenha em seu consultorio um dyspeptico ; sendo uns ahi levados pelos symptomas inherentes á desordem gastrica, outros vexados pelas desordens cardio-vasculares. Elles sentem fugachos, receios de congestão cerebral, ou de outras congestões viceraes, tornam-se hypochondriacos e irasciveis ; per-

tubações estas que, quando não desaparecem, se attenuam no intervallo das refeições.

Se a dyspepsia é flatulenta, gases se desenvolvem, e o individuo é obrigado a expelli-los estrididamente pela bocca; outras vezes tem pyroses, um liquido bastante irritante o incommoda, tem dor logo após as refeições; em outros apparecem desordens gastro-intestinaes, constituídas por colicas, ventre meteorizado; ou ha violentas dores gastralgicas. Entretanto, emquanto a dyspepsia não perturba profundamente a digestão, e por conseguinte, a nutrição, o individuo conserva o seu estado geral mais ou menos satisfactorio.

Com uma medicação apropriada, com os alcalinos, as aguas gazosas, os absorventes, si a dyspepsia é flatulenta; si é acida e atonica, com o emprego dos tonicos e amargos, o individuo vai melhorando. A cura completa, porém, é bastante difficil, si não conseguirmos reconhecer a verdadeira causa do mal e combatel-a, pois a dyspepsia é quasi sempre symptomatica e, pode-se dizer, que não ha doença dyspepsia e sim doentes dyspepticos, achando-se neste caso o canceroso, que é doente, não por ser dyspeptico, mas dyspeptico, por ser canceroso.

Si, pois, a dyspepsia é symptoma commum a muitas molestias, façamos desde já algumas considerações, colhidas de Germain Séé, que differenciou a dyspepsia que corre por conta de um cancro do estomago, das que podem correr por conta de outras entidades morbidas.

As dores do dyspeptico não canceroso são variaveis na duração, intensidade e como circumstancia determinante; elle não soffre em geral, senão depois da ingestão dos alimentos, principalmente dos alimentos graxos, e então accusa antes uma sensação de peso, algumas vezes de queimadura, de ferro quente, do que dôr viva. Esta sensação passa desde que a massa alimentar franqueia o pyloro, muitas vezes mesmo antes. Cessa tambem, quando ha desprendimento de gases; é mitigada pela pressão moderada, e o mais das vezes ainda pela introdução nova de alguns fragmentos de alimentos. Quando é intensa, o que é raro, quando é passageira, se irradia muitas vezes por diversas partes do thorax, ou pela região dorsal.

O canceroso póde não soffrer ou soffrer menos que o dyspeptico; mas, em geral, não é assim; a dôr existe 92 vezes sobre 100, e então se pronuncia de maneira mais intensa, ora sob a fórma de picadas na região epigastrica, ora sob a de constricções dolentes na base do peito; não apresenta irradiações dolorosas, não é mitigada pelos alimentos e nem diminue pela pressão; raramente ha cessação da crise pela emissão de gases.

Na dyspepsia ha um phenomeno constante, é o tympanismo, que não se acha no canceroso, senão quando o cancro tem a séde no pyloro. Então o estomago é distendido ou dilatado mecanicamente pela oclusão mais ou menos completa da abertura pylorica;

póde-se mesmo chegar a verificar este augmento de capacidade e de volume pela percussão e apalpação, assim como pela experiencia de Rossbach, que consiste em introduzir um pó gazoso que faça explosão na cavidade estomacal e a distenda a ponto de fazer sentir sob os dedos o bordo interno e anterior do estomago.

O meteorismo jámais alcança essas proporções no dyspeptico; mas n'elle é constante.

Os gazes que constituem o tympanismo da dyspepsia, são gazes devidos á decomposição dos alimentos no estomago e nos intestinos; são os gazes CO_2 e H.

Quando se trata da distensão mecanica do estomago, por estreitamento simples ou canceroso do pyloro, os gazes podem não ser fetidos e compôr-se exclusivamente dos gazes atmosphericos, que têm sido ingeridos com os alimentos.

O dyspeptico tem raramente vomitos e sim, frequentemente, regurgitações acidas, com sensação prévia de pyrosis, que é percebida mesmo sobre o trajecto do esophago. O canceroso tem quasi sempre vomitos. A principio e durante muito tempo estes se manifestam pela manhã, sob fórma de pituitas; isto é, de liquido salivar misturado de muco. Mais tarde, os vomitos contêm restos de alimentos, de muco, sarcinas e por vezes mesmo fragmentos de cancro.

A variedade d'estes fragmentos, além disso difficeis de reconhecer, é devida a que elles se acham expostos á digestão antes de serem expulsos; todavia quando o cancro tem séde no cardia, é encontrado por vezes na sonda exploradora. E', além disso, quando o cancro tem a séde no pyloro ou no cardia que os vomitos se manifestam mais frequentes; essas aberturas participam do acto do vomito muito mais que as curvaturas.

A inappetencia é um dos phenomenos mais constantes do cancro e, ao mesmo tempo, um dos mais rebeldes (85 por 100); muitas vezes mesmo se manifesta desde o começo. Esta perda de appetite, muitas vezes mesmo a repugnancia para os alimentos, sua apparição precoce, sua persistencia habitual, sem trégua nem remissão, constituem um dos mais graves e mais decisivos signaes. Ella se refere de preferencia a certos alimentos, á carne entre outros, e muitos doentes tomam facilmente sopas, ovos, leite, legumes; repellindo obstinadamente todas as carnes, principalmente, si não são bem condimentadas.

Nada de semelhante se passa nos dyspepticos; alguns ha que nunca soffreram modificação alguma no seu appetite, só as dyspepsias mucosas o compromettem e, n'esse caso, é raro que a anorexia seja geral e duradoura; quando esta se dá para um só genero de alimento, a exclusão fere ao acaso.

A dyspepsia cancerosa é de regra; é ordinariamente proporcional ao numero de glandulas pepsicas invadidas, principalmente quando estas fazem parte do grupo das glandulas de fundo de sacco do estomago.

Uma opinião que tem por muito tempo prevalecido e que foi refutada victoriosamente por Leube, collocava toda a dyspepsia cancerosa sob a dependencia do catarrho mucoso; mas o catarrho geralmente não existe, ao passo que a infiltração cancerosa occupa todos os tecidos antes de comprometter os epithelios, que ficam intactos em grande parte do estomago. Além disso, a lingua que está longe de se cobrir, como no catarrho, de inductos diversos, se acha absolutamente clara; somos, pois, levados a regeitar esta hypothese e ligar a dyspepsia a uma secreção pepsica insufficiente pela quantidade, imperfeita pela qualidade, visto que os productos cancerosos, misturados ao succo gastrico, não são feitos para lhe communicar propriedades digestivas.

Eis porque a dyspepsia é ordinariamente persistente e se refere a todos os alimentos indistinctamente; a repugnancia pelas carnes predomina, mas a difficuldade de digerir é geral.

O mesmo não se dá na dyspepsia vulgar; n'esse caso a digestão se faz ainda parcialmente e, si por acaso a perturbação funcional depende do catarrho mucoso chronico, será isso precisamente uma razão para facilitar o diagnostico e excluir definitivamente o cancro. Ora, o cancro não permite jámais a previsão de regimen; o doente não digere a carne, não supporta por muito tempo o leite; o vinho torna-se azedo em seu estomago e apenas tolera caldos e sopas; o dyspeptico, qualquer que seja, póde ser sempre alimentado por um alimento qualquer.

Tratando da marcha, diz ainda Germain Sée; todos esses phenomenos tão graves do cancro são considerados como seguindo uma marcha fatal, irremissivel até a morte; tinha-se mesmo invocado esta tendencia funesta como um argumento em apoio da existencia do cancro; é um grave erro; si assim acontece em grande numero de casos, é impossivel e perigoso estabelecer uma regra fixa a este respeito.

Se o dyspeptico se detem muitas vezes na evolução das phases morbidas, o mesmo se póde dar com o canceroso; vê-se doentes nos quaes é impossivel desconhecer paradas mais ou menos prolongadas nos progressos do mal, e é ahí precisamente que começa a hesitação tão legitima do medico.

