

Dr. Tomé de Lacerda

Doenças do Aparelho Digestivo

**Doenças**  
do **Estômago**  
e seu **Tratamento**

(II PARTE)

Sociedade Nacional de Tipografia

1936

DO MESMO AUTOR :

**As últimas doenças do Marquês de Pombal**  
(Tese inaugural — 1915).

**Artigos dispersos:** *Diagnóstico da obstrução tubária — Tratamentos específicos da tuberculose — Tratamento da anemia perniciosa — Angor pectoris — Tratamento da paralisia espinal infantil — A transfusão de sangue — Águas medicinais portuguesas — Um novo tipo de seringa para tratamento das hemorroidas, etc., etc.*

**Actualidades e Utilidades Médicas:**

1927 — 200 páginas.

1928 — 328 »

1929 — 354 »

**A Alimentação dos Dispépticos:**

1931 — 220 páginas.

**Conselhos aos Hemorroidários:**

1933 — 1.<sup>a</sup> edição (esgotada).

1935 — 2.<sup>a</sup> edição.

**Prisão de Ventre e seu Tratamento:**

1934 — 51 páginas.

**Doenças do Estômago e seu Tratamento:**

1935 — I Parte — 48 páginas.

Sala A  
Est. 10  
Tab. 7  
N.º 53

INV. - Nº 2130

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

# DOENÇAS DO ESTÔMAGO E SEU TRATAMENTO

PELO

Dr. TOMÉ DE LACERDA

(II PARTE)

====



RC  
MNC  
616  
LAC

1936

Comp. e Imp. na Soc. Nac. de Tipografia

— RUA DO SÉCULO, 59 —

LISBOA



Como prometêramos, vimos hoje apresentar o complemento das noções sôbre o tratamento das doenças do estômago, expendidas no terceiro volume desta pequena colecção.

Ali nós traçámos as linhas gerais, os principios basilares, sôbre que devem assenter tanto a profilaxia e higiene como o tratamento dietético das queixas gástricas. No presente opúsculo levamos mais longe essas noções, entrando em pormenores de espécie não só no que se refere a certos elementos do diagnóstico, mas ainda no que respeita à orientação dietética e ao emprêgo de medicamentos nas doenças em questão.

Uns e outros se conjugam e completam, constituindo na sua totalidade um conjunto de noções que bem analizadas e compreendidas, muito podem aproveitar aos que sofrem do estômago,





## NOÇÕES PRELIMINARES

---

Antes de entrarmos na parte especial do tratamento das doenças do estômago, convém que resumamos e ampliemos as noções esboçadas no primeiro capítulo do volume desta colecção anteriormente publicado sobre o assunto, tanto mais que isso implica numa melhor compreensão do que no capítulo seguinte vamos expor.

Se bem se lembram, lá dissemos que o estômago desempenha duas funções: uma, a função secretória em virtude da qual aquele órgão lança por intermédio do seu revestimento interno — a mucosa gástrica — um líquido — o suco gástrico — sobre os alimentos chegados ao seu seio, líquido que contendo ácido clorídrico pepsina a lab fermento, é destinado a proceder aos primeiros fenómenos da digestão daqueles; uma outra, a função motora, desempenhada pela camada muscular que entra na contextura das paredes do estômago e que tem por fim imprimir aos alimentos, determinados movimentos que facilitem uma boa impregnação destes pelo suco gástrico enquanto elles permanecem no seu seio, e encaminha-los depois para o intestino logo que o seu grau de digestão a isso os torne aptos.

A êstes pormenores acrescentaremos agora, que o suco gástrico é destinado a efectuar apenas os primeiros trabalhos da digestão das substâncias albuminoidas e das gorduras, embora durante a sua permanência no estômago, os hidratos de carbono comecem também a sofrer já os primeiros fenómenos da digestão, mas isto à custa apenas dum fermento especial — a ptialina—existente na saliva deglutida com os alimentos.

E' sobretudo no ulterior trajecto ao longo do intestino delgado, onde encontram também fermentos especiais, que as substâncias alimentares já assim transformadas, sofrem o trabalho complementar da sua digestão que as torna aptas a serem absorvidas pelas paredes do intestino, e a entrar depois na intimidade do nosso organismo, onde vão alimentar as combustões necessárias ao seu funcionamento, e reparar desgastes por êste causadas.

