

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

Serviço do Prof. Dr. Bissaya-Barreto

DOS SINDROMAS PANCREÁTICOS

E DA SUA INCONSTANCIA EM
CERTAS FORMAS DE CANCRO
DA CABEÇA DO PANCREAS

por

ALBERTO COSTA



IMPRESA DA UNIVERSIDADE
COIMBRA, 1930

RC
MNCT
616
COS

So Comr Aguiar Sr. Antonio
Fernandes Remeallo, cuja
faciencia a prova de fôlo
querere ser caxta de seus es-
trofes colonias por quem tau-
to tem abusado dela, e
oferere com amizade e esti-
ma o mandado

Alberto Costa

DOS SINDROMAS PANCREÁTICOS E DA
SUA INCONSTÂNCIA EM CERTAS FORMAS
DE CANCRO DA CABEÇA DO PÂNCREAS

DE CANTO DE CHINA DO PARQUE
SUA SEXTA FEIRA EM CANTO
POR SEXTA FEIRA EM CANTO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA
Serviço do Prof. Dr. Bissaya Barreto

DOS SINDROMAS PANCREÁTICOS

E DA SUA INCONSTÂNCIA EM CERTAS FORMAS DE CANCRO
DA CABEÇA DO PÂNCREAS

*Conferência realizada na Associação
dos Médicos do Centro de Portugal
na noite de 26 de Junho de 1930.*

POR

ALBERTO COSTA



CENTRO DE CIÊNCIAS E HONRÁRIO DE CARVALHO

AC
MACE
6/6
COS

COIMBRA

IMPRESA DA UNIVERSIDADE

1930

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA
CATEDRA DE CLINICA CIRURGICA

DOS SINDROMAS PANCREATICOS

E DA SUA TRATAMENTA DE QUINHENTOS CASOS DE CANCRO
DA CRESTA DO PANCREAS

SEPARATA

DO

Arquivo das Clinicas Cirurgicas

ANO II

ALBERTO COSTA



COIMBRA

IMPRESSA DA UNIVERSIDADE

1930

Como todos aqueles que começam, tropeçando dia a dia nas dificuldades que sugere a confusa sintomatologia das afecções do hipocôndrio direito, fui levado — não sei porquê — a demorar a minha atenção um pouco mais, no estudo das afecções do pâncreas. Compulsando os tratadistas, folheando as revistas modernas, nem por isso consegui desanuviar demasiado o meu espírito e obter bases sólidas de semiótica que me abrissem caminho novo para desvendar as incógnitas de todos os dias. Cheguei quasi à conclusão de que, no estado actual dos nossos conhecimentos, no que respeita ao estudo das afecções pancreáticas, tudo é falso, tudo é inconstante, tudo é contraditório, tudo é confuso.

Quis o acaso que, durante um ano, passassem pelos serviços de cirurgia onde trabalho, alguns casos de cancro do pâncreas, afastando-se tanto dos moldes clássicos, que a confusão ao princípio mais se arreigou em meu espírito. Apenas num destes casos, o diagnóstico clínico teve a confirmá-lo a laparotomia exploradora e, sobre a colheita biópsica o apoio confirmativo da anatomia patológica. Sòmente a êle me referirei portanto, desprezando os outros menos interessantes e sem confirmação.

De tudo o que li e do pouco que vi, pretendi esquematizar um tanto para assim fixar ideas, analisar opiniões, aprender a pesquisar os sindromas que o pâncreas doente nos oferece, aprender a não esquecer a confusão sempre possível e interrogar o laboratório, que raras vezes nos fornece elementos de proveito e muitas outras não nos tira de embaraços. E, desta forma, esquematizando nesta ordem de ideas, aprendi a distinguir nas

afecções pancreáticas três tipos de syndromas capitais, que dividi assim:

- I. — Syndromas de disfunção glandular;
- II. — Syndromas compressivos e irritativos;
- III. — Syndroma tumor.

Seja-me permitido analizar de per si rapidamente cada um deles, resumindo ideas, sobretudo as que me interessam para a análise dos casos clínicos que apresento.

I. — Syndromas de disfunção glandular

A chegada do quimo ácido ao duodeno parece despertar o factor humoral: a par das glândulas intestinais que expelem os seus productos de elaboração, a chegada do ácido clorídrico ao primeiro segmento do intestino, provoca o aparecimento duma secretina (Bayliss e Starling) que funciona de hormona, passa no sangue e vai ordenar a produção e a excreção do suco pancreático e talvez, na opinião de Ivy, Portier, Falloise, etc., a contracção do colecisto.

Seja como fôr, a ejaculação da bilis no duodeno está dependente dum reflexo duodenal que a presença do quimo excita e que outras substâncias, como a peptona, o sulfato de magnésio, etc., são capazes igualmente de excitar.

Desta forma acorre ao duodeno o suco pancreático-hépat-enterico, producto de elaboração de três grupos glandulares cujos fermentos possuem acções que se completam. Assim, o suco pancreático, tal como a glândula o fabrica, mostrou Pawlow ser activo apenas para a fibrina, e doutra forma não podia ser, sob pena de o pâncreas entrar em auto-digestão.

Êle só é activado ao nível do intestino por uma *enteroquinase* (Pawlow) e sabe-se o papel que se atribue na pancreatite hemorrágica ao refluxo de suco entérico no canal pancreático e portanto à activação intra-glandular da tripsina e consecutiva auto-digestão das paredes vasculares. Mesmo assim, activado pela *enteroquinase*, o suco pancreático não teria ainda acção bastante para acudir às necessidades da bioquímica intestinal, sobretudo no que, diz respeito ao seu poder lipásico, reforçado umas 14 vezes (Le-

mierre e outros) pela acção dos sais biliares. A presença destes seria tão necessária para a absorpção das gorduras, quanto é certo dizer-se que, nas icterícias dissociadas com retenção destes sais, se torna negativa a prova das *hemocónias*.

Lemierre, Brulé, André Weill e Laudat, citados entre outros por Parmentier e Chabrol, são de opinião que, por maior que seja a insuficiência pancreática, esta nunca é capaz de pôr entrave à digestão dos corpos gordos, mas tão sómente a carência dos sais biliares. A primeira parte desta asserção está de acôrdo com as antigas e modernas experiências de Hedon em cães des-pancreatizados.

Últimamente (1925) êste fisiologista conseguiu que um destes animais levasse uma vida normal com boa nutrição, tratado simplesmente com injeções de *insulina*, mantendo perfeita, inclusive, a função procreadora.

De facto, se os fermentos gastro-intestinais podem substituir os fermentos pancreáticos, o que se conclue das opiniões atrás citadas e das experiências de Hedon, e se, por outro lado, a retenção de sais biliares transtorna o metabolismo das gorduras, há dois factos de observação clínica que uma só doente nos fornece e que nos levaram a raciocinar um pouco, embaraçando-nos bastante de princípio.

Trata-se da doente:

C. M., de 60 anos, natural de Leiria, internada em Janeiro, Fevereiro e Março de 1930 na enfermaria de 1.^a C. M. — Registo clínico n.º 1.249.

É portadora duma icterícia por retenção, com fezes brancas, urinas muito carregadas, — côr de café, — com abundância de pigmentos e ácidos biliares, pulso hipotenso, batendo a 60, 64, prurido generalizado, havendo lesões de «grattage» em todo o corpo.

Todos os humores são côrados de amarelo: a saliva, o suco gástrico, o suor, as lágrimas, etc. Constipação intestinal. Estando a doente com a dieta variada a que nos H. U. C. se chama «Normal n.º 1», a análise das fezes *não revela gorduras nem ácidos gordos*.

Operada no dia 13 de Fevereiro de 1930 pelo Ex.^{mo} Professor Dr. Bissaia Barreto.

Operação: — Laparotomia sub-costal direita. Fígado aumentado de volume por plétora biliar, de bordos rombos, muito grossos. Fenómenos evidentes de pericolecistite e pericoledocite. Vesícula pequena, pouco maior que um ovo de pomba. *Colecistotomia:* o conteúdo da vesícula é constituído por muco levemente corado por bilis esverdeada. A exploração do cístico não revela a presença de nenhum cálculo encravado, mas tão somente a estenose de que é responsável a pericolecistite observada. Explorando à palpação profunda os canais biliares no seu trajecto retro-pancreático, foi notado um corpo duro, bem limitado, ao nível da cabeça do pâncreas, perto da 2.^a porção do duodeno. Através do tecido pancreático abriu-se

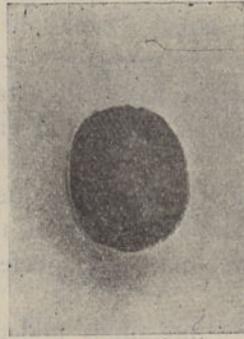


Fig. 1

Cálculo de colesterina pura extraído da empola de Vater à doente C. M.

caminho até êsse ponto: chegou-se junto da porção vateriana do canal de Wirzung e depois junto da empola de Vater, que se incizou, extraíndo-se um cálculo do volume e configuração duma avelã, cujo eixo maior estava na direcção do colédoco, obturando-o tão perfeitamente, quanto é certo que o polo superior dêste cálculo era tingido em verde escuro pela bilis que lhe formava uma coroa de bordos nítidos, quási talhados a compasso, sendo o resto do cálculo amarelo-ocre esbranquiçado.