Eu conheço cancerosos nos quaes a doença dura já desde quatro, seis e mesmo oito annos, com remissões completas das dores, da dyspepsia e mesmo da inappetencia; durante alguns mezes, ou mesmo um anno, elles cessam de se queixar, podem retomar sua alimentação sem soffrer; mas os alimentos, segundo o que referem, lhes aproveitam tão pouco que elles ficam fracos, magros, apresentando todavia um aspecto cachetico menos pronunciado, uma coloração menos amarella. Essas alterações fazem muitas vezes crêr em um erro e esperar uma simples dyspepsia, tanto mais quanto esta segue muitas vezes marcha interrompida e procede por meio de repetições. Todavia o dyspeptico, nos inter-

vallos, se restabelece completamente ; não conserva mais traços de emmagrecimento, nem principalmente de debilitação.

Essas remissões tão notáveis que o medico attribue por vezes ás suas prescripções, são mui enganadoras em ambos os casos, e é impossivel prever si são definitivas ; no cancro a negativa é certa, na dyspepsia, a duvida exige a continuação dos cuidados e das precauções de regimen. Neste ponto faz o autor citado algumas interrogações, perguntando si esta calma no cancro não será devida a sua séde especial nas curvaturas ; e responde que é certo tambem que ella é observada nos cancros, mesmo com intumescencia consideravel, e nos cancros profundos, latentes.

Brinton, sobre 198 observações, estabelece uma media de 12 mezes e meio ; mas diz que sob o ponto de vista pratico, póde-se dizer que o maximo da duração do cancro do estomago corresponde a um periodo de pouco mais ou menos 36 mezes, a contar da primeira apparição dos symptomas ; e que os casos de 6 e 7 annos de duração são extremamente raros, e que muitos desses exemplos de uma lentidão extrema, é provavel que sejam casos de dyspepsia que se termina pelo cancro.

A idade, segundo Brinton, mais predisposta ao cancro é de 40 á 70 annos, ao passo que a dyspepsia é mais commum na idade adulta ou antes dos 40 annos ; mas como tambem se observam individuos de idade avançada dyspepticos, só se poderá decidir, quando outro symptoma se tenha patenteado.

Germain Sée, que diz ser a dyspepsia mais commum no velho do que se pensa, não admite a transformação da doença dyspeptica em cancro e diz que é um bom meio de encobrir um erro de diagnostico, quando algum symptoma decisivo deste ultimo se patenteia, e que vio, com seu pranteado mestre Trousseau, um antigo operario que se queixava durante 18 annos de dyspepsia, de dôres estomacaes, etc., e que só no fim deste longo periodo de incubação é que appareceu uma hematemese, com os signaes da cachexia cancerosa ; nunca elle tinha sido curado, nada o tinha alliviado ; não era, pois, uma dyspepsia simples, era o primeiro symptoma do cancro que se conservava latente.

Passemos agora aos symptomas do segundo periodo, isto é, aos symptomas fundamentaes, áquelles que são peculiares ao cancro do estomago.

Dôr.—Estudemos em primeiro lugar a dôr e seu character. Ella é um symptoma dos mais constantes, apresentando-se, segundo Brinton, em 99 por 100 dos casos. Ella sobrevem logo apóz o periodo dyspeptico e constitue muitas vezes com a dyspepsia o unico signal do cancro.

Pode apresentar caracteres variaveis, porém é, no geral, continua, pouco intensa, lancinante. Quando, porem, depois d'estes caracteres, torna-se surda, roedora, indica a ulceração do cancro.

Pode mesmo faltar, e ser variavel de intencidade segundo os individuos.

A dôr se assesta no epigastro, á direita, á esquerda, se o cancro tem sua séde no pyloro ou no cardia, porém isto nada tem de absoluto, salvo se para o cancro da pequena curvatura que, segundo Brinton, se acompanha ordinariamente de uma dôr intensa na região interscapsular.

Este mesmo autor diz ainda que o cancro do cardia se manifesta algumas vezes por uma dôr localizada no hypochondrio ou espadua direita, e que o da face posterior do estomago por uma dôr cuja séde varia entre a região dorsal media e a parte inferior da região lombar.

A dôr do cancro, no geral, augmenta após a ingestão dos alimentos e diminue com o vomito.

A ulcera simples tambem traz dôr, porém esta se distingue da dôr do cancro por ser mais exagerada, mordicante, urente, terebrante; vem com paroxismos, cessa por momentos, apresentando o doente nesses intervallos certo bem estar, do qual é despertado durante o dia, por um ou mais accessos gastralgicos violentos, como vimos acontecer em um doente que occupou o leito n. 17.

A dôr na ulcera é sempre augmentada após a ingestão dos alimentos, que são logo regeitados pelo vomito, trazendo allivio ao paciente. Na ulcera o appetite é sempre conservado e se o doente repelle muitas vezes o alimento, é temendo o despertar das dôres. No entanto casos ha, não raros, em que o doente é minorado em seus soffrimentos dolorosos pela ingestão de alimentos, que distendendo as paredes do estomago em contacto, faz com que o succo gastrico, em vez de actuar sobre as proprias paredes do estomago, actue sobre o bolo alimentar.

Na ulcera do estomago a dôr, que é augmentada pela pressão, se localisa em dous pontos diametralmente oppostos, um correspondente á região xyphoidéa do esterno, outro ao nivel da primeira vertebra lombar, constituindo a dôr xyphoïdo-rachidiana. A gastrite chronica tambem traz dôr, porém, esta é antes contusiva, não apresentando os accessos gastralgicos.

Vomito.—Passemos agora ao vomito e sua natureza. Segundo as observações de Brinton, a sua frequencia é de 87 por 100, e se acha subordinada á séde do cancro, augmentando progressivamente segundo que o cancro occupa á parede posterior, todo orgão, a parte media, a pequena, a grande curvatura, o cardia, o pyloro. Se os vomitos apparecem logo após a ingestão dos alimentos, reconhecendo-se nelles a naturza das materias ingeridas, devemos pensar em um cancro do cardia, porque, nestes casos, ha sempre ligeira stenose do orificio cardiaco e a chegada do bolo alimentar a esse ponto provoca, por via reflexa, contracção do estomago e o alimento é regeitado. Em taes casas o leite e até a propria agua param difficilmente na cavidade gastrica, como se deu no doente que faz objecto da nossa segunda observação.

Si ao contrario os vomitos só se produzem quatro ou cinco horas depois da ingestão dos alimentos, quando não se póde mais nelles

V.12/013

reconhecer a natureza das materias ingeridas, quando, em uma palavra, já têm soffrido a acção do succo gastrico, e já se têm transformado em chymo, devemos pensar em cancro do pyloro, pois é justamente neste tempo que o bolo alimentar, já chymificado, provoca uma irritação deste orificio e por um mecanismo identico ao do vomito do cardia produz-se a expulsão dos alimentos.

Si, porém, os vomitos não guardam regularidade nas horas do apparecimento, nem na natureza das materias vomitados, devemos pensar em cancro infiltrado das paredes do estomago. E' na hora que a contração do estomago têm de actuar sobre o bolo alimentar que o vomito se produz.

Muitos doentes, apóz a ingestão dos alimentos, expellem pelo vomito os que tinham ingerido no dia antecedente com conservação dos ultimos, e, ainda mais, o estomago apresenta-se muitas vezes caprichoso, com certa predileção para tal ou tal alimento e, em especial, para a carne: seja isto dividido, como quer Leube, ao numero das glandulas pepsicas invadidas pelo cancro, seja, como quer Brinton, dividido á diversidade do peso especifico dos alimentos e a contracção irregular dos fibras do estomago.

Outras vezes o vomito dá-se depois de varias refeições; é no fim de um dia, de dous, ou mesmo mais tarde que se produz, e, neste caso o cancro tem ainda a sua séde no pyloro, acompanhando-se de dilatação gastrica.

Havendo paralyisia ou destruição das fibras muscularas do estomago, *ipso facto*, deixa de haver contracções que obriguem os alimentos a atravessar o pyloro, e, quando a distensão do estomago chega a certo limite que não póde ser excedido, um movimento anti-peristaltico os obriga a dirigirem-se para o cardia em parte ou em totalidade, e assim se produz o vomito.

No periodo de atresia do orificio pylorico, as materias alimenticias, pela sua difficil passagem, ou porque algum resto fique no estomago por mais tempo do que devera, produzem, pela decomposição, gazes, que podem provir tambem de terem sido introduzidos com os alimentos, que, não podendo passar livremente atravez o orificio estreitado, dão lugar, como ouvimos dizer o professor Torres Homem, ao gluglú, a um gargarejo que, si o doente não tem ingerido grande quantidade d'agua, é signal importante de uma atresia do orificio pylorico de natureza cancerosa.

Quando um doente, depois de ter apresentado por muito tempo vomitos, deixa de apresental-os, sobrevindo-lhe diarrhéa que substitue a constipação, de regra no canceroso, devemos pensar que houve queda de uma eschara ou ulceração da massa cancerosa.