Lá dissémos também, que é sôbre as alterações das duas funções do estômago que sobretudo assenta o estudo da patologia gástrica, por ser principalmente pelo modo por que elas se executam, que tem que se orientar o tratamento das queixas do estômago. E foi assim que apontámos a hipersecreção, a hipercloridria, a hiposecreção, a hipocloridria, a anacidez, a hiperquinésia e a hipoquinésia, como alterações funcionais de que pôde ser atingido o estômago, acrescentando nessa altura, que se a estas adicionássemos os estados inflamatórios agudos ou crónicos do órgão em questão (gastrites agudas, gastrites crónicas), a sífilis, o cancro e as perturbações de ordem nervosa (alterações da tonicidade, desequilíbrio do sistema nervoso que preside



às funções digestivas etc.) poderiam julgar-se enumeradas na sua quási totalidade, as situações mórbidas de que pode ser atingido o estômago.

Isto tanto quanto nos é permitido esquematizar o assunto para sua melhor compreensão, porque de verdade, a patologia gástrica é muito mais complexa do que aqui a apresentamos. Para o demonstrar, basta que lembremos que as perturbações funcionais do estômago acima apontadas, podem provir tanto de alterações existindo exclusivamente neste órgão, como de estados anormais de outros órgãos e de que aquelas são apenas o reflexo — o estômago é um órgão de esquesita e complexa sensibilidade que o coloca à mercê das excitações as mais diversas, partidas de qualquer região do organismo seja ela a mais longínqua.

Por outro lado lembraremos ainda a tal respeito, que dentro das perturbações gástricas provenientes de alterações passadas no próprio estômago, a clínica pode oferecer-nos tanto os tipos isolados acima apontados, como combinações dêstes coexistindo num mesmo doente. E' assim que é muito freqüente encontrar associada à hipersecreção uma motilidade exaltada, ou inversamente, esta última em estado de deficiência aliada a uma secreção também diminuida. Em qualquer dêstes estados há que atender ainda à tonicidade da camada muscular do estômago, que em vez de normal, pode apresentar-se do mesmo modo diminuida ou exaltada.

Como é fácil depreender de tudo isto, para o completo esclarecimento de cada caso torna-se indispen-

sável com freqüência proceder ao exame do suco gástrico e mesmo das fezes, e recorrer à radiologia; é mesmo esta última a que maior luz poderá lançar não só sobre a compleição anatômica do órgão em questão, mas ainda sobre pormenores da sua função motora e do estado da mucosa gástrica. Maiores detalhes sobre esta última podem ser-nos hoje fornecidos por um novo processo de investigação — a gastroscopia — em virtude da qual nos é permitido observar directamente por meio de instrumento especial, o estado do revestimento interno do estômago. Qualquer dêstes meios de investigação, bem como a interpretação dos seus resultados, estão porém fora do alcance das pessoas leigas em assuntos médicos. Impossibilitado pois de os utilizar, vejamos quais os elementos de que se pode valer o doente, para que possa fazer uma idea aproximada da feição do seu mal e chegar ao objectivo desejado — o modo de o tratar.

Antes de mais nada, é preciso eliminar em todos os casos duas causas que por muito vulgares, podem constituir o motivo único de queixas gástricas; uma, a alimentação desregrada ou mal orientada; outra, a prisão de ventre.

E por alimentação desregrada não se entenda apenas o que diz respeito a qualidade e quantidade; as horas das refeições têm também importância capital.

Em vez porém de discriminarmos aqui o que se deva entender por desregramentos alimentares, e depois do que ficou dito no capítulo de Higiene e Profilaxia da primeira parte dêste trabalho, achamos preferível apon-

tar a orientação alimentar que se deve tomar como base normal.

*Pequeno almoço.* — A hora e o volume desta refeição dependerão da hora do levantar e da do almoço.