Eis aqui uma doente em quem é fácil prever graves desordens no metabolismo das gorduras, tanto mais que aquele enorme cálculo ovoide, quási liso, amoldando-se bem à empola de Vater pela sua forma regular e geométrica (fig. 1), obturava certamente duma forma hermética o canal pancreático (1). Isto corresponde a uma

Eis aqui uma doente em quem é fácil prever graves desordens no metabolismo das gorduras, tanto mais que aquele enorme cálculo ovoide, quási liso, amoldando-se bem à empola de Vater pela sua forma regular e geométrica (fig. 1), obturava certamente duma forma hermética o canal pancreático (1). Isto corresponde a uma

(1) Cálculo de configuração ovoide, de superfície levemente granitada,

laqueação fisiológica do colédoco e do canal de Wirzung. E contudo esta mulher, que tinha uma dejecção de fezes brancas, regularmente moldadas, de dois em dois dias, nunca teve nada que se parecesse com o syndroma de insuficiência pancreática, e as últimas fezes que elaborou antes da operação *não contém gorduras nem ácidos gordos*. (Anál. n.º 847 do Lab. Anál. Clínicas da Fac. Med.) ; Como explicar êste facto, na sua essência tão simples, embora na aparência paradoxal?

Esta doente possuía de facto suco pancreático em quantidade normal no intestino, pois não esqueçamos que, 2 a 3 cm. acima da empola de Vater se encontra a *caruncula minor*, onde o *canal acessório de Santorini*, ramo de bifurcação do primitivo colector pancreático, vem desembocar no duodeno. Segundo Opie, o canal de Santorini não tem sempre a função acessória que se lhe pretende attribuir, e é Testut que nos ensina que êle é « uma via derivativa tão importante, que pode, se fôr preciso, substituir a via ordinária, no caso por exemplo em que um obstáculo qualquer se opõe ao livre escoamento do líquido pancreático na empola de Vater ».

Esta frase de Testut parece ter sido feita para o nosso caso. Mas há mais:

... Operada a doente, foi deixado um dreno na direcção do canal de Wirzung, dreno por onde saem nos primeiros dias 150, 180, 200 cc. de suco pancreático côrado de amarelo *contendo pigmentos e sais biliares* (1) atingindo a quantidade eliminada depois do 10.º dia 650, 700, 800^{cc}, para depois do 14.º até ao 20.º baixar progressivamente.

Uma vez aberta uma derivação do canal pancreático principal para o exterior, é lógico supor que o acessório reduzisse o seu débito, e assim, a carência de suco pancreático no intestino devia fazer-se sentir.

constituído por coleslerina pura, sobrenadando na água. Centro amorfo, donde partem trabéculas cristalinas radiares.

Dimensões: eixo maior — 18^{mm}; eixo menor — 14^{mm}; pêso: 28,315.

(1) A vesícula também ficou drenada, pois, uma vez aberta, acabou-se por fazer uma colecistostomia.

De facto, no dia 25 de Fevereiro, 12 dias depois da operação, estando a doente ainda a dieta de leite e farinhas, tendo desaparecido o prurido, havendo apenas uma côr sub-ictérica e sendo já as fezes regularmente côradas, o exame coprológico revela *gorduras neutras e ácidos gordos em abundância* (Anál. n.º 939, Lab. Anál. Clín.) Em 18 de Março, véspera do dia em que a doente teve alta, já sem icterícia, já com a sua fístula curada e sem dieta, o exame das fezes revela-nos *raras fibras musculares digeridas, raras gotículas de gorduras neutras e raras cristais de ácidos gordos* (Anál. n.º 1.237, Lab. Anál. Clín.), o que para Gaultier não traduziria talvez senão o regresso à normalidade, se normal não fôsse.

O relato da história desta doente veio a propósito do transtôrno que leva ao metabolismo normal das gorduras a insuficiência de sais biliares no intestino, na opinião dos autores atrás citados bem maior do que o prejuizo causado pela maior insuficiência pancreática.

Ora, no decurso da história desta doente temos a considerar 3 períodos diferentes:

1.º — *período de retenção biliar* (até à operação, teòricamente *sem insuficiência pancreática*, pois o canal de Santorini supria a obstrução do colector principal;

2.º — *período de insuficiência pancreática* (dois primeiros septenários do período post-operatório) com progressiva regularização da permeabilidade biliar;

3.º — *período de retôrno à normalidade*, uma vez fechada a fístula pancreática.

Parece portanto justo concluir que:

a) — Emquanto houve suco pancreático bastante, a lipolise foi normal a despeito da falta de sais biliares; (?)

b) — Restabelecida a função biliar, o metabolismo das gorduras foi transtornado, não sendo bastante a acção vicariante da bilis e dos fermentos gastro-intestinais para remediar o estado da insuficiência pancreática.

Ora, não é bem assim:

Esta doente, em pleno período de retenção biliar, dispunha no intestino, pelo menos, daquela parcela mínima de sais colálicos indispensável para Lemierre e Brulé. Em boa verdade, quando há icterícia, todos os humores compartilham da colémia e cada

emunctório toma à sua parte a eliminação de produtos biliares proporcional às suas forças. No suco gástrico desta mulher, amarelo carregado e de reacção neutra, encontramos nós uma reacção de Hay bem positiva (1). Por esta via chegaria ao intestino o q. b. de sais biliares, se o suco pancreático em si, como todos os produtos glandulares, não viesse já rico em sais e pigmentos.

Assim, na equação bio-química:

lipase pancreática + enteroquinase + sais biliares → *digestão das gorduras*, seria alterada a ordem das parcelas, sem que por isso sofresse o resultado:

[*lipase pancreática + sais biliares*] + *enteroquinase* → *digestão das gorduras*.

Ao nosso espírito talvez obsecado, parece razoável esta maneira de ver, mas não encontramos ainda forma de a harmonisar com a falta das *hemocónias* em certas icterícias por retenção completa e em tôdas aquelas em que a retenção é dissociada e incide apenas sôbre os sais biliares.

O facto de a doente passar a não digerir bem as gorduras depois que a maior parte do suco pancreático foi drenado para o exterior, parece demonstrar bem que êste não é tão dispensável como o pretendem Lemierre e Brulé, se considerarmos sobretudo aqueles estados chamados de *hipoquilia gástrica* (Schmidt), muitas vezes associados e até provocados por estados de *hipoquilia pancreática* (Kahn).

Mesmo a insuficiência pancreática coexiste muitas vezes com insuficiência gástrica, sendo para esta, quer uma causa, quer um efeito.

Em aparte sirva-nos êste caso para poder lembrar que, quando a prova de Meltzer-Lyon não der qualquer amostra de bilis B, mas sim líquido duodenal, com um poder lipásico importante e uniformemente côrado nas três amostras, não devemos concluir *rigorosamente* por simples obstáculo do colédoco. Pode, como no caso presente, o obstáculo estar mais abaixo, na empolã de

(1) Tentámos uma tubagem duodenal, que não conseguimos, por ser mal recebida pela doente, não achando nós argumentos bastantes para combater a sua impaciência e a sua negativa, depois que vomitou a sonda após 2 horas de permanência no estômago.

Vater, não havendo ausência ou insuficiência de lipase, porque está a ser utilizada a *via Santorini*.

Tendo-nos alongado sobre o poder steatolítico do pâncreas, não esqueçamos que, a par da *lipase* que, depois de emulsionar as gorduras as transforma em sabões, a acção triplíce desta glândula se manifesta também sobre os albuminoides e os hidratos de carbono à custa respectivamente da *tripsina* e da *amilase*. A tripsina é capaz de se encarregar da molécula albuminoide, mesmo que esta não tenha sofrido a desintegração péptica no estômago, como é capaz de continuar essa desintegração sobre as albumoses e peptonas, transformando-as em produtos abiuréticos.

Tem acção igualmente sobre a fibrina e sobre as substâncias constituintes dos núcleos celulares, propriedade exclusiva dêste fermento, sobre a qual se funda a *prova dos núcleos de Schmidt*.

Quanto à *amilase*, ela é capaz de transformar o amido em açúcar solúvel.