Quando os vomitos são de natureza alimenticia e são incoerciveis, não devemos pensar nem em uma ulceração do estomago, nem em um cancro, nem em uma gastrite chronica, e sim em uma nevrose gastrica, quer esta nevrose seja de origem hysterica

uu não, quer resida na propria innervação gastrica, quer exista em om ponto mais affastado e que actue por via reflexa sobre o estomago.

Vomito de sangue.— A gastrorrhagia, que póde ser patenteada pela hematemese, quando o sangue atravessa o cardia e é expellido pela boca; ou pela melena, quando atravessa o pyloro, o doudeno e é expellido pelas fezes, é bastante frequente; segundo Brinton, é observada em 42 por 100 dos casos.

Póde ser precoce ou tardia, vir em natureza ou desfigurada em seus elementos.

Quando precoce, vem muitas vezes, á maneira da hemoptise, annunciando uma tuberculose, presagiar um cancro do estomago.

Outras vezes, porém, já alguns symptomas são observados, quando a hematemese se produz.

Foi assim que Trousseau, pela observação de diversos symptomas, diagnosticou em si proprio essa terrível molestia que mais tarde devia conduzi-lo ao tumulo. Apenas esperou o apparecimento da hematemese para fazer as suas ultimas despedidas.

A sciencia lamenta outra perda não menos consideravel, a de Glubler, que se gulgava affectado de uma simples dyspepsia, illusão que se dissipou com o apparecimento de uma hematemese.

O professor Torres Homem, em uma de suas preleções, disse que, ha pouco tempo, foi chamado para prestar seus cuidados á um individuo, empregado publico importante, que fôra sorprendido, no gozo de sua melhor saude, por uma syncope que lhe causara a perda dos sentidos. Quando os readquiriu, mais tarde, teve necessidade de fazer uma exoneração e ficou sorprendido de a ter sanguinolenta. No dia seguinte dirigiu-se ao seu consultorio, e o facto da syncope ter precedido a dejecção sanguinolenta levou o distincto clinico a examinar a região epigastica, resultando deste exame a verificação de um cancro do estomago.

Trousseau cita um facto pouco mais ou menos identico, que se deu com um parente seu, e a sciencia registra muitos outros.

O sangue derramado na cavidade gastrica, soffre, em geral, a accção do succo gastrico e patentea-se então debaixo do aspecto de um pó, com uma côr ennegrejada, susceptivel de algumas variações, conforme o succo gastrico actuou sobre elle por mais ou menos tempo e vem ou não misturado com os alimentos.

Elle tem o aspecto de borra de café, de picuman, de chocolate e constitue, para muitos pathologistas, um symptoma pathognomico do cancro do estomago.

Mais raramente o sangue vem em natureza e, quando isto se dá, é, no geral, nos ultimos dias da existencia do individuo.

Digamos agora algumas palavras sobre a pathognia da gastrorrhagia. Quando é precoce, quando é pouco abundante, é dividida a

uma hyperemia, a uma congestão dos vasos do plexus sub-mucoso, ou dos capillares da face interna do estomago, e este excesso de tensão traz a ruptura de capillares, e d'ahi a hemorrhagia.

A congestão parece ser passiva ou mecanica, pois é o processo morbido que ergue barreira á circulação do orgão e produz uma hyperemia collateral. Quando mais abundante, mais tardia, é devida aos progressos do amollecimento e ulceração da massa cancerosa, que abrange os vasos sanguineos do proprio neoplasma. Tardamente é devida a ulceração ter alcançado os vasos importantes do estomago. A hemorrhagia, que tem esta pathogenia, é bastante rara, pois os doentes antes de chegarem a este periodo de verdadeira perfuração do estomago, já tem succumbido aos progressos da inanição.

A gastrorrhagia é um symptoma, que como muito bem disse o professor Torres Homem, póde valer muito, e póde não valer coisa alguma. Póde valer muito, quando acompanhada de outros symptomas, quando em um individuo cujo habito externo é o caracteristico do canceroso, mesmo quando outros signaes faltem, quando em um individuo dyspeptico de longa data, não tendo abusado das bebidas alcoolicas, quando, emfim, depois de uma syncope. Não temos diante de nós os exemplos como o de Gubler, como o do primo de Trousseau e o referido pelo professor Torres Homem ?

Póde não valer de nada, pois não é o cancro a unica molestia do estomago capaz de produzir a hemorrhagia, mesmo com a côr de borra de café. A ulcera simples tambem a produz, tendo, todavia, certos caracteres que a differenciam da do cancro do estomago ; assim ella é, em geral, mais abundante, em natureza e sobrevem repetidas vezes. Na gastrite chronica tambem pode existir, porém é excessivamente rara, e só se tem observado nos ultimos periodos da vida.

O vomito, côr de borra de café, tem sido observado mais de uma vez na ulcera simples do estomago e comprehende-se que toda extravasação sanguinea pequena, produzida na cavidade gastrica, ahi se demorando um pouco, ou que appareça durante a noute, proveniente da parte superior do tubo digestivo ou da arvore aérea, possa apresentar esse caracter. E' pois, preciso pezar todos esses dados, para formar um juizo seguro.

Tumor. — E' incontestavelmente o symptoma mais importante do cancro do estomago ; infelizmente nem sempre existe, faltando, segundo Brinton, em 20 por 100 dos casos ; mas sempre que se patentear, não deve o clinico ter medo de errar, ou vacillar entre uma gastrite chronica ou uma ulcera simples.

Como, para toda exploração abdominal, deve o doente ser collocado de modo que os musculos da região abdominal se achem na maior relaxação possivel ; ainda assim nem sempre é possivel encontrar o tumor, seja porque na realidade não exista, como se dá quando o cancro é infiltrado ou se estende em nappe, seja porque se furte aos meios de exploração, como se dá quando o tumor se

assesta profundamente: face posterior, pequena curvatura e algumas vezes mesmo no cardia.

Susceptível de variações de volume, o tumor é encontrado á direita, quando o cancro se assesta no pyloro, ponto de predileção da diathese cancerosa no estomago; ahí é facilmente encontrado, principalmente no começo, quando o cancro não se tem ainda ulcerado. E' encontrado á esquerda, quando o cancro tem sua séde no cardia, na parte media do epigastro, no cancro das paredes do estomago, ou mesmo no do pyloro ou cardia, conforme esses órgãos se acham ou não deslocados.

Com quanto algumas vezes se possa verificar a existencia do tumor á simples vista, não devemos pensar que seja sempre facil encontral-o, dependendo muitas vezes esse descobrimento, de certos artificios, de certas manobras postas em pratica pelo clinico: é assim que, algumas vezes, o tumor se occulta por baixo do rebordo das falsas costellas direitas, e então é mister ao pratico levar profundamente os dedos para que ahí sinta o tumor.

Outras vezes o tumor que não ponde ser apreciado no decubitos dorsal, o é, estando o individuo assentado ou de pé, e mesmo, neste ultimo caso, é necessario muitas vezes que o doente tome largas inspirações, distendendo assim o thorax e abaixando o diaphragma que contribue para o aparecimento do tumor.

Em casos difficeis, quando o pratico não tem encontrado o tumor, estando o estomago em estado de vacuiedade, deve procural-o no de repleição deste órgão, pois que o estomago avolumando-se faz com que o tumor seja mais facilmente perceptivel. Para tal fim aconselha-se a ingestão de agua ou leite.

No cancro infiltrado, que por mais tempo fica latente, si a infiltração occupa a parede posterior, podemos dizer que é mesmo impossivel a verificação da infiltração; porém, se occupa a parede anterior, comquanto não se verifique a existencia de um verdadeiro tumor, temos a sensação de um corpo espesso, duro, resistente, dando a percussão um som obscuro, que não devemos de modo algum confundir com o que se obtem, quando o lobo esquerdo do figado está congestionado.

São corpos solidos, é exacto, mas que não têm a mesma densidade. Verifica-se muitas vezes ao redor de uma zona de som obscuro, som claro, tympanico, o que não se dá no desenvolvimento anormal do figado, e ainda mais os tumores do estomago são muito menos influenciados pelos movimentos respiratorios do que os do figado.

O tumor do pyloro tem sido observado tambem ao lado da cicatriz umbelical e nas mulheres, por causa do espartilho, tem sido encontrado em pontos abaixo daquelles que são commummente observados.

O tumor, que póde ser doloroso ou indolente, conserva certa mobilidade, em quanto não tem contrahido adherencias com os órgãos visinhos.