A base desta refeição deve ser constituída pelo clássico café ou chá com leite, e pão ou torradas com manteiga, entendendo aqui por café, não o verdadeiro café, mas sim a infusão duma mistura que já de há muito aconselhamos por agradável ao paladar e inofensiva aos doentes. (1)

Para os indivíduos acostumados a levantarem-se cedo e a almoçar tarde, será preferível fazer entrar no pequeno almoço um ou dois ovos quentes que, com o pão a manteiga e o café com leite, constituem uma refeição de valor alimentar bastante apreciável. E não se diga, como é frequente ouvir, que os ovos *sujam* o estômago e fazem mal ao fígado e aos intestinos. Cada um digere o que as suas possibilidades digestivas lho permitem, e uma vez que os alimentos não provoquem perturbações mais ou menos imediatas que se possam classificar de causa para efeito, e que para êles não haja uma contra-indicação de ordem especial que não digestiva, nós não temos que nos preocupar com o futuro destino por êles levado após a sua digestão. Há, é certo, doentes do estômago e dos intestinos que não suportam os ovos, mas êsses, no geral, já o sabem de ante-mão por lho ter sobejamente demonstrado a experiência. Quanto aos malefícios que os

---

(1) Cevada torrada e moída — duas partes; chicória — uma parte; café — uma parte.



ovos possam causar ao fígado, êsse é assunto ainda não completamente esclarecido. Há, é certo, uma contra-indicação formal de tal alimento nas cirroses e duma maneira geral em todos os casos de insuficiência hepática. Na litíase biliar porém, se essa contra-indicação existe em alguns casos (e nestes, os doentes sentem-se realmente mal com os ovos), não é pelas perturbações que estes vão produzir directamente sobre o fígado, que isso ainda o não está demonstrado. É que nestes casos, à litíase biliar está aliada um grande número de vezes uma deficiência da secreção gástrica e em tais circunstâncias, os ovos vão realmente agravar mais esta última, pois que como tivemos ocasião de ver, estes actuam como moderadores daquela função do estômago.

*Almôço (das 12 para as 13 horas)* — Esta refeição poderá, segundo os hábitos da pessoa, ser ou não iniciada por um prato de sopa de hortaliça finamente migada (caldo verde, sopa juliana) ou de preferência reduzida a puré, ou caldo simples de carne com um pouco de massa fina ou de arroz; como segundos pratos, peixe cosido ou grelhado, carneiro assado simples, galinha cosida ou corada, picados de carne ou de peixe, arroz de manteiga, de hortaliça, de carne ou de peixe, tudo sem refugados ou condimentos irritantes, ovos mexidos moles ou em omelete mal passada, batatas cozidas ou em puré (nunca fritas). Como sobremesa, doces recentemente preparados sem quantidade excessiva de manteiga ou de ovos, frutas de preferência assadas ou cozidas, em compota ou marmelada. Como bebidas, água simples, chá da Índia fraco, de ci-



dreira, de tília ou de macela, ou o café atrás mencionado.

*Lanche (nunca antes de quatro e meia a cinco horas após o fim do almoço, e ainda assim só quando houver franca sensação de apetite).* — Chá da India fraco com torradas ou bôlos secos. Nunca comer porém demasiado a esta refeição, tendo sempre em mira a hora de jantar, para não prejudicar o apetite para esta refeição.

*Jantar (cêrca das 20 horas)* — Mais ou menos do mesmo tipo do almoço.

*Deitar* — Das 23 para as 24 horas; só às pessoas que costumem deitar-se mais tarde, poderá permitir-se uma pequena colação do tipo do lanche, mas só quando sintam realmente necessidade de comer.

E' dentro dêstes moldes tanto em qualidade como em horário, que todo aquele que não tenha as suas funções digestivas bem afinadas, deve orientar a alimentação, porque, repetimos, os desregramentos alimentares só por si, podem constituir causa única de perturbações não só do estômago mas mesmo do intestino.

Pelo que diz respeito à prisão de ventre, a outra muito freqüente causa de perturbações dispépticas, dela não nos ocuparemos aqui, visto já lhe termos consagrado um trabalho especial que constituiu o II volume da presente colecção. (1) Sôbre tal assunto não deixaremos de lembrar no entanto, que não é com o uso sistemá-

---

(1) Tomé de Lacerda — *Prisão de Ventre e seu Tratamento.*

tico de qualquer substância purgativa ou especialidade farmacêutica escolhida a êsmo, que duma maneira geral se resolve a prisão de ventre, porque esta pode revestir vários tipos, e cada um dêstes exige tratamento especial.