*

Nos síndromas de disfunção glandular englobamos a chamada dispepsia pancreática, quadro às vezes um tanto vago e impreciso, e que elevado a um expoente máximo se traduz por fenómenos gastro-intestinais acompanhados de ventralgia. São náuseas seguidas de regurgitação dum líquido viscoso, depois das refeições duas, três horas; é uma dearreia muito abundante, contrastando com a escacez dos alimentos ingeridos; as fezes dearreicas são de consistência pastosa, pouco côradas, às vezes côr de cinza, misturadas com gordura líquida que solidifica depois do arrefecimento. A duração do trânsito intestinal, normalmente de 26 a 40 horas encontra-se muito diminuída.

Parece que as substâncias que não sofreram a acção lipotripsica do pâncreas se tornam irritantes para o intestino; provocando esta *débaçle* dearreica. A digestão faz-se mal e depois das refeições vem um torpor que convida ao sono. As ventralgias de sede periumbilical são de intensidade variável, desde a dor ligeira, que se define por uma impressão de mal estar que provoca a náusea, até à dor fulgurante de carácter solar.

Outras vezes a stearreia não se nota ao exame macroscópico, mas a análise das fezes revela gorduras em abundância e ácidos gordos, como revela também fibras musculares mal digeridas,

nas quais se reconhece a dupla estriação, núcleos celulares, se empregamos a prova de Schmidt, e até grãos de amido. Tudo isto, é certo, revela normalidade, disfunção digestiva, mas por outro lado ensinam-nos os fisiologistas a só incriminar o pâncreas com segurança quando a travessia intestinal se faz dentro dos limites normais.

Ora, se tal fizermos, a dispepsia pancreática, quando um pouco abaixo do expoente máximo com que a potenciamos, pouco valor tem.

Os fenómenos de disfunção glandular traduzem-se, quer pelo *síndrome de hipofuncionamento ou insuficiência glandular*, quer pelo *síndrome de retenção*.

Na insuficiência glandular, sendo o pâncreas uma glândula mixta, temos a considerar o *síndrome diabético* (1), que pouco nos interessa e a insuficiência da secreção externa desta glândula.

De facto a glicosúria é duma grande inconstância nas lesões cirúrgicas do pâncreas, faltando as mais das vezes, qualquer que seja a sua extensão ou intensidade. Ela pode contudo existir em certos casos de litíase com esclerose e atrofia da glândula, pancreatites crónicas, quistos hemorrágicos ou supurados, cancros totais do pâncreas, etc.

Mesmo nesses casos a glicosúria é rara, oscilando as estatísticas entre 6 e 12 %.

Tanto a insuficiência como a retenção pancreática, traduzir-se-hiam, ao exame coprológico, por alterações semelhantes em casos proporcionalmente idênticos de débito glandular. Gaultier propôs uma refeição de prova, na qual entram em proporções determinadas as gorduras, os hidratos de carbono e os albuminóides. Segundo este autor, 95 % das gorduras ingeridas são utilizadas pelo organismo normal e apenas 5 % se podem encontrar como resíduo fecal, no estado de gorduras neutras, ácidos gordos e sabões. Este resíduo subiria a 35, 70 e 90 %, conforme respectivamente se encontrasse abolida a função biliar, a pancreática ou ambas reunidas.

A propósito da doente que citámos há pouco, aventamos a

(1) De facto os autores apontam raramente a glicosúria nas neoplasias do pâncreas; faltava nos 7 casos de Bar e Pic, nas duas observações de Chauffard e apenas existia em uma das 16 observações de Bouchut e Ravault.

idea de, no caso de retenção biliar, chegarem ao intestino por via sangüínea os sais biliares necessários para a activação da lipase, tal como Lombroso pergunta se pela mesma via lá não chegarão os fermentos pancreáticos, nos casos de retenção desta glândula.

A dosagem das gorduras nas fezes é cheia de erros e dificuldades, pelo que parece não lhe ser reconhecido grande mérito, sendo a stearreia um sintoma valioso junto a outros de disfunção pancreática, quando reconhecida macroscòpicamente pelo clínico, ou pelo analista ao exame microscópico, sob a forma de abundantes gorduras neutras e cristais de ácidos gordos.

Não obstante, tal como a Wassermann negativa não nos leva a pôr de parte a etiologia luética dum mal, assim, na falta de stearreia nunca se pode fundar uma opinião em contrário dum *deficit pancreático*, se nos lembrarmos da possibilidade duma lipase gástrica (Volhard e Falloise), da existência duma lipase intestinal e da vicariância funcional dos fermentos gastro-intestinais.

A lipase doseia-se no líquido duodenal, quer por processos químicos, quer comparando a acção de diluições diversas dêste suco sôbre gorduras emulsionadas.

A actividade lipotriptica do pâncreas pode pesquisar-se ainda por meio da ingestão de substâncias tais como o *azul de metileno*, o *iodeto de potássio* etc., contidas em cápsulas cujo envólucro é formado por gelatina endurecida, glúten, keratina ou cêra.

Dissolvida a cápsula à custa da tripsina ou da lipase, a substância que ela contém é posta em liberdade e passa na urina, onde pode pesquisar-se.

Utilizando a sonda de Einhorn, pareceu interessante injectar no duodeno uma substância que excitasse a secreção externa do pâncreas e permitisse assim a colheita dum suco o mais puro possível.

Seria afinal a prova de Meltzer-Lyon aplicada ao pâncreas.

Assim, Bayliss e Starling escolheram o ácido clorídrico, excitante fisiológico do pâncreas; Deloch obteve resultados interessantes com esta técnica, que nas mãos de Chiray e Lebon não deu senão conclusões incertas e imprecisas.

Katsch em 1922 emprega o éter em injeccção intra-duodenal e, esta prova foi cultivada na Alemanha com tanto entusiasmo, que teve mesmo o mérito de atravessar a fronteira e vir encontrar

em França adeptos como Marcel Labbé. Outras substâncias têm sido usadas em injeção duodenal para o mesmo fim, tais como os óleos, as gorduras, o leite, etc., e outras em injeção hipodérmica, como a *insulina*, a *pilocarpina*, a *histamina* e a *secretina*.

O abundante número de provas procurando atingir o mesmo objectivo, mostra bem que nenhuma delas satisfaz ainda ao fim desejado.

A reacção de Camidge, que se funda em pesquisar nas urinas a glicerina resultante do desdobramento das gorduras, não tem o valor que se lhe pretendeu atribuir.

A acção proteolítica da tripsina revela-se principalmente ao estudo coprológico pela boa digestão das fibras musculares, que se encontram nas fezes sob a forma de corpos amarelados de bordos irregulares, mal limitados, tendo perdido a dupla estriação. Estudada a propriedade que a tripsina possui de atacar os núcleos celulares, propriedade que lhe parece exclusiva, propôs Schmidt fazer deglutir aos supostos doentes, pequenos sacos de gase com pedacinhos de carne conservada em alcool, que Einhorn substitue por fragmentos de tímus abundante em núcleos.

No mercado encontram-se cápsulas glutinizadas da casa Merck, contendo êsses núcleos já corados com azul de metileno, à mistura com pó de licopódio. A existência dêste pó reconhece-se nas fezes facilmente ao exame microscópico, e orientará portanto sobre que pontos da amostra se devem fazer preparações no sentido de descobrir os núcleos, testemunhas de insuficiência proteolítica do pâncreas, sendo a sua invisibilidade uma afirmação em contrário, desde que num e noutro caso o trânsito intestinal se fêz dentro da normalidade.

O aparecimento nas fezes, de compostos que dão a *reacção do biureto*, testemunha de igual modo insuficiência proteolítica do pâncreas.

A busca dos grãos de amido nas fezes não fornece ensinamentos apreciáveis; a amilase pancreática, muito semelhante à pialina, pode em parte ser substituída por esta, que no intestino continua a sua acção amilolítica interrompida no meio ácido do estômago, ajudada por outros fermentos intestinais glico-formadores, inclusivamente segregados pelos micróbios do intestino delgado e cécum.

Mais vale, sob o ponto de vista amilolítico, interrogar o pân-

creas investigando ou doseando a amilase fecal segundo a técnica de Gaston-Durand (1).

Doseando com o licor de Felling o açúcar assim formado, estabeleceram Enriquez, Ambar e Binet uma unidade-padrão da actividade amilolítica normal: a unidade *açúcar — grama — hora* seria assim representada pelo número 1800.

A dosagem nas fezes da tripsina e da lipase não desperta interesse.