Só excepcionalmente a ulcera do estomago dá lugar a excu-

dações plasticas, que, espessando-se, nos podem dar pela apalpação, a sensação de um tumor, ou então, por uma irritação, contrahir adherencias com os órgãos vizinhos, e, em taes casos, torna-se bastante difficil o diagnostico entre a ulcera simples e o cancro do estomago, maxime quando aquella apresenta o vomito côr de borra de café, devendo talvez, para sahir do embaraço, pôr em jogo toda a symptomatologia do cancro do estomago.

Algumas vezes o tumor canceroso apresenta um ruido de sopro e pulsações isochronas com as arteriaes, fazendo assim suppor um aneurisma da aorta, pulsações que não são mais do que communicadas por esta, por se assestar o cancro sobre ella.

O ruido de sopro e as pulsações, quando são communicadas ao tumor pela aorta, no geral, desapparecem, estando o individuo de pé ou ainda melhor de cocoras; o que não se dá no aneurisma que conserva sempre, qualquer que seja a posição do doente, o ruido de sopro e as pulsações, e ainda mais, quando esse tumor é devido ao cancro do estomago, verifica-se com alguma attenção que o deslocamento é em massa, isto é, que o movimento de ascensão e descida não coincide com augmento ou diminuição do tumor, como se dá com o sacco aneurismal.

Endurecimento da linha alva.—Nos nossos doentes, que fazem objecto das observações 1ª e 4ª, notamos um endurecimento da linha alva, apresentando á apalpação a sensação de um cordão duro, fibroso, que parte do appendice xyphoide e vai á symphise pubiana, sendo apenas interrompido pela cicatriz umbellical. Este signal descoberto por Wichkam Legg, em 1880, é considerado por este pratico como importante e de grande valor para o diagnostico dos tumores malignos do abdomen. Não deixando de dar-lhe a devida importancia, pois que, em quatro casos, o encontramos duas vezes, devemos todavia dizer que se acha sob a nossa observação um individuo de 29 annos de idade, affectado apenas de accidentes secundarios de syphilis, sem ser dyspeptico e nem ter-symptoma algum, que por longe indique um canceroso, e que no emtanto apresenta o endurecimento da linha alva.

Phlegmasia alba dolens. Este signal, indicado por Trousseau no cancro, permittio-lhe por si só, nos casos em que, salvo o depauperamento progressivo, a perda das força e a pallidez, o cortejo symptomatico do cancro fazia falta, diagnosticar cancro do estomago.

Trousseau diz: Quando estiverdes indecisos sobre a natureza de uma molestia do estomago, quando hesitardes entre gastrite chronica, ulcera simples e carcinoma, o apparecimento da phlegmasia alba dolens no braço ou na perna, levantará todas as duvidas e permittirá que affirméis positivamente a existencia do cancro.

Todos nós sabemos que este distincto clinico diagnosticou em si proprio essa terrivel affecção pelo apparecimento do referido symptoma.

Ascite e infiltração.—Não é commum no cancro do estomago haver ascite, salvo quando a diathese cancerosa tem invadido outros orgãos e maxime o peritoneo. Esta ascite differe da brightica, porque nella as urinas não apresentam albumina, ou quando esta apparece é em tão pouca quantidade que não explica a albuminuria do mal de Bright.

Febre.—O cancro do estomago não é molestia febril, salvo quando sobrevem alguma complicação phlegmasica; então a lingua, que era pallida e humida, torna-se vermelha e secca e o individuo fica prestes a baixar ao tumulo.

* Nem sempre o cancro do estomago apresenta o conjuncto de symptomas que acabamos de descrever e que constitue a fórma classica. Quando faltam varios symptomas, maxime o tumor e o vomito de sangue, côr de borra de café, o cancro se denomina latente. Em tal caso o diagnostico torna-se por demais difficil, constituindo, muitas vezes, o seu descobrimento surpresas de amphitheatro.

Não pretendemos entrar neste estudo, que se acha tão bem descripto e baseado em observações na these de Chesnel, e apenas citaremos alguns preceitos que, em casos difficeis, podem ás vezes conduzir o clinico á tal diagnostico.

Pela these citada vê-se que o cancro absolutamente latente é raro, não podendo Chesnel recolher senão seis observações. A fórma dyspeptica é a mais frequente de todas e nesse caso as perturbações digestivas são as unicas apresentadas pelo doente. Em outros casos emfim, o cancro do estomago apresenta fórmas differentes: elle póde simular uma doença de Bright (fórma hydropica); uma tuberculose (fórma thoraxica); uma cirrhose (fórma ascitica); uma doença do coração (fórma cardiaca).

Este facto não implica que qualquer destas molestias possa existir conjunctamente com o cancro do estomago; mas a observação tem mostrado que, em alguns casos, comquanto se verifique a existencia de symptomas das referidas molestias, não se tem encontrado outra lesão a não ser o cancro do estomago.

Chesnel resume em duas palavras a symptomatologia do cancro latente do estomago: dyspepsia e cachexia; que, de uma parte, provocam o grito de dôr do estomago, que, por mais fraco que seja, faz se sempre ouvir; de outra, repercutem a affecção sobre o estado geral, traduzindo o organismo seu soffrimento pela languidez, pelo estiolamento de que é ferido, e que começa por uma fadiga, uma prostação inexplicavel, para se terminar por cachexia cada vez mais profunda.

No geral, não ha paridade entre as lesões ou as suppostas lesões encontradas e o estado geral. E' assim que o emmagrecimento gradual, a anorexia progressiva, a cachexia lenta, sem symptomas locais bem manifestos, têm em muitos casos, conduzido o clinico ao diagnostico do cancro do estomago.

Si n'um individuo, que tem ultrapassado a idade adulta, sobrevem emaciação continua e estado cachetico, que não é explicado por nenhuma alteração organica apreciavel, embora uão haja dyspepsia, nem vomito e nem tumor, a experiencia tem ensinado que as probabilidades são a favor de um cancro do estomago, o qual em razão de sua séde e de sua disposição topographica não produz effeitos locais e não determina senão a cachexia propria da diathese. (Jaccoud).

O facto de um individuo de idade avançada, sem ser alcoolista, expellir pela boca, de manhã e em jejum, materias gosmosas, pegajosas, nos deve despertar serias attentões, porque é quasi caracteristico de um cancro do estomago (Jaccoud).

A anorexia intensa desde o começo, ou precedida de dôr violenta e continua, ou de vomitos, e acompanhada, emfim, de cachexia, é elemento importante para o diagnostico do cancro do estomago (Brinton).

Si n'um individuo, o intestino tem funcionado regularmente durante muito tempo e cahe de repente sem causa apreciavel em estado de inercia, delle não podendo sahir senão pelo uso de purgativos, para voltar de novo ao estado de constipação, e si esse estado se acompanha de anorexia e cachexia, temos grandes elementos para o diagnostico de cancro, com quanto não possamos indicar a séde deste. (Brinton).

Todas as vezes que um individuo maior de 40 annos, apresentar fastio, achar-se profundamente emmagrecido e conservar os outros apparelhos e orgãos intactos e funcionando bem, o pratico deve diagnosticar cancro do estomago. (Torres-Homem, em aula).

Profundo emmagrecimento, fastio extremo, pelle exuberante e horror á alimentação animal, são symptomas proprios ou de um cancro dos rins, e então o exame chimico das urinas indicará albumina, ou são peculiares á diabete sacharina, e o exame chimico das urinas revelará assucar, ou finalmente, correm por conta do cancro do estomago. Não ha molestia alguma gastrica chronica que disperte estes symptomas, á não ser cancro do estomago. (Torres-Homem, em aula).

Quando se estiver indeciso sobre a natureza de uma molestia do estomago e houver hesitação entre a gastrite chronica, a ulcera simples ou o cancro, o apparecimento da flegmasia alba dolens, no braço ou na perna, fará cessar toda a duvida, e póde se affirmar positivamente a existencia do cancro. (Trousseau).

Quando se está indeciso sobre a natureza de uma affecção do estomago, e sobrevem um estado cachetico que nenhuma lesão póde explicar, está-se no direito de suppor a existencia de um cancro do estomago, si a perturbação gastrica tem precedido a appareção do estado cachetico, ou si é muito intensa para se poder explicar pela cachexia só (Chesnel).