Averiguado que os desregramentos alimentares e a prisão de ventre não intervêm na gênese das queixas gástricas em causa, vejamos então como em tais circunstâncias o doente poderá chegar a uma conclusão mais ou menos próxima da verdade, e orientar por ela a conduta a seguir no tratamento do seu mal.

Para isso porém, é preciso que procedamos a uma análise ainda que sumária dos principais sintomas que a patologia gástrica nos fornece. Não nos prendamos porém com pormenores sem significação prática, com sintomas vagos, imprecisos e mais ou menos fantasiosos; para o caso, devem apenas merecer-nos atenção aqueles que constituem realmente elementos de pêso na diagnose das doenças do estômago. E são êles: a dôr, o vômito e a azia, a esta última podendo estar associadas ou não, as regorgitaçãoes ácidas e a pirose; acessòriamente há que averiguar ainda como pormenor de importância, a existência de pêso ou enfartamento gástricos após as refeições acompanhadas ou não de prostração e afogoeamento da face, e sono, bem como o estado do apetite e o tempo que duram as digestões.

Começemos pelas *dôres*.

Um estômago que doi nem sempre possui em si a causa de tal queixa; muitas vezes êle sofre pelo que se passa em outros órgãos, em especial o apêndice, o

figado ou o intestino. Em tais circunstâncias porém, falta quasi sempre a persistência e a relação mais ou menos intima com as refeições — são dôres que se manifestam esporádica e inopinadamente, cuja duração não vai além de algumas horas ou quando muito de um, dois ou três dias, ou não mostram qualquer interdependência com as refeições. Além disto, as dôres do estômago têm aqui uma certa continuidade entre-cortada ou não por crises paroxísticas e não são influenciadas pelo repouso na cama ou pela ingestão de líquidos, e nem os próprios vômitos lhe põem termo.

Pelo contrário as verdadeiras dôres de estômago, aquelas que têm realmente uma origem essencialmente gástrica, aparecem mais ou menos todos os dias durante um período mais ou menos longo, estão em geral relacionadas com as refeições — manifestam-se pouco ou muito tempo após estas, e são acalmadas pelo repouso, pela ingestão dum líquido alcalino, ou cessam com os vômitos.

Sob o ponto de vista de diagnóstico, das dôres de natureza gástrica o que nos importa conhecer é o momento em que elas se manifestam em relação às refeições. Para isso são elas classificadas em dôres imediatas, dôres precoces e dôres tardias, conforme aparecem logo em seguida às refeições, meia ou uma hora aproximadamente após estas, ou só passadas duas ou mais horas. Vejamos alguns pormenores sobre cada uma destas três categorias.

*Dôres imediatas* — Raramente correspondem a uma doença do estômago (excepcionalmente gástrite aguda, úlcera justa-cárdica) e antes representam um



estado de nevropatia (histeria, neurastenia) ou uma manifestação gástrica de ordem reflexa, provindo de qualquer situação normal que noutros órgãos se esteja passando — intestino (ptose em especial), apêndice, vias biliares ou rim.

*Dôres precoces* (às vezes apenas sensação de pêso, enfartamento, opressão.) — Aparecem apròximadamente passada meia ou o máximo uma hora após as refeições, e a sua intensidade é proporcional à quantidade dos alimentos e sobretudo à quantidade dos líquidos ingeridos. Além disto, neste tipo de dôres, estas atingem o seu máximo de intensidade ao fim de pouco tempo, para depois decrescerem gradualmente até se extinguirem; a posição horisontal favorece também a sua extinção. Estômagos que assim se manifestam são quási sempre estômagos átonos, ptosados e com certa freqüência hiposecretorios, que exigem a posição horisontal para poderem levar a bom termo o seu trabalho digestivo. E' por isto que os dispépticos incluídos nesta categoria, passam sempre mal de dia; as noites dormem-nas êles como justos — um pouco ao contrário do que sucede em geral com os ulcerados do estômago e certos hepáticos (litiásicos e colecistíticos) que são apoquentados pelas dôres tanto dia como de noite, ou mesmo mais afinadamente de noite.