Normalmente os fermentos pancreáticos encontram-se no sangue e portanto nas urinas, mas apenas a amilase se pode dosear ali com certa correcção. Está demonstrado que a *amilasémia* e a *amilasúria* normais não excedem certo limiar. Loeper e Rathery estabeleceram que um aumento pronunciado da taxa da amilase sangüínea e urinária, cuicidindo com uma baixa de amilase fecal, tem a favor do diagnóstico de retenção pancreática o mesmo valor que a *colémia*, a *colúria* e as fezes brancas têm a favor de retenção biliar.

Wohlgemuth, e depois Ungerhenss e muitos mais, têm defendido a dosagem da diástase pancreática na urina, cuja reacção e respectiva técnica tomou o nome do primeiro destes autores: — é a reacção de Wohlgemuth, que presentemente goza de razoável crédito.

Resumindo, indicaremos no seguinte esquema os principais sinais de disfunção pancreática considerando a glândula em *retenção* ou em *hipofuncionamento*:

Retenção	Dispepsia pancreática em maior ou menor grau: <i>Fezes</i> — stearreia macroscópica ou microscópicamente visível, fibras musculares não digeridas e com dupla estriação apreciável. Prova dos núcleos de Schmidt positiva. Diminuição da duração do trânsito intestinal. Às vezes, compostos <i>biuréticos</i> nas fezes. Baixa da taxa da lipase no líquido duodenal.	Insuficiência	
		interna	externa
Aumento de <i>amilasémia</i> e <i>amilasúria</i> (Wohlgemuth) e baixa da amilase fecal.		...	diminuição da taxa de amilase sangüínea, urinária e fecal.

(1) Fezes colhidas por purgação, diluídas a $\frac{1}{20}$, tomando-se 1 cc. desta diluição que se faz actuar sobre 50 cc. de cosimento de amido durante meia hora, a uma temperatura de 38, 40°.

As causas de retenção pancreática favorecem a esclerose e atrofia da glândula, que, secundariamente, se torna insuficiente.

A par destes syndromas de disfunção glandular mencionaremos apenas um syndroma de hiper-funcionamento ainda muito discutido. Coexistiria neste caso com elevada taxa de amilase fecal, aumento considerável da amilasémia e amilasúria, apetite exagerado, duração normal do trânsito intestinal, não havendo nas fezes quaisquer resíduos alimentares.

II. — Syndromas compressivos e irritativos

O pâncreas — diz Gutmann — é um órgão discreto. Se não são o plexo solar ou o colédoco, que com êle habitam paredes meias naquela encruzilhada que o figado cobre como uma abóbada de mistério, se não são êsses dois vizinhos gritarem por êle, a falsa sintomatologia que por vezes nos oferece êste órgão doente, torná-lo-ia insuspeito mesmo à opinião sabida do clínico arguto.

De resto a sintomatologia de laboratório, que mencionamos no capitulo anterior, nem sempre cria suspeitas que nos levem a investigar-la, tão confuso por vezes se apresenta o quadro sintomático.

É grande número de vezes por intermédio dos órgãos vizinhos que o pâncreas se queixa, quer irritando-os, quer provocando sobre êles fenómenos de compressão, quando aumentada a sua consistência ou o seu volume. E tão variadas tintas pode tomar êste rebate da vizinhança, que a esquematização atinge o limiar do impossível.

Ficaram clássicas as expressões: *sindromas pancreático solar de Chauffard* e *sindroma pancreático biliar de Bard e Pic*.

Tratando de tumores do pâncreas, todos os autores falam a propósito no *sindroma de compressão porta* que também podem provocar e no *sindroma duodeno pilórico*.

O *sindroma pancreático solar* que Chauffard descreve a propósito do cancro do corpo do pâncreas, tem por base a cólica celiaca com as características que a individualizam, dor que pela sua violência mereceu de Dieulafoy o título de *drama pancreático*. Em tudo comparada às crises gástricas da tabes, também de origem solar, há quem a veja ligada a fenómenos de peripancreatite, ou porque tecido escleroso comprime os ramos nervosos in-

clusos no pâncreas. É, em todo o caso, o resultado da irritação do plexo solar em relação íntima com o corpo do pâncreas.

As dores solares, pungitivas, atrozes, terebrantes, de sede epigástrica, irradiam dum e de outro lado para a região dorso-lombar, dando a impressão dum cinto constrictor, dum anel que se contrai, dum nó que progressivamente se aperta, irradiando também para a base do tórax, para os hipocôndrios, para a espádua esquerda, mais raras vezes para trás do externo.

A localização à zona pancreático-coledócica de Chauffard pode lembrar a cólica hepática, tanto mais que pode fazer-se acompanhar de náuseas, de vômitos, de arripios, de febre.

Mas... a dor pancreático-solar não irradia como a cólica hepática para o hemi-tronco direito (ombro, seio, região inter-escapular direita).

Pode ainda a dor pancreática ser localizada à esquerda do epigastro, mesmo junto do rebordo condro-costal, tal como a gastralgia das úlceras da pequena curvatura, tendo como ela as mesmas irradiações.

A semelhança pode ser tão flagrante, quanto é certo que a anamenese nos pode contar um passado dispéptico em relação com uma dispepsia pancreática que passou despercebida.

Por outro lado, há úlceras da pequena curvatura que entretêm por muito tempo um estado doloroso permanente, exacerbado por paróximos periódicos. Esta mesma periodicidade se pode observar nas crises solares pancreáticas, mas... os vômitos não acalmam as dores.

A confusão dos estados pancreáticos com os estados gástricos é freqüente e razoável, pois o síndrome pilórico pode ser indiscutível e até as hematemese e as melenas podem não faltar.

Enriquez e Gaston Durand falam-nos das úlceras calosas da pequena curvatura do estômago que, num período avançado, criando aderências ao plexo solar — e o fundo destas úlceras, sabe-se bem, é muitas vezes constituído pelos órgãos vizinhos — provocam *crises tabetiformes*, com paroxismos dolorosos violentos e dores mais ou menos contínuas, em tudo semelhantes às crises solares pancreáticas. É estabelecida portanto a confusão recíproca.

A dor de carácter solar não é o único sintoma de irritação do plexo: a *melanodermia* que acompanha muitas vezes o cancro da

cabeça do pâncreas é, segundo Chauffard, ocasionada pela irritação do plexo solar e gânglios semi-lunares.

O colédoco, depois de atravessar a face posterior da primeira porção do duodeno, abrindo caminho para vir lançar-se na empola de Vater, põe-se em relação com a cabeça do pâncreas, na face posterior da qual abre uma profunda goteira onde se aloja.

Daí a icterícia por retenção fácil de prever, que é o apanágio das neoplasias da cabeça do pâncreas e que constitui o síndrome pancreático biliar de Bard e Pic; um pequeno nódulo tumoral justa coledócico, pode provocá-la com facilidade.

É uma icterícia por retenção, de carácter definitivo, sempre progressiva, sem nunca retroceder, dentro em pouco completa, dando aos tegumentos uma côr verde-azeitona pronunciada, que só rivaliza com a da espiroctose icterígena (1).

A vesícula, compartilhando da plétora biliar de tôda a árvore ângio-colecisto-hepática, palpa-se abaixo do rebordo costal, como um tumor piriforme, de consistência elástica. (Sinal de Courvoisier-Terrier).

Da mesma forma o fígado aumentado de volume, palpa-se abaixo do rebordo costal, tendo o bordo anterior perdido o seu aspecto cortante.

Num período mais avançado, assiste-se à cirrose secundária a esta retenção biliar, ou à invasão neoplásica.

A compressão do duodeno por um tumor da cabeça do pâncreas pode realizar o síndrome duodeno-pilórico, como de resto bridas de peritonite fibro-plástica, podem acarretar estenoses pilóricas, duodenais, cólicas, ureterais, etc.

O síndrome de hipertensão portal, por compressão da veia porta ou seus ramos de origem, por neoplasmas do pâncreas ou suas adenites satélites, tem sido assinalado por Carnot e outros autores.

A veia cava e a aorta podem ser também atingidas por aderências ou comprimidas por tumores.

Mözer e Charrette individualizaram mesmo aquilo a que chamaram *síndrome pancreático-aórtico*, que é a favor de cancro do corpo do pâncreas e corresponde afinal à forma pseudo-aneuris-

(1) Por vezes estes doentes parecem adisonianos, sobrepondo-se a melânomia à icterícia, o que lhes dá um aspecto bronzeado particular.

mal de Pic e Tolot; trata-se dum tumor, em regra pouco volumoso, supra-umbilical, geralmente um pouco à esquerda da linha média, duro, bocelado, imobilizável, que transmite as pulsações aórticas, e que dá à auscultação um sôpro síncrono com a diástole arterial.

III — Síndrome tumor

Localizados ao pâncreas, podem existir tumores de conteúdo líquido (quistos verdadeiros e hematomas) e neoplasmas sólidos.