Em certos casos não se póde estabelecer senão um diagnostico de probabilidade. Algumas vezes achamo-nos diante de doentes, de

idade avançada, que se queixam de inappetencia, de um sentimento de pressão e de anciedade epigastrica, de arrotos e outros symptomas dyspepticos; mas que, concumittantemente com esses soffrimentos, moderados em summa, perdem rapidamente as forças, têm uma côr cachetica, côr de palha, emfim apresentam um ligeiro edema ao redor dos malleolos.

Si nesses casos, pôde-se excluir outras doenças que dariam conta da cachexia e do marasmo, está-se no direito de desconfiar que se trata, não de um catarrho chronico, mas de uma affecção maligna, de um cancro do estomago, mesmo quando haja ausencia de dôres reaes, de vomitos e de um tumor caracteristico. (Niemeyer).

Quando se observa algumas perturbações digestivas vagas, com descoramento simples dos tegumentos, ruidos de sopro vascular, está-se no caso de perguntar si a dyspepsia é uma causa ou um effeito da aglobulia; deve-se procurar saber tambem si esta aglobulia é primitiva ou o resultado do cancro. A ultima questão se resolve facilmente, porque esta aglobulia se acompanha habitualmente de hydropisias, que não se acham nas anemias simples.

Quanto ao primeiro ponto da discussão, se resolveria tambem, em breve tempo, porque, para que a dyspepsia produza uma grave anemia, é preciso que ella tenha sido acompanhada de vomitos alimenticios persistentes, ou então de uma dyspepsia tal que toda digestão se ache, por muito tempo, embaraçada. (Germain Sée.)

Emfim, o emmagrecimento acompanhado de enfraquecimento notavel, deve ser contado entre os phenomenos mais constantes do cancro do estomago. (Lebert.)

Dissemos que só pelo facto de se apresentarem vomitos incoerciveis, não deviamos pensar em cancro do estomago; porém, na mulher, já isto não pôde ser tomado em absoluto, pois a sciencia registra casos em que ella, no estado de gravidez, e, por conseguinte, sujeita a estes vomitos, tem se apresentado cancerosa, comquanto o cancro não faça mais do que augmentar os vomitos, leval-os além de um certo periodo e tornal-os rebeldes a todo o tratamento, quer medico, quer cirurgico: o que no geral não se dá quando a prenhez não é complicada pelo cancro.

Si aqui o cancro complica a prenhez, tornando os vomitos muito mais rebeldes, em outras circumstancias os vomitos incoerciveis da prenhez, que constituem um verdadeiro estado morbido, é que vem apressar a marcha de um cancro do estomago, que se achava em seu primeiro periodo ou era latente.

Em taes casos, pôde-se prever quão difficil será o diagnostico, pois que tudo, com effeito, conduz o medico ao diagnostico de vomitos incoerciveis da prenhez, maxime quando o cancro fôr latente.

Assim, todas as vezes que em uma mulher gravida, maior de 40 annos, os vomitos forem incoerciveis e persistirem, passado um certo periodo, apesar de todo o recurso medico e cirurgico, devemos pensar em um cancro do estomago.

O cancro do estomago póde despertar uma tuberculose, que se achava adormecida, ou mesmo crear essa entidade morbida.

Já dissemos que tudo que é capaz de estreitar o campo da alimentação, póde ser causa da tuberculose. Bayle, Cayol e Lebert já tinham notado a coincidência do cancro do estomago com a tuberculose, porém foi Peter quem veio achar a relação de causa e effeito.

Quando o cancro do estomago coincide com uma tuberculose, quer esta seja despertada, quer creada por elle, o seu diagnostico torna-se bastante difficil e talvez mesmo impossivel, quando o cancro fôr latente.

Com effeito, tudo concorrerá para que o medico deixe de diagnosticar a affecção gastrica : o fastio, a anorexia, a prostração, a perda de forças, a tosse, os suores nocturnos, a cachexia, o marasmo, tudo será por elle ligado á tuberculose pulmonar, e então elle deixará de examinar a região gastrica.

A hemorragia mesmo póde não fornecer luz alguma, pois o vulgo, como muito bem disse o professor Torres Homem, sempre que tem uma hemoptise ou uma hematemese, diz que lançou sangue, e o medico, attendendo á lesão pulmonar, ligará este vomito de sangue á uma hemoptise, quando não tem sido senão uma hematemese.

Assignalemos, porém, que quasi nunca ha paridade entre as lesões encontradas e o estado geral ; muitas vezes todo este descalabro se mostra coincidindo com um pequeno nucleo tuberculoso, com uma cavernicula.

Comquanto a cachexia seja commum a todas as molestias chronicas, a ambas as diatheses, todavia, o facies do canceroso traduz desanimo, ao passo que o do tuberculoso é de uma pallidez romantica.

Além do facies caracteristico, o canceroso tem o ventre acanoadado, a exuberancia da pelle, etc Os bellas sonhos dourados, de que se apossam os tuberculosos, mesmo em um periodo adiantado de sua lesão, não existem quando elles são affectados tambem de um cancro do estomago.

Assim, todas as vezes que um individuo fôr maior de 40 annos, apresentar anorexia, perda de forças, cachexia e tuberculose, e o seu estado geral não esteja em relação com o local, deve o clinico examinar, com todo o cuidado, a região epigastrica, pois que ahi poderá encontrar o complemento explicativo, o cancro do estomago.

TERCEIRA PARTE

Diagnostico do cancro do pancreas

Si quasi todos os autores, que têm tratado das entidades morbidas que affectam o pancreas, parecem concordar que o cancro d'esta viscera é quasi sempre secundario, o mesmo não se dá quanto á sua frequencia, pois que Tanchou, Marc d'Espine, Lebert e outros, dizem que só excepcionalmente o pancreas é affectado de cancro, ao passo que Ancelet, com a autoridade dos factos, com as observações, affirma que de todas as affecções do pancreas, o cancro é a que tem sido mais frequentemente observada, não só como affecção secundaria, mas tambem como primitiva. D'entre 200 observações, sendo 196 recolhidas por elle e de autores que lhe merecem credito e 5 proprias, elle nos apresenta 18, em que a diathese cancerosa assestou-se primitivamente no orgão em questão.

Hoje a primitividade do cancro do pancreas não póde mais ser posta em duvida e mesmo seria para admirar que a diathese cancerosa, que não tem poupado orgão algum da economia, fizesse selecção n'este ponto para esta viscera.

A sciencia registra muitos casos de cancro primitivo do pancreas.

Referiu-nos o professor Cypriano de Freitas que, em autopsia praticada por elle na Escola de Medicina, com o fim de iniciar seus alumnos no arduo estudo da anatomia pathologica, encontrou um caso de cancro primitivo do pancreas; que existia um grande tumor canceroso na cabeça d'este orgão e que nenhuma outra lesão tinha encontrado, a não ser uma cirrhose biliar pela compressão do canal hepatico.

Strumpell diz que o cancro primitivo do pancreas é a doença mais frequente e, portanto, a mais importante da glandula salivar abdominal, no ponto de vista clinico.

As obseavações que servem de base para o trabalho que Ancelet apresenta, nos servirão de cabedal, de ponto de apoio. Faremos em uma palavra, volteiar o que temos a dizer sobre o diagnostico do cancro do pancreas, em torno do trabalho de Ancelet, o mais completo que nos foi dado encontrar sobre a materia; e apenas destacaremos raios que se afastem d'esse centro para a circumferencia, d'aquelle pouco que mais se tenha dito, depois de Ancelet

A situação mediana e profunda do pancreas, coberto pela parede abdominal, pelo figado e pelo estomago, nos mostra quão difficil é a sua exploração e, por conseguinte, quão omisso de elementos importantes para o diagnostico é o cancro d'esse orgão.

Ainda não é tudo : as estreitas relações que elle mantém com outros órgãos e, ainda mais, com o duodeno e o baço, podem, na exploração fazer com que uma lesão d'estas visceras seja tomada por uma d'aquellas e vice-versa.

Foi, talvez, attendendo a estas difficuldades da exploração pancreatica pela região abdominal, que Piorry em 1853 propôz a exploração plesimetrica pela região dorso-lombar; não nos achamos no caso de avaliar com justeza d'este methodo, mas todavia diremos que, pelo que colligimos da leitura, não consta jámais que elle fosse empregado.

A apalpação methodica tem sido e deverá sempre ser empregada, comquanto d'ella não devamos esperar resultado satisfatorio, já, pela profundeza do órgão, da tensão dos musculos da parede abdominal, que algumas vezes se encontra nas molestias cancerosas do abdomen, já das alterações primitivas ou secundarias, tuberculosas ou cancerosas dos ganglios mesentericos, já enfim da ascite bastante commum no cancro do pancreas.