*Dores tardias* — Como o seu nome indica, são dôres que começam a manifestar-se duas ou mais horas após as refeições, embora em certos casos possam ter comêço mais precoce; uma característica porém as destingue — é que a sua intensidade vai aumentando



gradualmente até atingir o seu máximo a grande distância das refeições.

Estas dôres correspondem quasi sempre a uma dificuldade de trânsito dos alimentos através do piloro, quer por simples apêto espasmódico dêste (consequência de hipercloridria ou de úlcera) quer por apêto orgânico definitivamente constituído (cicatriz de úlcera antiga, cancro) ou enfim por aderências originadas por qualquer situação inflamatória passada na visícula biliar ou no duodeno, e que tenham desviado a região piloro-duodenal para uma posição viciosa, de modo a dificultar o trânsito dos alimentos.

Numa palavra: as dôres tardias correspondem a estômagos que têm dificuldade em vasar para o intestino os seus produtos de digestão, ou que nunca chegam mesmo a esvasiar-se por completo, resultando daí ficar de refeição para refeição uma certa quantidade de resíduos alimentares (*estase gástrica*).

Nos doentes que assim se queixam, aparecem com frequência os vômitos alimentares bastante ácidos, mais ou menos abundantes segundo o grau da dificuldade pilórica, os quais lhes proporcionam um grande alívio pondo termo às suas dôres. Em certos casos (hipercloridria, úlcera) êste alívio pôde ser-lhes proporcionado pela ingestão de qualquer substância alimentar, ou melhor ainda duma solução alcalina (de bicarbonato de sódio ou de outro qualquer sal análogo).

Quando o apêto pilórico é muito pronunciado (cicatriz extenso de úlcera, cancro, mais raramente apêto espasmódico) a dôr exacerba-se com frequência em seguida a cada refeição, e o doente tem por vezes

vômitos excessivamente abundantes onde se podem reconhecer detritos de alimentos ingeridos um ou mais dias antes.

Nem sempre porém as dôres do estômago apresentam uma relação tão estreita com a hora das refeições; há mesmo dôres cuja característica é o manifestarem-se indistintamente antes e depois das refeições, a muito ou pouca distância destas. São aquelas a que podemos chamar *dôres de começo variável*, cuja significação é pouco precisa, embora em certos casos estejam ligadas a uma nevropatia (histeria neurastenia) ou a um ptose quer do estômago só, quer, como frequentemente acontece, associada à ptose do intestino ou de outros órgãos (rim direito em especial).

Um outro sintoma que reveste importância capital em patologia gástrica, é o *vômito*. Antes porém de entrar na discriminação dêste, é preciso que assentemos em que consiste tal sintoma, embora para muitos isso pareça supérfluo. E' que realmente há quem confunda o vômito, umas vezes com a regurgitação e outras com o mericismo. Para êstes pois, aqui fica a destrinça.

Tanto o vômito como a regortição e o mericismo, são provenientes de contracções tendentes a fazer expulsar pela bôca no todo ou em parte, o conteúdo do estômago. O vômito porém, ao contrário da regorgitação e do mericismo, é precedido de nausea ou de dôr ou simultâneamente das duas; a regorgitação consiste na vinda à bôca duma certa quantidade de líquido ácido ou não, sem que para isso seja preciso fazer qualquer esforço, tal como sucederia por exemplo com

uma eructação; finalmente o mericismo difere da regurgitação, em que em vez de líquido, vem à bôca substâncias alimentares em pequena quantidade, pouco tempo após a sua ingestão e portanto ainda pouco ou nada modificadas.

E já que estamos com a *mão na massa*, lembraremos ainda, quanto à origem de líquidos que à bôca podem assômar, que é preciso não confundir o líquido das regurgitações ou de certos vômitos aquosos, com a quantidade exagerada de saliva que se produz em certos estados dispépticos (sobretudo na hipercloridria) e a que se dá o nome de *sialorreia*.

Ainda com respeito ao vômito, convêm lembrar que êste, longe de ser sempre representativo de sofrimento gástrico, pode constituir apenas sintoma de perturbações de ordem geral ou localizadas noutros órgãos.