Os quistos quasi sempre dão origem a tumores apreciáveis à inspecção, dando à palpação a consistência elástica própria dos tumores líquidos, mole ou renitente conforme o grau de tensão do líquido ou a espessura da cápsula.

Estes quistos segundo os esquemas de Koerte, chegam ao contacto da parede abdominal, abrindo um de três caminhos: entre o figado e a pequena curvatura do estômago; entre o estômago e o cólon transverso; ou ainda abaixo do cólon, confundindo-se por vezes até com o quisto, do ovário.

Dos tumores sólidos, dada a raridade dos sarcomas e dos tumores benignos (adenomas e fibromas) quasi exclusivamente interessam os tumores de natureza epitelial, que, como todos os cancros, podem ser primitivos ou secundários. São tumores duros, por vezes *rijos como ferro*, segundo a expressão de Riedel, bocelados, imobilizáveis, de sede epigástrica, supra-umbilicais, quer medianos quer afastados um pouco à direita ou à esquerda da linha média, segundo ocupam a cabeça, o corpo ou a cauda da glândula.

Apresentam-se em regra de dimensões restritas, raras vezes excedendo o volume dum punho.

Muitas vezes, pelo seu volume insignificante, escapam à palpação mais minuciosa e só a exploração profunda do órgão após laparotomia os pode desvendar.

O cancro do pâncreas leva a um emagrecimento rápido, estando descritos casos em que, durante um mês, a perda foi de 15 a 26 Kg. A sua evolução é rápida: 4 a 7 meses, o máximo. Compreende-se que o cancro da cabeça, com obstrução vateriana, leve a uma caquexia maior do que o cancro da cauda, de todos o mais raro, mas o que por mais tempo é suportado.

Há muitos casos — e aquele que relacionamos é um dêles — em que nem o fácies canceroso, nem a anemia se registam.

A história do cancro do pâncreas encontramos ligados os nomes de Vernay, Rokitansky, Kellermann e tantos outros.

Jacoud, em 1884, afirmava que o diagnóstico desta afecção era apenas de presunção ou probabilidade.

Foram Bard e Pic, em 1888, que descreveram bem o cancro cefálico, como Chauffard, em 1908 foi quem estudou e descreveu a cancro do corpo, sendo de notar que, já em 1889, Lucron chamou a atenção sôbre a forma dolorosa do cancro do corpo do pâncreas, filiando estas dores no plexo solar.

No primeiro era a icterícia progressiva o grande sintoma reinante; no segundo era a dôr solar. E assim, dividiu-se o pâncreas em três partes ... como uma flauta, e, consoante a neoplásia ocupava uma ou outra destas regiões, havia um quadro esquemático de sintomas igualmente esquemáticos, que definiam a doença e logo a sua localização topográfica. A par destas formas típicas de fácil diagnóstico, começam a aparecer casos atípicos, fugindo daquela reprodução estereotipada sôbre as descrições clássicas, para todos os casos sempre igual como um carimbo. Já Pic e Tolot, na *Province Médicale de 1899*, falam de formas anormais de cancro do pâncreas.

Depois, o espírito criterioso de Gosset prende a sua atenção sôbre os cancros da cabeça do pâncreas e, como se esta porção do órgão fôsse demasiado grande para que qualquer localização da neoplásia sortisse o mesmo efeito, Gosset divide estes cancros em 4 grupos, conforme — digamos assim — a dinâmica do seu crescimento e em particular a sua localização superficial ou profunda, longe ou perto dos canais excretores bilio-pancreáticos. E assim teremos:

1.^o — *Cancros superficiais de desenvolvimento anterior*, longe do colédoco e do plexo solar, que são relações anatómicas da face posterior do pâncreas. Estes casos, que podem por largo tempo permanecer latentes, traduzem-se apenas pelo sintoma tumor, quando êste não fôr de dimensões tão restritas que escape à palpação.

2.^o — *Cancros profundos* comprimindo o colédoco, os canais excretores do pâncreas e o plexo solar, causando por isso a caquexia, a icterícia e a dôr,

3.º — *Cancros de localização justa-vateriana*, a princípio de dimensões restritas, traduzindo-se por isso apenas pela icterícia e só mais tarde pela dôr.

4.º — *O cancro total*, têrmo final de tôdas as outras formas.

É inegável que a classificação de Gosset, se bem que não possa satisfazer ainda todos os casos clínicos, tem já bastante amplitude e revela um certo valor. Recentemente (1927) dois clínicos de Lyon, Bouchut e Ravault, escreveram algo de interessante acerca das formas anormais do cancro do pâncreas. Acresce lembrar que, por serem anormais não deixam de ter para nós o maior interêsse, porquanto nestes casos o tipo clássico nem sempre é o que se encontra, e estes chamados casos anormais são tão freqüentes, que os dois médicos lyoneses relatam no seu trabalho 16, e nós, na nossa curta prática, tivemos já ocasião de observar um caso, tendo sido êle que nos sugeriu êste trabalho.

Devemos concordar portanto que estas formas são as que despertam mais interêsse por serem quási banais, e as de mais difficil diagnóstico. Como vimos, não podemos com segurança interrogar o pâncreas por intermédio do laboratório, que raro nos dá resposta concisa e decisiva. Bom é portanto que, através dos nossos próprios conhecimentos, dados pela nossa observação pessoal e pela experiência de consagrados autores, saibamos ao menos que existem essas formas anormais para as pôr na mente, por exemplo, quando um tumor pequeno, duro e imobilizável, com sede no epigástro, traz embaraçado o diagnóstico.

Bouchut e Ravault classificam-os em 5 grupos, a saber:

1.º — *Formas simulando o cancro gástrico*, das quais apresentam meia duzia de observações. É fácil prever a sintomatologia que as domina, motivada pela compressão do estômago e duodeno pelo tumor, ou mesmo pela invasão secundária daqueles órgãos. Outras vezes o sindroma duodenal é realizado por bridas de peritonite fibro-plástica. Era o que acontecia no caso relatado por Macaigne e Nicaud (*Arch. des Mal. de l'Ap. Digest.*, 1927), que não possuía sintomatologia própria, marcando apenas pelo sindroma de estenose pilórica e duodenal.

2.º — *Formas ictericas de começo anormal*, fundamentadas sobre 4 observações, em algumas das quais o diagnóstico de litíase biliar se impõe.

Por outro lado, nos doentes de Dutil, Leegrand e Bonnamour a icterícia apresentou variações na sua intensidade.

Ela pode ser também um sintoma tardio do cancro do corpo, quando se faz a generalização à cabeça do órgão (1).

3.º — *Formas de síndrome doloroso ectópico.* A dor solar pode ter irradiações bizarras, como no caso de Mondière, em que simulava a angina de peito. Bouchut e Ravault apresentam dois casos em que as dores eram nitidamente de carácter siático, certamente devido à compressão das raízes nervosas por metastases cancerosas.

4.º — *Formas febris,* em que a febre é o sintoma dominante, contrastando com as temperaturas hiponormais que é uso observar nestes doentes, sobretudo no período terminal (2). Estas formas febris levaram algumas vezes a diagnósticos de septicemia, tuberculose latente, etc.

5.º — *Formas metastáticas,* que são as que menos interessam, porque o seu polimorfismo foge a qualquer descrição.

*

Landau, de Varsóvia, e outros, em 1928, descreveram como raridade clínica, um caso de cancro da cabeça do pâncreas com estenose duodenal e invasão neoplásica do duodeno, mas sem icterícia nem fezes gordas, nem anemia (*Arch. des Malad. de l'App. Digest.*, 1928); havia pelo contrário um grau notável de policitemia, com 6.000.000 de glóbulos rubros por mm³, 120% de taxa da hemoglobina e 10% de albumina no sêro. Tratava-se de um homem de 58 anos que conservou sempre o seu pêso habitual. Conforme se verificou na autópsia, êste cancro ocupava a porção infra-papi-

(1) A mais interessante forma de generalização à cabeça é a relacionada por Carnot e Libert (*Paris Medical*, 1926) por embolia wirsungueriana; aconteceu como por vezes, nas canalizações subterrâneas: as raízes das árvores insinuando-se entre a junta de duas manilhas, seguem no interior dos canos obstruindo-os. Os autores chamam-lhe embolia « em cauda de raposa ». Quando a embolia chegou à empola de Vater apareceu icterícia; desde o começo tinha-se notado a insuficiência pancreática.

(2) Bard e Pic observaram num caso a temperatura de 32,6 garantindo a sua autenticidade pelo seu próprio testemunho,

lar ou infra-vateriana da cabeça do pâncreas, razão que explica a falta de icterícia.