Os meios physicos, pois, de pouco nos servem para chegar ao diagnostico.

Mesmo a physiologia, si não fosse auxiliada pela clinica, de pouco nos serviria, pois, como sabemos, a physiologia do pancreas comparticipa da physiologia de outros órgãos; é assim que, si o succo pancreatico, tambem chamado saliva abdominal, pelo seu fermento pancreatina, póde actuar ao mesmo tempo sobre os amylaceos, transformando-os em assucares, e sobre os albuminoides, transformando-os em peptonas, tambem o faz a saliva, quanto aos primeiros, e o succo gastrico quanto aos segundos.

Alem disso, a acção mesmo mais importante do succo pancreatico, a emulsão das materias gordurosas, acção esta que foi posta em toda a sua evidencia pelas bellas pesquisas de Claude Bernard, não lhe é exclusiva. A bilis tambem emulsiona as gorduras.

As investigações physiologicas de Kuhne, Danilewki, Hoppe Seyler, mostram que o principio activo do succo pancreatico, a pancreatina, é uma mistura de tres fermentos, actuando cada um independentemente.

O primeiro precipitavel pela magnesia calcinada, actua sobre os corpos graxos; o segundo, que se separa mecanicamente pela precipitação de uma solução de collodio, é o fermento dos corpos albuminoides; o terceiro, enfim, é analogo á ptyalina, precipitavel como ella pelo alcool concentrado, e tem acção especial sobre os amylaceos.

Partilhando, pois, o pancreas, diz Friedriech, as suas funcções com muitas outras glandulas annexas do tubo digestivo, não é para admirar que, quando essas ultimas funcionem normalmente, um estado morbido d'aquelle órgão passe desapercibido. De outro lado, diz Vulpian, quando uma funcção, attribuida ao pancreas, é perturbada, póde-se considerar essa desordem correndo por conta de uma lesão do estomago, do duodeno ou do figado.

Já vemos, pois, que só, á cabeceira do doente, esse livro vivo onde o medico aprende a ser clinico, é que podemos alcançar os meios de chegar ao diagnostico da affecção cancerosa do pancreas,

E', tendo em vista os factos constantes, abservados conscienciosamente durante a vida, confrontando-os com a physiologia, analysando as lesões post-mortem, procurando as relações de causa a effeito e vendo, d'entre os phenomenos physiologicos, os que têm sido mais constantemente observados, coincidindo com uma lesão do pancreas, que podemos chegar senão com certeza, ao menos com probabilidade, ao diagnostico do cancro do pancreas. Tal é o que pretendemos fazer.

O começo do cancro do pancreas póde ser insidioso, mas como bem cedo adherencias se estabelecem com os orgãos visinhos, phenomenos mais ou menos ruidosos se patenteiam para o lado da região epigastrica, fazendo antes suppor ao clinico um cancro do tubo degestivo do que do orgão appendicular—pancreas.

Strumpell diz que os primeiros signaes morbidos do cancro do pancreas consistem em phenomenos de enfraquecimento geral ou de emaciação ou então na apparição de symptomas de compressão. Muitas vezes os doentes se queixam de dores surdas incessantes no epigastrico.

Si o clinico, pois, não tiver espirite atilado, si não descer ao exame das fezes do doente, das materias vomitadas, si não indagar si o doente tem ou não salivação abundante, jamais chegará a tal diagnostico.

A existencia de um tumor, certamente será de grande alcance para o diagnostico, mas faço idéa das difficuldades que deve encontrar o clinico em determinar o orgão em que se assesta esse tumor; si elle tiver todavia situação transversal e fôr acompanhado dos symptomas que passamos a expor, o pratico com bastante probabilidade poderá chegar ao diagnostico do cancro do pancreas.

E' bem provavel que, como para o cancro do estomago, se possa dividir a symptomatologia do cancro do pancreas em um periodo de dyspepsia e outra de symptomas inherentes a esta affecção, mas o que temos lido a isso não nos autorisa.

As observações pouco fallam sobre a dyspepsia e a anorexia, seja porque os seus autores lhe ligassem pouca importantia, como desordens communs a quasi todas as molestias do tubo gastro intestinal, seja porque mesmo quasi não existam: por isso começamos pela dôr que é um dos symptomas do cancro, que, no geral, faz com que o doente procure o medico.

Dôr.—A dôr é um dos symptomas bastante frequentes do cancro do pancreas; infelizmente, e nem é para admirar, segundo o que temos dito, ella não apresenta caracteres distinctivos e nem séde de eleição, e mesmo os caracteres que apresentam são susceptiveis de variações com os progressos da doença. E' assim que tem sido observada ora profunda e concentrada, ora vaga, pouco

pronunciada, apenas trazendo ao individuo um simples embaraço ; tende a circumscrever-se e a augmentar, tornando-se em certos casos de violencia extrema, algumas vezes ardente, lancinante.

Tem por séde a região epigastica, podendo ahi ficar limitada, ou irradiar-se para o hypochondrio direito ou esquerdo, em fim para as outras partes do abdomen ou dorso.

Em 71 observações Ancelet não deixou de encontrar a dôr.

Vômitos — Os vômitos têm sido observados, quasi sempre consistindo em materias alimenticias, mucosidades, bilis, sangue, um liquido-pureo-sanguineo, um liquido negro e até materias fecaes. Estes vômitos, principalmente os de materias alimenticias, têm coincidido com um cancro do pyloro, trazendo o seu estreitamento ; porém em dous casos apresentados por Ancelet, estes vômitos existiam, sem que se notasse a stenose pylorica ou lesão alguma para o estomago

O que ha aqui, porém, de mais importante, é que nem todos os alimentos ingeridos eram tolerados da mesma maneira, sendo melhor tolerados os não gordurosos, os feculentos, os alimentos frios, o leite etc., e em muitos doentes, d'entre as materias ingeridas, havia seleção d'estes ultimos com exclusão d'aquelles pelo vomito.

Diversos autores fallam em uma materia de apparencia albuminosa, algumas vezes concreta, e mesmo Mondière e Frank dizem que, no começo, muitas vezes, o cancro do pancreas se manifesta por estes vômitos. Ora vômitos são quasi sempre observados nas molestias do tubo gastro-intestinal, mas não com uma tal predileção para os alimentos graxos com exclusão dos feculentos. Isto só se tem observado, quando existe uma affecção do pancreas, e, pois, quando esta caprichosidade fôr observada, é de grande valor para o diagnostico.

Dejecções. — Bem que, segundo as observações de Ancelet, no cancro do pancreas a constipação pareça ser a regra, tem-se todavia notado e com bastante frequencia a diarrhéa, seja que essa se apresente desde o começo, seja que venha substituir aquella nos ultimos periodos da vida ; tem-se tambem notado uma e outra alternadamente e, em muitos casos, a diarrhéa coincidia com uma enterite.

As evacuações apresentam variedade não menor que os vômitos, e são biliosas, serosas, sanguineas, negras, purulentas e muitas vezes contendo uma substancia graxa. É esta particularidade que traz, ás vezes, grande luz ao diagnostico. A presença de materias gordurosas nas fezes é considerada como signal pathognomoco de affecção profunda do pancreas.

Este phenomeno foi pela primeira vez assignalado, em 1820, por Kunzmann e mais tarde, em 1833, por Bright, que nos apresenta uma memoria, contendo oito observações, em que o apparecimento de gorduras nas fezes coincidia com uma lesão do pancreas.

Giscon refere vinte e quatro casos, em que se notaram evacuações gordurosas e d'entre elles, quatorze que succumbiram e foram

autopsiados, apresentaram lesão do pancreas. As materias gordurosas que podem se apresentar de envolta com outras materias ou não, se reconhecem por suas propriedades: ardem com chamma, liquifazem-se pelo calor, solidificam-se pelo frio e mancham o papel.

Apresentam-se ora debaixo do aspecto de globos de volumes variaveis, de consistencia analoga á da manteiga, outras vezes semi-liquida e sobrenadando.

Foi Claude Bernard quem primeiro experimentalmente demonstrou a accção emulsionante do succo pancreatico; elle obteve a emulsão das materias graxas, misturando-as, já com o liquido retirado por meio de fistulas, já com a infusão do proprio pancreas. Em taes condições sempre a emulsão se verificava.

Comprovou suas experiencias em animaes, já destruindo a vitalidade do pancreas por uma injeccção de materias gordurosas e produzindo a sua atrophia e consecutiva reabsorpção, já ligando o canal de Wirsung e o seu complementar.