Neste momento porém, interessa-nos conhecer apenas os vômitos de origem puramente gástrica, e saber distingui-los dos de qualquer outra origem. Esta nem sempre é tarefa fácil, e muito menos para as pessoas leigas nestes assuntos; no entanto nós lembraremos a tal respeito, que duma maneira geral, o vômito de origem gástrica é precedido quasi sempre de dôres no estômago acompanhadas ou não de náusea, e alivia sempre o doente pondo termo áquelas. Além disto, os vômitos de tal natureza, cessam uma vez evacuado o estômago dos alimentos que lá existam, e nunca se manifestam com grande frequência, tanto no dia em que aparecem, como nos dias em que se repetem — ao contrário do que sucede com as dôres,



que quando de origem puramente gástrica, são mais constantes nas suas manifestações, sucedendo-se mais ou menos em dias sucessivos, embora em certos casos se possam estabelecer períodos de acalmia mais ou menos longos.

Pelo contrário, os vômitos quando precedidos de náuseas, embora possam ser por vezes de origem gástrica (por exemplo na vulgar indigestão) provêm no geral duma causa estranha ao estômago (estados de intoxicação aguda ou crónica, apendicite crónica, doenças dos intestinos e do fígado, doenças infecciosas agudas etc. etc.)

Além de tudo isto, se o doente lançar uma vista retrospectiva sôbre o seu passado tanto alimentar como digestivo, poderá concluir em parte se realmente tem ou não razão para atribuir os seus vômitos ao estômago.

Semelhantemente ao que fizemos para as dôres, nós classificaremos os vômitos em precoces e tardios, conforme o momento em que êles se revelam em relação às refeições.

Os *vômitos precoces*, aparecendo pouco tempo após as refeições, são constituídos por alimentos pouco ou nada modificados, com pouca ou nenhuma acidez, e conservando por isso o aspecto e gôsto primitivos. A sua etiologia é muito vária; no entanto lembraremos apenas que quando de origem gástrica, êles correspondem a uma gastrite quási sempre de origem tóxica, aguda ou crónica.

Os *vômitos tardios*, manifestando-se duas ou mais horas após as refeições, são, quando de origem gástrica, constituídos por alimentos já em adiantado



estado de digestão, misturados no geral com líquidos mais ou menos abundantes e de acidez quási sempre exagerada, com cheiro picante, outras vezes cheirando a ovos ou carne podres. Estes são os vômitos correspondentes às dores tardias e, como elas, são sintoma duma dificuldade no trânsito pilórico.

Finalmente não queremos deixar de fazer referência a uma modalidade especial de vômitos — a chamada *pituíta*. Trata-se dum vômito produzindo-se no jejum da manhã, no geral precedido ou acompanhado de tosse e constituído por um líquido mucoso incolor, embora com a persistência dos esforços possa vir depois corado pelo amarelo da bilis. Estes vômitos são sobretudo freqüentes nas gastrites alcoólicas, embora possam aparecer em certas doenças do fígado (litíase) e nas bronquites crônicas de entre as quais destacaremos a dos fumadores.

Da mesma maneira que fizemos ao tratar dos vômitos, e aqui talvez com maior fôrça de razão, é preciso que assentemos primeiro sôbre o que se deve entender por azia e por pirose, sintomas êstes sôbre a significação dos quais se estabelece também com freqüência uma certa confusão.

*Azia* se diz da sensação de azedume do estômago, estado êste que umas vezes provoca a subida à bôca, tal como o faria uma eructação, de um líquido ácido (*regorgitação àcida*), outras, uma sensação de queimor ao longo do esôfago (*pirose*), outras ainda, uma excitação de origem reflexa partida da cárdia em direcção à glote onde provoca a chamada *tosse gástrica*, ou atingindo mesmo as glândulas salivares e

provocando uma secreção exagerada da saliva (*sialorreia*) às vêses tão abundante que basta aos doentes abrirem a boca, para que ela corra em fio.