Em Fevereiro de 1929 foi-nos dado observar a doente M. C., senhora das nossas relações, que nos foi possível seguir de perto enquanto internada num quarto particular dos serviços de Cirurgia do H. U. C., favor que agradecemos ao Ex.^{mo} Prof. Dr. Bissáya Barreto, que nos permitiu que fizéssemos o estudo dêste caso. Parece-nos pelo menos tão digno de publicidade como o de Landau, pois, como êle, goza do mesmo atipismo e a anomalia resalta, permitindo o diagnóstico pelo exame radioscópico. A malignidade dêste tumor verificada pela generalização mesmo a distância (sinal de Troisier) e pelo exame anátomo-patológico dos fragmentos biópsicos, recolhidos quando da laparotomia, não se conforma com a restrição a uma parte da cabeça do órgão; não obstante, esta doente morre sem ter tido icterícia, emagrece de facto, mas a sua côr é normal e está em relação com uma fórmula leucocitária banal. A sua história clínica é a seguinte:

Doente n.º 1.243 de Q. P. M.

M. C., de 31 anos, natural de Penafiel.

A. H. — Pai vivo. A mãe faleceu com nefrite aos 60 anos.

A. C. — O marido contraíu a sífilis antes dos 20 anos e teve outras doenças venéreas. Tem 4 filhos todos saudáveis. Não teve abortos.

A. P. — Nunca esteve doente, que se lembre. Não obstante, desde há 5 anos começou a queixar-se do estômago, se bem que não sentisse dores; eram vômitos freqüentes, apròximadamente 1 hora depois das refeições, não sendo precedidos por qualquer estado nauseoso, sempre fáceis como uma regorgitação, sem exigirem qualquer esforço, quando muito acompanhados duma sensação fugaz de espasmo sufocante, à qual punha têrmo com alguns movimentos de deglutição.

Findo o vômito, ficava bem disposta e apta a tomar qualquer outra refeição, que retinha. Estas crises repetiram-se, às vezes duas e três vezes por semana, intervaladas por períodos de acalmia que se contavam por meses de bem-estar.

Nenhuns outros fenómenos dispépticos dignos de nota.

Em Abril de 1928 piorou, vomitando todos as tardes. Em 20 de Novembro foi acometida de fortes dores lombares que sobrevieram de súbito, e que atribuiu a caminhadas grandes que dera e talvez ao período menstrual que se avizinhava, pois comparava-as às que sentia outrora quando solteira, durante os períodos mensais. Mas desta vez tornaram-se persistentes, sobrevivendo quotidianamente, por paroxismos, obrigando-a a procurar variadas posições de decúbito até encontrar uma em que se sentia melhor e que daí a pouco se tornava intolerável. Estas dores lombares, de carácter paroxístico, não tinham horário fixo e obrigavam-a a lançar mão de hipnóticos e analgésicos para combater a insónia.

Em Dezembro de 1928, palpou no epigastro um tumor duro, o que a levou a Lisboa consultar vários clínicos, cujas opiniões foram desencontradas.

Em Novembro pesava 53 Kg.

Foi hospitalizada em Q. P. em 21-2-1929, escolhendo para seu médico assistente o Prof. Dr. Bissáya Barreto.

E. A. — Boa côr e boa aparência. Encontra-se um tanto emagrecida aos olhos de quem a conheceu anteriormente. Falta de fôrças e um certo grau de anorexia, não electiva, em todo o caso combatida um pouco, variando de alimentação. Os vômitos são mais raros, mas sempre com as mesmas características. Ausência de outros fenómenos dispépticos. Nem hematemese nem melenas. Digestões um pouco morosas e ultimamente ligeira sensação de plenitude post-prandial. A função intestinal é regular e as fezes de consistência um tanto pastosa são homogêneas e de côr castanho-escuro. A temperatura é entre 36° e 37°. À palpação do epigastro nota-se um tumor duro, esferóide, um tanto bosselado, imobilizável em qualquer sentido, do volume aproximado de uma laranja.

O tumor é mediano e o seu polo superior está três dedos abaixo do apêndice xifóide. A palpação não é dolorosa; a pressão entre o tumor e o apêndice xifóide causa uma certa dor. Na fossa supra-clavicular esquerda há uma pléiade de adenites empastadas (Troisier) com relações de prisão entre si e pouco mobilizáveis; uma delas insinua-se por detrás da clavícula.

Análise de urinas: — Elementos anormais, apenas ligeiro excesso de urobilina; boa concentração de ureia, boa eliminação de cloretos; nada de anormal no sedimento.

Sangue. — Wassermam e Weinberg negativas.

Taxa de hemoglobina.	85 %
Glóbulos vermelhos. . .	4.000.000
Leucócitos	11.000
Eosinófilos	18 %

Fezes: — Contém fibras musculares, sendo visível a dupla estriação; contém gorduras neutras, ácidos gordos e pigmentos biliares no estado de estercobilina.

Não se encontram grãos de amido nem albumina, nem ovos de parasitas.

Duração do trajecto gastro-intestinal (prova do carmim) 13 horas.

Suco gástrico, recolhido após refeição de Ewald-Boas: HCl livre 0,5 %; acidez total 0,9 ‰. Não tem sangue nem quaisquer elementos anormais.

Pesa agora 48 Kg. tendo perdido 5 Kg. em pouco mais de 3 meses.

A doente havia feito em Lisboa, um mês antes, duas colecistografias e o exame radiológico do estômago (obs. n.º 2.145 — Dr. Aleu Saldanha) 4-1-1929.

Conclusões: — *Canais biliares permeáveis, permitindo a visualização completa da vesícula. Opacidade uniforme excluindo a existência de cálculos. Possível existência de uma lesão duodenal com periduodenite intensa e pericolecistite, deformando a imagem vesicular. A aderência da vesícula ao duodeno deve fazer-se ao nível da 2.ª porção.*

Internada a doente, voltou ao Raio X no dia 22-2-1929, assistindo nós ao exame radioscópico do estômago. Segundo o relatório que acompanha o decalque deveras interessante, trata-se

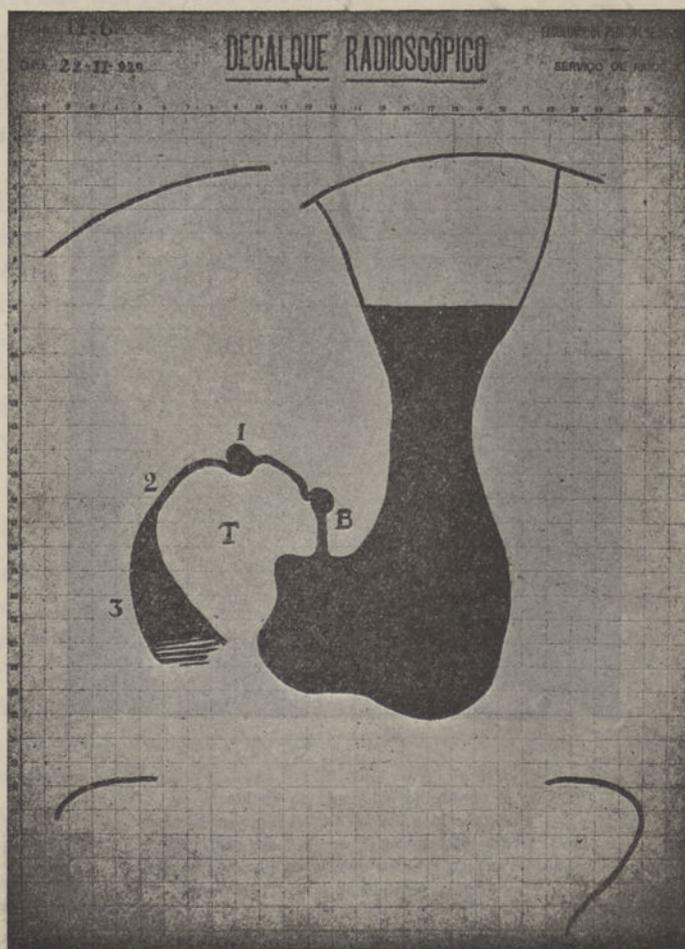


Fig. 2

Decalque radioscópico do estômago

B — bôlbo duodenal deformado

T — tumor. 1, 2 e 3 — 1.^a, 2.^a e 3.^a porções do duodeno.

de um estômago mais ou menos ortônico (Fig. 2), de contornos bem regulares, excepto junto da região pilórica, que estava um pouco deformada, abrindo-se o piloro para cima, na pequena curva-

tura, — por um delgadíssimo tubo. A região pilórica apresenta uma depressão em meia-lua, que poderia interpretar-se por uma imagem lacunar, semelhante àquela que as radiografias, havia um