Claude Bernard assim procedendo notou no primeiro caso que as materias graxas da alimentação se achavam em parte não alteradas nas materias fecaes, no segundo, alimentando os animaes com corpos graxos; oleo de figado de bacalhão, etc., vio estes apparecerem sempre nas dejeccções, e ergueo mais uma das columnas que lhe sustentam o templo de glórias.

As objecções feitas á theoria de Claude Bernard não a invalidam, pois, com quanto se saiba que esses animaes se achavam debaixo de um traumatismo, que talvez mesmo no estado de perfeita saude não podessem tolerar ou emulsionar toda a quantidade de materia graxa ingerida; que tem-se observado pancreas normaes coincidindo com a presença de gorduras nas fezes, e que outras glandulas têm esta mesma propriedade. Sabe se tambem que a clinica tem vindo em auxilio da theoria de Clauds Bernard, mostrando que, si a totalidade da emulsão das materias gordurosas não pertence ao pancreas, ao menos cabe-lhe o principal papel, pois que a presença de gorduras nas fezes tem quasi sempre coincidido com uma alteração do pancreas.

Assim, pois, si não vamos tão longe como Moyse considerando este symptoma como pathognomonic, devemos dizer que elle é de grande valor e que a sua presença nos levará com muita probabilidade ao diagnostico do cancro do pancreas.

Ptyalismo.—Algumas vezes doentes de uma lesão do pancreas tem apresentado uma salivação abundante, e factos desta natureza são citados por clinicos como Rhan, Meozan, Morgani e outros.

No doente de Rhan a salivação se elevava á mais de 10 libras por dia, no de Meozan a salivação, além de abundante, era fetida.

Gelssen apresenta um doente em que a salivação augmentava com as melhoras do pancreas.

Com quanto Mondière e principalmente Polinière affirmem ter quasi sempre encontrado ptyalismo nas affecções cancerosas do pancreas, não o consideramos de valor absoluto, pois uma molestia

das glandulas salivares e das do estomago, independente da affecção do pancreas, isto póde explicar, e não será, muitas vezes, a salivacção pancreatica mais do que a saliva deglutida durante a noite e expellida pela manhã por uma especie de vomito ou regurgitacção, constituindo a pituita matinal ?

Só excepcionalmente se encontra mencionado nas observacções o ptyalismo e Ancelet diz que os autores que consideram a salivacção como constante no cancro do pancreas, foram antes levados pela analogia de tecido e de funcção, do que pela propria observacção de factos clinicos, pois que dentre suas 200 observacções só encontrou este symptoma mencionado 8 vezes.

Tinhamos escripto estas linhas, quando ouvimos, em aula, o professor Torres Homem dizer, que, comquanto os autores estrangeiros não ligassem grande importancia á salivacção pancreatica, elle, nos casos que tem observado verificou, sempre a existencia deste symptoma : que os individuos têm uma cuspinhação, um ptyalismo semelhante ao provocado pelo jaborandy, que não é mais do que uma funcção supprindo a outra, a saliva buccal e abdominal.

Tumor.—Basta ter em vista a profundeza do pancreas, e tudo quanto se lhe interpõe e a mão exploradora, para ver quão difficil é a verificacção de tumores desta viscera.

E mesmo, como sabemos, o pancreas lesado arrasta a processos morbidos variaveis o figado, o estomago, o mesenterio, processos que vêm ainda tornar mais difficil a exploracção.

Não é, pois, para admirar que Bayle e Cayol digam que os cirrhos do pancreas são pouco volumosos.

Esta opiniao foi contestada por Ancelet, que diz que, si os tumores do pancreas não são sempre susceptiveis de exploracção, é isto antes devido ás razões que ácima expendemos, do que mesmo á pequenez do tumor, como succedeu nos sete casos referidos por este mesmo autor, em que só a autopsia demonstrou tumores volumosos.

Ancelet, das observacções por elle recolhidas, verificou que, pela apalpacção, o tumor fôra reconhecido, durante a vida, quarenta e seis vezes ; occupando a região epigastrica trinta e seis vezes, o hypochondrio direito quatro vezes, o esquerdo duas vezes e o abdomen quatro vezes.

A evoluçao desses tumores, que são duros, profundos e pouco moveis, dolorosos ou indolentes, é lenta. Em alguns casos o tumor tem tambem apresentado pulsações isochronas ás do pulso radial e um ruido de sopro. Podemos applicar a estes tumores o que dissemos sobre os tumores cancerosos do estomago.

Em um caso de Sandwich a pulsação era devida á arteria splenica ser englobada pelo tumor.

Glycosuria. - A autopsia, praticada em diabeticos, tem muitas vezes revelado a existencia de uma affecção do pancreas, e então pergunta-se si não haverá, entre este cancro e a diabetes, relação

de causa a effeito, ou si o facto citado será uma simples coincidência.

As opiniões divergem, e nós apenas diremos que, sempre que o clinico se achar diante de um caso de glycosuria rebelde, que pathologicamente não tenha sido possível ser localizada, apresentando quasi ou nenhuma melhora, por uma medicação appropriada, deve, já que as observações tem mostrado coincidência ou não, dirigir suas vistas para o lado da glandula pancreatica.

Lipuria. — As urinas gordurosas têm sido mencionadas como um dos symptomas do cancro dos pancreas, e basta ter sido mencionada uma vez para, como symptoma, não ser desprezada.

Acite e infiltração. — A ascite é bastante commum no cancro do pancreas pela compressão que exerce o tumor sobre a veia porta ou veias intra-abdominaes.

A infiltração dos membros inferiores se explica pela compressão da veia cava inferior. O tumor da cabeça do pancreas, quando não ha invasão da glandula hepatica, pela compressão que exerce sobre o canal choledoco, explica a ictericia, muito commum no canceroso, e que se manifesta ás vezes bem cedo. As causas do emmagrecimento rapido são de facil apreciação.

Febre. — É tambem bastante commum a febre no cancro do pancreas; ella apresenta o typo remittente ou intermittente, e, quando remittente, as exacerbações dão-se dara a tarde. Segundo as observações de Ancelet, o cancro do pancreas tem sido mencionado em todas as idades, porém tem o seu maximo de 30 a 60 annos, e quanto á duração, desde alguns dias até muitos annos, parecendo, porém, que a duração media é de 1 á 2 annos.

Antes de terminar este capitulo devemos dizer que muitas vezes a symptomatologia do cancro do pancreas é desfigurada por symptomas de lesões as mais diversas. É assim que se tem observado a dilatação do estomago consecutiva a compressão do pyloro ou duodeno pelo tumor da cabeça do pancreas; a oclusão intestinal, paténteada pelos vomitos alimenticios, fecaes, etc., pela compressão do intestino colou transverso, etc., emfim colicas nephriticas, biliares, etc.

QUARTA PARTE

Diagnostico differencial entre o cancro do estomago e o do pancreas.

Si não ha melhor diagnostico differencial entre duas entidades morbidas do que um conhecimento previo e exacto da symptomatologia de cada uma d'ellas, podemos dizer que já temos feito o diagnostico differencial entre o cancro do estomago e o do pancreas, e n'este capitulo apenas faremos um resumo dos symptomas d'estas duas molestias, mostrando summariamente algumas differenças entre elles.

A dyspepsia, a anorexia, a perda de forças e o emmagrecimento, communs em ambas as molestias, são muito mais pronunciados e frequentes no cancro do estomago. A dôr acompanha as primeiras manifestações em ambas as molestias; lancinante no cancro do estomago, é de character variavel no cancro do pancreas e só excepcionalmente lancinante.

Os vomitos no cancro do estomago, no começo, pela manhã e em jejum, consistem quasi sempre em uma matéria de côr e consistencia albuminosa. Estes mesmo vomitos são encontrados muitas vezes no cancro do pancreas e algumas vezes esta mesma materia de apparencia albuminosa vem concreta, o que não se dá no cancro do estomago. Mais tarde os vomitos, em uma e outra molestia, apresentam grande variedade na coloração e consistencia; mas no cancro do estomago e, ás vezes bem cêdo, o sangue, misturando-se aos alimentos, dá ao vomito a côr de borra de café, symptoma este quasi que exclusivo do cancro do estomago.

A hematemese e a melena, que podem apparecer em ambas as molestias, são muito mais communs no cancro do estomago, sendo isso devido aos progressos da ulceração estomacal.

No cancro do pancreas o phenomeno é muito mais tardio e só se dá, quando o pancreas tem contrahido adherencias com o estomago ou intestino e ulcerado as suas paredes.