Daqui convém fixar o seguinte: é que azia, regurgitações ácidas, pirose, tosse gástrica, e sialorreia, quer isoladas quer coexistindo em maior ou menor número num mesmo doente, constituem manifestações de uma de duas circunstâncias: ou dum estômago em que o seu conteúdo atinge ao fim de certo tempo uma acidez excessiva (já por simples hiperacidez do suco gástrico, já por formação exagerada de ácidos de fermentação) e então a azia, como as dores e os vômitos a que está com freqüência ligada, é quási sempre tardia; ou então dum estômago com a mucosa de fácil irritabilidade (por gastrite ou por nevropatia) em que não é preciso que o seu conteúdo atinja êsse excesso de acidez, para que o doente se queixe de azia e nêstes casos, esta manifesta-se precòcemente em relação às refeições.

Portanto: azia e suas manifestações satélites, nem sempre querem dizer excesso de acidez do suco gástrico, embora numa bôa maioria de casos a esta estejam ligadas.

Do resto da sintomatologia gástrica vamos dar apenas uma notícia rápida, salientando unicamente a que tenha realmente algum valôr diagnóstico.

Em primeiro logar colocaremos a sensação de pêso, de enfartamento ou de distensão gástrica, tão freqüente nas doenças do estômago. A esta sensação pode ou não corresponder uma real distensão da cavidade gástrica, e o próprio doente o pode e deve averiguar, me-

dindo o perímetro do tronco na altura do estômago antes e depois das refeições. Quando a última mensuração exceder por uma maneira acentuada a primeira, é porque aquela sensação corresponde de facto a uma distensão do estômago — até certo ponto natural, se a quantidade de alimentos e de líquidos ingeridos tiver sido exagerada; patológica, se ela corresponder a refeições normais ou, como muitas vezes sucede, a refeições mesmo pequenas. Neste último caso, essa distensão do estômago faz-se à custa de gases e constitui a chamada *aerofagia* — capítulo êste da patologia gástrica muito complexo, em pormenores do qual por isso mesmo não entraremos aqui, para não prejudicar uma melhor compreensão do nosso trabalho. Sôbre tal assunto não deixaremos no entanto de fazer saber que a aerofagia, filha quasi sempre da deglutição de ar, pode estar ligada a causas várias de entre as quais destacaremos como mais freqüentes, o comer apressado, a mastigação imperfeita, a excreção exagerada da saliva dependente por sua vez de causas várias tais como os estados inflamatórios da boca, da faringe ou do nariz, as irritações e apertos do esôfago, a hiperacidez e a atonia gástricas, o trabalho intelectual intenso e certos estados de nevropatia. Mais convém saber ainda a tal respeito, que a aerofagia que maiores perturbações pode causar e portanto a que mais importa conhecer, não é aquela que se segue às refeições, e que quasi sempre se resolve por meio de eructações (*aerofagia livre*), mas sim a que se desenvolve no intervalo daquelas e na qual o doente não tem facilidade em expelir o ar que se vai acumulando no estômago (*aero-*



*jagia bloqueada*). Esta sim, que é a que tem importância sobretudo pela sintomatologia alarmante que pode provocar (dôres de localização vária pelo torax, palpitações, angústia, falsa angina do peito, etc.).

Mas, como dissémos, a sensação de pêsso, de distensão gástrica ou de enfartamento, nem sempre corresponde a uma verdadeira dilatação da cavidade gástrica, e tanto que as duas mensurações a que aludimos, não fazem antão diferença muito sensível uma da outra. Em tais casos trata-se apenas duma sensação puramente subjectiva, ligada um grande número de vezes a uma sensibilidade exagerada da mucosa gástrica, freqüente nos indivíduos pletóricos, nas gastrites e em certas dispepsias dependentes da litiase biliar ou de estados de insuficiência hepática.

Em tais circunstâncias não é raro que a esta sensação de enfartamento se associe uma certa congestão da face, uma prostração geral e sôno, que obrigam as pessoas em que isto se passa, a deixar facilmente pender a cabeça logo em seguida às refeições. Quando assim associados, êste conjuncto de sintomas está em parte ligado a perturbações dum dos sistemas nervosos que preside às funções digestivas — o chamado simpático.

Um outro pormenor de certa importância convém indagar também — o estado do *apetite*.