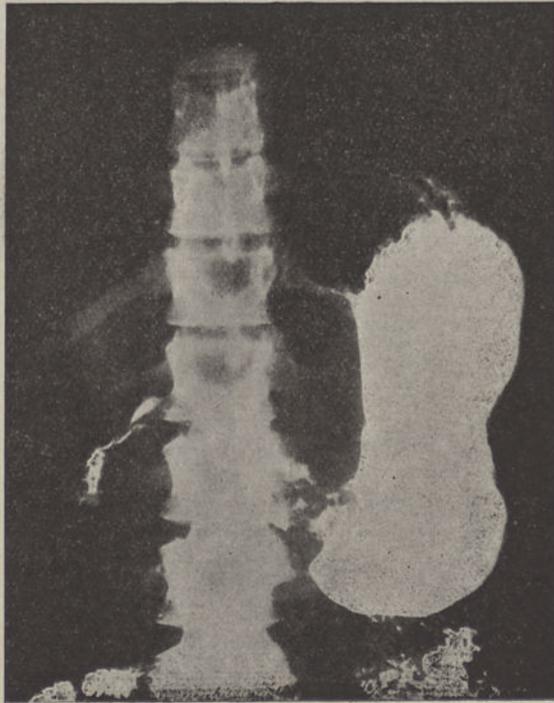


Fig 3

Radiografia do estômago da doente M. C.
O aspecto é idêntico ao do decalque pertencente à mesma doente (fig. 2), mas a compressão exercida pelo tumor sobre a região pilórica deu falsas imagens lacunares que poderiam atribuir-se a neoplasma gástrico

mês antes, tiradas em Lisboa, nos mostravam. Olhando uma destas radiografias afigura-se-nos estar em presença dum cancro da região pilórica (Fig. 3).

A depressão que havia na região pilórica acentuava-se quando se comprimia o estômago contra a massa tumoral, que existia para a direita. Deslocando agora o estômago em sentido contrário, êste eleva-se bastante, ficando completamente separado do tumor. As ondas de contracção sucediam-se com certa regulari-

dade e, alguma substância que passava para o duodeno, mostrava-o completamente deformado, sem qualquer sinal de bólbo, reduzido a um estreitíssimo tubo com porções mais volumosas donde a onde, descrevendo um perfeito arco de círculo que circundava por completo a massa tumoral, encaixilhando-a.

Esta, animada dum crescimento excêntrico, comprimia para a esquerda a região pilórica, dando falsas imagens lacunares que se dissociavam bem, e comprimia o duodeno em todo o seu trajecto, obrigando-o a descrever uma circunferência de raio progressivamente maior. O radiologista termina o seu relatório diagnosticando *massa tumoral da vizinhança da região pilórica englobada pelo duodeno*, o que para nós, que havíamos feito o estudo clínico da doente em questão, foi traduzido por *cancro da cabeça do pâncreas*.

Não obstante a inoperabilidade manifesta, por motivos particulares que a doente impunha, foi operada de laparotomia exploradora no dia 27-2-1929 pelo Ex.^{mo} Prof. Dr. Bissaya Barreto.

Observação da peça durante a operação

Tumor da cabeça do pâncreas maior que uma laranja, situado dentro e atrás do estômago, que era por êle empurrado para a frente, reduzido a uma cavidade virtual; aderente à porção juxta-pilórica da grande curvatura, aderente ao duodeno, que era projectado à periferia, aderente para cima à vesícula biliar e para baixo repuxando o epíplon gastro-cólico e o ângulo cólico direito. Extraíu-se um fragmento biopsico do tumor e um gânglio da pequena curvatura.

Do Instituto de Anatomia Patológica dão-nos as seguintes respostas:

«Preparação n.º 1.119-A — *Gânglio da pequena curvatura do estômago*: Vêm-se alguns folículos linfáticos pouco alterados na sua estrutura e outros completamente destruídos. Inúmeras ilhotas de células carcinomatosas de tamanho e forma variáveis, algumas bastante volumosas, muito atípicas e em via de proliferação exageradamente activa e até com tendência notável de infiltração difusa ».

«Preparação n.º 1.119-B: — *Fragmento de tumor da cabeça do pâncreas*. — Células volumosas, atípicas, de carácter epitelial em

via de proliferação muitíssimo activa, distribuídas quasi uniformemente por todo o campo da preparação. Distribuição recíproca desordenada e quasi uniforme. Há pouca tendência para a formação de colónias de células, isto é, para formações alveolares; todavia, em certos pontos observam-se pequenos grupos de células iniciando a formação de pequenos alvéolos: não obstante predomina o carácter infiltrativo. Há muitos vasos, alguns dos quais de paredes rudimentares e mesmo embrionárias, encontrando-se alguns glóbulos vermelhos infiltrados nos interstícios do tecido neoplásico. Tecido esquelético constituído por algumas fibras e células conjuntivas relativamente pouco abundantes.

Diagnóstico anátomo-patológico: carcinoma do tipo encefaloide ».

Trata-se portanto de um caso atípico de cancro da cabeça do pâncreas, numa doente de 31 anos, que, por ser atípico, não cabe dentro dos moldes clássicos, mas que nem por isso é facilmente acomodável dentro das classificações de Gosset ou de Bouchut e Ravault.

De facto, não podemos dizer que se trata dum daqueles *cancros superficiais de desenvolvimento anterior* que formam na classificação de Gosset o primeiro grupo, pois aqui a dor foi contemporânea do tumor, não podendo deixar de ser uma consequência daquele e de natureza solar. Também este caso não cabe dentro da classificação de Bouchut e Ravault, no grupo das *formas ictéricas de começo anormal*, que foi feito para aqueles casos em que a icterícia aparece tardiamente, ou em que este sintoma admite remissões, ou ainda é de molde a confundir-se com um síndrome vesicular, por exemplo com a litíase. Urge portanto, a nosso ver, aumentar este grupo, dar-lhe maior amplitude, colocando nêlo as *formas de síndrome ictérico de aparecimento anormal ou ausente*, e assim já o nosso caso e o de Landau terão um nicho onde meter-se.

Num e noutro a icterícia viria a aparecer se a morte tivesse demorado mais, e podia até ser independente de qualquer compressão e tão somente traduzir um grau avançado de insuficiência hepática, esboçada na nossa doente através do excesso de urobilinúria.

A doente de que nos ocupamos teve alta em 16-3-1929; faleceu passado um mês, tendo-se pronunciado a astenia e man-

tendo-se a dor e os restantes sintomas, inclusivè a côr natural da pele.

É de notar a policitémia que existia no caso de Landau e a ortocitémia do nosso caso, tratando-se de neoplasma tão maligno. De resto também na nossa doente não há um quadro nítido de dispepsia pancreática; muito longe disso; os resíduos alimentares que aparecem nas fezes pouco representam, se nos lembrarmos que o circuito digestivo se fêz em 13 horas.

¿ Qual a evolução dêste tumor ?

Há na história da doente um passado dispéptico difícil de interpretar, talvez em relação com fenómenos espasmódicos que nada tem certamente que ver com esta afecção.

Em Abril de 1928 há um recrudescimento dêste estado dispéptico, sendo os vômitos diários e o certo é que em 20 de Novembro, começam já os fenómenos dolorosos, de sede lombar, sobretudo à direita, que não têm as características do *drama pancreático* (Dieulafoy) mas são em todo o caso de carácter solar.

Menos dum mês depois, a doente palpa o tumor que a leva a consultar cirurgiões. Tendo falecido nos fins de Abril, poderemos dizer que êste cancro teve uma evolução de 5 a 7 meses, o que está de harmonia com a duração marcada por todos os autores, harmonizando-se também com a malignidade dêste caso traduzida pelo exame anátomo-patológico.

Conclusões

I—A obstrução do canal de Wirzung não condiciona por si retenção pancreática, desde que o canal de Santorini possa exercer a sua importante função derivativa.

II—Quando numa tubagem duodenal seguida de prova de Meltzer-Lyon não conseguirmos diferenciar as três bilis, A, B e C, mas o líquido extraído fôr rico em lipase, não devemos *rigorosamente* concluir « apenas » por obstrução do colédoco; pode de facto o obstáculo existir ao nível da empola de Vater.

III—Se todos os emunctórios procuram desembaraçar-se dos produtos biliares retidos, quando duma icterícia, se por esta forma chegam constantemente ao intestino os sais biliares, expulsos com os produtos de elaboração das glândulas digestivas, como explicar nestes casos a falta das *hemocónias*?



IV — Há formas anormais de cancro da cabeça do pâncreas sem o síndrome icterico de Bard e Pic, que não cabem no 1.º grupo da classificação de Gosset porque tomam a cabeça do órgão no todo ou em grande parte, respeitando caprichosamente os canais biliares.

V — Estes e outros casos de cancro da cabeça do pâncreas, de *síndrome icterico anormal ou ausente*, devem fazer parte do 2.º grupo da classificação de Bouchut e Ravault, que fica assim com maior amplitude.