No cancro do estomago dá-se a aversão para a carne, ha verdadeira repugnancia para ella, de fórma que, quando o doente a tem ingerido, o estomago a escolhe de preferencia para a expellir pelo vomito.

No cancro do pancreas, não se dando este phenomeno, não podemos dizer que haja aversão para os corpos graxos, mas estes são mal tolerados e o vomito apresenta muitas vezes materia graxa.

Um elemento importante para o diagnostico differencial entre estas duas affecções, é o momento, pouco mais ou menos constante,

em que se apresentam os vomitos, quando o cancro tem sua séde em um dos orificios do estomago.

O tumor, encontrado em ambas as molestias, é de grande valor para o diagnostico, e quando se vacillar em determinar a sua séde, si no estomago, si no pancreas, o momento em que se produzem os vomitos, tres ou quatro horas depois da ingestão dos alimentos, indicará a sua séde no estomago, no pyloro; si momentos após a ingestão, ainda no estomago, no cardia.

Por começar quasi sempre o cancro do pancreas pela cabeça desta vicera e ser o pyloro o ponto de predilecção da diathese cancerosa no estomago, o tumor, em ambas as molestias, é quasi sempre encontrado á direita; mas no cancro do estomago, com o tumor, existe sempre a côr amarella pallida (côr de palha), o facies caracteristico, etc.; ao passo que no cancro do pancreas só excepcionalmente se encontra esta côr pallida, notando-se a côr icterica, esverdinhada, etc.

Outro elemento, talvez o mais importante para o diagnostico do cancro do pancreas, é o apparecimento nas evacuações de pequenas gottinhas oleosas, ou então esta mesma substancia concretada, symptoma que não se encontra no cancro do estomago.

A lypuria, a glycosuria e a sialorrhéa, symptomas não encontrados no cancro do estomago, devem ser pesados no diagnostico do cancro do pancreas.

A ascite e a febre são frequentes no cancro do pancreas e raras no cancro do estomago.

O cancro do estomago é rarissimo antes dos 40 annos; o do pancreas é observado em todas as idades.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHARMACIA

Do opio, chimico e pharmacologicamente considerado

I

Dá-se o nome de opio ao succo leitoso e concreto que se obtem, praticando-se incisões sobre as capsulas da papoula somnifera (papaver somniferum).

II

O opio deve aos alcaloides que possui as suas propriedades therapeuticas.

III

O opio é um producto pharmaceutico complexo e a sua acção é representada pela resultante dos principios activos que o compõem.

IV

A boa ou má qualidade do opio é avaliada pela quantidade de morphina que contém.

V

Diversas são as procedencias do opio : temos o de Smyrna ou de Anatolia, o de Constantinopla e o do Egypto ou Alexandria, etc.

VI

O de Smyrna é preferivel a todos os outros, porque encerra maior quantidade de morphiaa, de 5 a 12 por cento deste alcaloide.

VII

O opio, além da morphina, encerra outros principios immediatos, dos quaes os mais conhecidos e mais importantes são : a codeina, a narceina, a narcotina, a thebaina e a papaverina.

VIII

Os alcaloides do opio possuem propriedades analgesicas, anesmozticas e toxicas.

IX

D'entre os alcaloides do opio a morphina é o mais empregado, porém geralmente no estado de combinação—no de saes.

X

D'entre os saes, os que têm larga applicação em medicina, são o chlorhydrato e o sulfato.

XI

O opio bruto é rarissimas vezes empregado como agente therapeutico, porém serve de base a muitas preparações pharmaceuticas.

XII

D'entre essas preparações pharmaceuticas as mais usadas são : o laudano de Sydenham, o elixir paregorico, o extracto gommoso de opio e o xarope diacodio.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Dos aneurismas em geral

I

Dá-se o nome de aneurisma a um tumor sanguineo circumscripto ou limitado, que communica com o interior de uma arteria.

II

Os aneurismas são traumaticos ou espontaneos, e são arteriaes ou arterio-venosos.

III

Os aneurismas, ou as paredes do sacco, não são sempre constituídos por todas as tunicas arteriaes.

IV

O sangue contido no interior do sacco aneurismal nem sempre se acha inteiramente no estado liquido.

V

Apresentam caracteres diversos os coagulos encontrados no interior do sacco aneurismal.

VI

São as mais das vezes traumaticos os aneurismas arterio-venosos e já se tem observado a sua transformação em aneurisma arterial.

VII

A syphilis, o rheumatismo, a gotta e o alcoolismo exercem influencia notavel na manifestação dos aneurismas.

VIII

Os symptomas mais importantes para o diagnostico são : o movimento de expansão do tumor, o ruído de sopro á auscultação e a diminuição de volume pela compressão da arteria entre o tumor e o coração.

IX

Os aneurismas apresentam tambem symptomas que dependem da compressão exercida sobre os orgãos visinhos pelo tumor.

X

Quando faltam os symptomas habituaes, o diagnostico dos aneurismas torna-se bastante difficil.

XI

Um aneurisma é susceptivel de curar-se espontaneamente, sendo a cura menos rara nos sacciformes do que nos fusiformes.

XII

Algunas vezes os aneurismas se terminam pela ruptura do sacco.

XIII

Os meios de tratamento que têm dado maior numero de successos são a compressão directa e a ligadura.

Acção physiologica e therapeutica do acido phenico

I

O acido phenico, phenol, hydrato de phenyla, foi descoberto pelo Sr. Runge, tem por formula C^6H^5-OH , é um dos productos da distillação do alcatrão de hulha e é encontrado ainda em outras substancias, na urina do homem, no creosoto, etc.

II

Solido, crystallizado, o acido phenico funde-se á 34° , ferve a 188° , colora-se pela acção do ar, é solúvel em 20 vezes o seu peso d'agua e facilmente solúvel no alcool e no ether.

III

De cheiro desagradavel e sabor acido, tem uma reacção neutra e foi considerado ora como acido, ora como alcool.

IV

O acido phenico fórma com os alcalis combinações definidas, soluveis, crystalisaveis e instaveis.

V

E' facto incontestavel a acção toxica do acido phenico sobre os animaes, maxime os de organismos inferiores.

VI

Excitação, augmento da impulsão cardiaca, formigamento nas extremidades e logo apoz depressão, secreção abundante de suores e abaixamento da temperatura, taes são os phenomenos que se observam quando o acido phenico é, em pequena dóse, inhalado, ou em injeção hypodermica, ou pela via gastro-intestinal, introduzido na economia.

VII

A embriaguez, o collapso, a anesthesia, a paralysisa, o estupor comatoso, o enfraquecimento e a intermittencia do pulso e parada do coração em diastole, taes são os observados, quando a dóse é elevada.

VIII

A absorpção do acido phenico é rapida, fazendo-se a sua eliminação, principalmente pelas urinas, pelle e pulmões.

IX

Gozando de propriedades anti-septicas importantes, impede as fermentações, e constitue a base do curativo de Lister.

X

O acido phenico é anti-septico, desinfectante e caustico, e é empregado interna e externamente.

XI

Externamente, nas ulceras saniosas, gangrenosas, stomatites ulcerosas, ozena, otite, na podridão do hospital, etc.

XII

Internamente, na bronchite fetida, etc., e deve ser manejado com extrema cautela.

XIII

E' de observação a influencia que o acido phenico exerce no curativo das feridas, facilitando a sua cicatrização.

XIV

O acido phenico, applicado sobre as mucosas e a pelle, attaca-as, produzindo manchas brancas ou pardas.



HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Quibus cancri occulti orientur eos non curare præstat. Curati namque cito pereunt, non curati vero diutius perdurant.

(Sectio 6, aph. 19).

II

Herpetes autem, minime omnium ulcerum quæ deparcendo serpunt, periculosi sunt; sed difficillime tolli possunt, ut cancri occulti.

(Sectio 6, aph. 9).

III

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens malum.

(Sectio 5, aph. 3).

IV

Tenuis et exacta victus ratis cum in morbis longis semper tum in acutis ubi non admittitur, parum tuta est. Ac rursus victus qui ad summam pervenit tenuitatem gravis, si quidem at extremam perductæ plenitudi.

(Sectio 1, aph. 1).

V

Se rigor, febre non intermittente, ægrotum jam debile frequenter invadat, mortiferum est.

(Sectio 4, aph. 46).

VI

Labra livida, aut etiam resoluta, et inverso, et frigida, mortifera.

(Sectio 8, aph. 13).



Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 3 de Outubro de 1884.

Dr. Caetano de Almeida

Dr. Benício de Abreu

Dr. Oscar Bulhões.