VI — Nestes tumores e em muitos outros, o exame radioscópico pode ser de grande valia pelas manobras de dissociação de sombras, realizadas sob o controle do écran.

Pelo contrário, a radiografia, só por si, pode induzir-nos a erros disparatados por compressões exercidas sobre as vísceras próximas, provocando falsas imagens (lacunas, sobreposições, etc.) e alterando a disposição normal dos órgãos.

VII — É de notar o emagrecimento rápido nos câncros da cabeça do pâncreas, compatível por vezes com uma fórmula leucocitária banal, como no nosso caso, ou até com um grau notável de policitemia, como no doente de Landau.

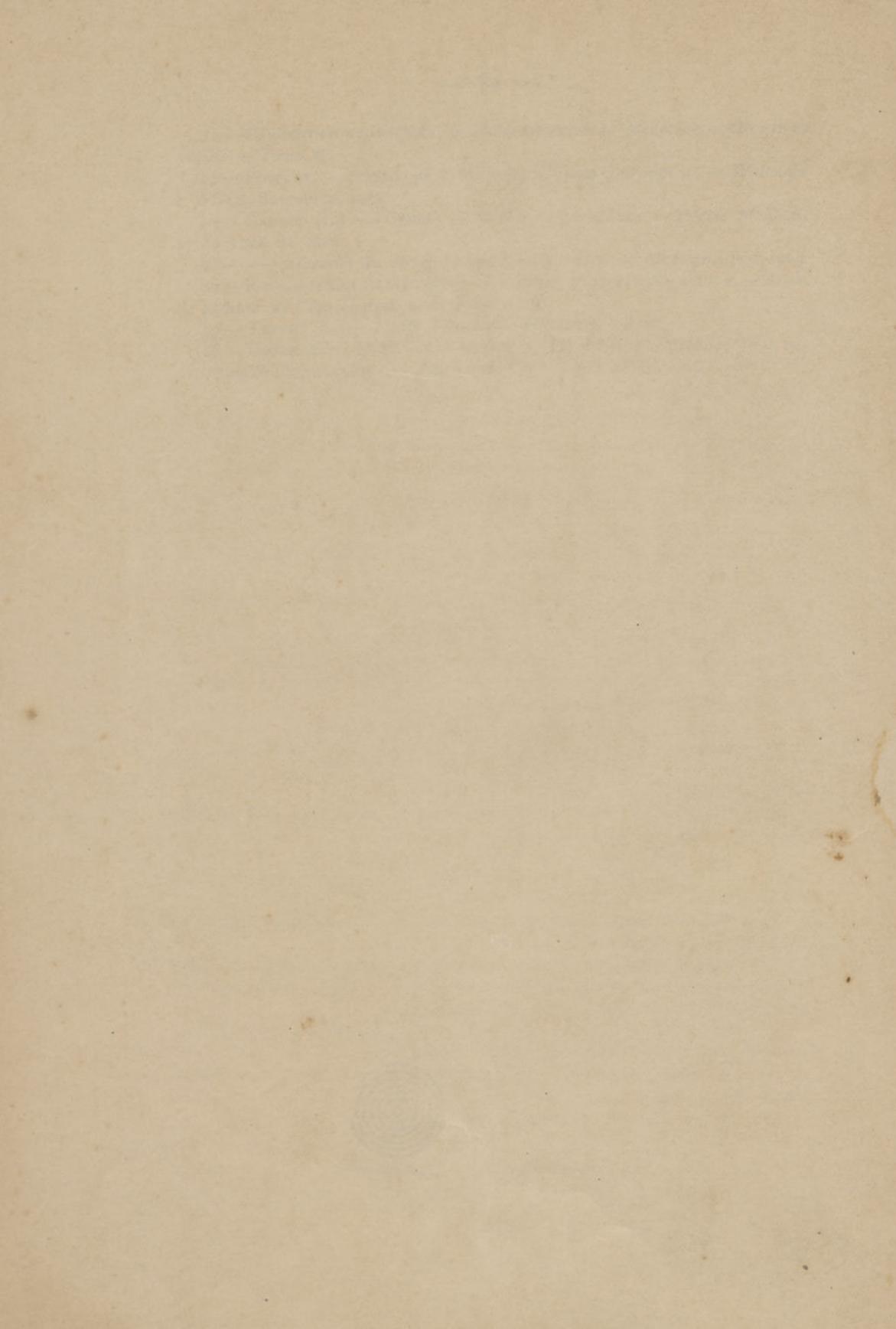


BIBLIOGRAFIA

- 1 — BARD (L.) ET ADRIEN PIC. — «Cancer primitif du Pancréas». — *Revue de Médecine*, 1888, pág. 257 e 363.
- 2 — BACALHAU (J.) — «Dois casos de quisto verdadeiro do pâncreas». — *Arquivo das Clinicas Cirúrgicas*, tòm. 1, Coimbra, 1928.
- 3 — BICKEL (G.) S. KATZENELBOGEN ET MOZER. — «Le syndrome pancréatico-aortique». — *Arch. des Mal. de l'Ap. Digest*, 1927.
- 4 — BOUCHUT E RAVALT. — «Les formes anormales du cancer du pâncreas». — *Revue de Medecine*, 1927, n.º 4.
- 5 — CARNOT (P.) ET E. LIBERT. — «Cancer du corps du pâncreas». — *Paris Medical*, 15-V-1926. pág. 479.
- 6 — CHAUFFARD (A.) — «Le cancer du corps du pâncreas». — *Bull. de l'Acad. de Med.*, 1908, pág. 242.
- 7 — CHAVANNAZ ET GUYCT. — *Maladies du pâncreas de la rate e du mé-sentère*, 1913.
- 8 — CHIRAY ET LEBON. — «Le tubage duodenal». — *Med. et Chir Prat*, 1924.
- 9 — — «Les insuffisances pancreatiques». — *Med. et Chir.* 1926.
- 10 — COSTA (M. J.) — «Tubagem duodenal segnndo a prova de Meltzer-Lyon». — *Lisboa Médica*, 1929, n.ºs 9 e 10.
- 11 — DAMADE (R.) — *Études sur le tubage duodénal*, 1926.
- 12 — EINHORN (M.) — *Le tube duodenal.* — (Traduit par Monod), 1925.
- 13 — ENRIQUEZ ET GASTON DURAND. — «Les ulcères de l'estomac et du duodenum». — *Med. et Chir. Prat.* 1924.
- 14 — FAROY (M.) — «Maladies du pâncreas». — *Traité de Path. Med. et Thér. Appliquée. (Sergent) Tome XII*, 1923.
- 15 — GASTON DURAND — «L'examen fonctionnel du pâncreas par le dosage de l'amylase dans les feces». — *Arch. des Malad. de l'Ap. Digest. Tome XV*, 1925.
- 16 — GOSSET. — *Précis de Pathol. Chirurg. (Tixier) Tome III*, 1924.
- 17 — GUTMANN (RENÉ A.) — «L'examen fonctionnel de la secretion externe du pâncreas». — *Monde Med.*, 1922.
- 18 — LANDAU, JOCKWEDS ET PEKIEIS. — «Un cas de cancer de la tête du pâncreas évoluant avec stenose duodénale sans ictère, ni selles graisseuses». — *Arch. des Malad. de l'Ap. Digest.* 1928, *Tome XVIII*.
- 19 — MACAIGNE ET NICAUD — «Forme duodénale du cancer du pâncreas»... — *Arch. des Malad. de l'Ap. Digest*, 1927. *Tome XVII*.
- 20 — MAGANO (FERNANDO). — *Apontamentos sôbre a prova de Meltzer — Lyon, Pôrto*, 1929.
- 21 — MONDE MEDICAL, 1925. — *Actualités*, pág. 384.

- 22 — PARMENTIER ET CHABBOL. — *Nouveau traité de Médecine.* — (Roger et Vidal). — Tome XV.
- 23 — POPPERT. — *Tratado de Patologia y Clinica Quirurgicas.* — Wullstein e Wilms, Barcelona, 1914.
- 24 — RAMOND (L.) — « Cancer de la tête du pancréas ». — *Presse Medical*, 27 de Abril de 1929.
- 25 — — « Cancer du corps du pancréas ». — *Presse Medicale*, 11-5-1929.
- 26 — RIESS. — « Constations dans la nécrose pancréatique aigüe ». — *Arch. de Malad. de l'Ap. Digest.* 1928. Tome XVIII.
- 27 — TESTUT (L.) — *Traité d'Anatomie Humaine*, vol. IV.
- 28 — UNGER (E.) E H. HEUSS. — Berlin. — « Du diagnostic précoce de la nécrose aigüe du pancréas ». — *Journal de Chir.* Tome XXVIII, 1926.







RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329666438