E' preciso porém não confundir do mesmo modo êste, com a sensação de *fraqueza* ou *debilidade* acusada por certos dispépticos na região do estômago pouco tempo após uma refeição normal. Esta sensação não envolve o desejo de ingerir alimentos saborean-

do-os com certo prazer como sucede no apetite franco; constitui pelo contrário apenas uma necessidade por vezes ansiosa de ingerir alimentos sejam eles quais forem, no simples intuito de apagar tão incômoda sensação. Esta, que já alguns etiquetámos de *fome falsa*, não corresponde de facto a uma vacuidade do estômago, mas sim a uma digestão que está decorrendo anormalmente, com frequência com um suco hiperclorídrico.

No que respeita ao verdadeiro apetite, podemos dizer que duma maneira geral nas doenças do estômago êle fraqueja com frequência, chegando mesmo à verdadeira anorexia, sobretudo nas gastrites (em especial a alcoólica) nas situações com trânsito pilórico difícil e no cancro.

Pode dizer-se que só numa situação gástrica o apetite se conserva bom ou é mesmo exagerado — é na hipercloridria associada ou não à úlcera gástrica.

Finalmente um outro pormenor convém ainda indagar: o *tempo que duram as digestões*, embora a sua significação nem sempre tenha um real valor prático — estômagos há que digerem depressa e nem por isso deixam de ser doentes, ao passo que outros levam bem longe o seu período digestivo, e não possuem em si a verdadeira causa dum tal efeito.

Significação especial têm no entanto as digestões muito prolongadas coexistindo com dôres gástricas complicadas ou não de vômitos alimentares. Em tais circunstâncias podemos pôr sobretudo três hipóteses: dilatação atónica ou ptose, úlcera e cancro. No primeiro caso as dôres são do tipo precóce ou variável e os doentes, ao contrário do que lhes sucede de dia,

passam sempre bem as noites, o que não acontece na úlcera e no cancro. Nêstes, as dôres quási sempre do tipo tardio, a evolução longa com períodos de acalmia, a conservação dum aceitável estado geral e do apetite e a prisão de ventre, far-nos-ão inclinar para a úlcera e afastar portanto a idéa do cancro; êste em certos casos de comêço inopinado (às vezes numa pessoa até af de ótima saúde) e sem necessidade duma evolução muito longa, atinge fundamente o apetite e leva longe os seus efeitos destruídores, fazendo entrar mais ou menos ràpidamente em ruina o estado geral do doente

Feita assim uma breve análise dos principais sintomas, daqueles que têm realmente importância prática em patologia gástrica, o problema do diagnóstico nem por isso se apresentará sempre de fácil solução. Não deixamos mesmo de acreditar que será sempre difícil e às vezes mesmo impossivel ao doente, perceber em qual dos tipos de dispepsia deve incluir o seu caso. No entanto, com uma paciente e inteligente análise dos sintomas atrás discriminados, e com o que a prática lhe tenha ensinado (e todo o dispético conhece de antemão pelo menos certos alimentos que lhe são prejudiciais), poderá êle chegar, não diremos a um diagnóstico de precisão, mas pelo menos a fazer uma idéa que dêste mais ou menos se aproxime, e que lhe permita estabelecer uma orientação dietética e mesmo medicamentosa que mais se ajustem às suas queixas.

Para os casos duvidosos (e o doente deve desconfiar sempre do seu diagnóstico...) antes de se entrar numa dieta definitiva, achamos preferível começar como aconselha Boas, por estabelecer uma dieta sim-



ples, constituída por alimentos líquidos ou reduzidos a puré. A partir desta dieta, que deverá ser seguida durante alguns dias, o doente ir-lhe-á introduzindo a pouco e pouco os alimentos que não só a sua experiência mas ainda o tipo das suas queixas mais aconselhem, servindo-lhe para isso de guia a tabela publicada na primeira parte dêste trabalho (págs. 32 e 33), onde classificámos os alimentos em dois grupos, apontando os que são capazes de excitar ou de moderar a função secretória do estômago.

Já não lhe será tão fácil se porventura quizer actuar por meio de alimentação sôbre as perturbações da função motora. Esta, quando exaltada, indirectamente lá poderá chegar-se num grande número de vezes é certo, empregando uma alimentação sedativa da secreção gástrica, visto que o excesso desta é com freqüência a causa da exaltação daquela. Outro tanto não poderá conseguir-se, quando o estômago apresente uma motilidade deficiente. É certo que para tais circunstâncias a orientação dietética representa ainda um factor de grande importância, mas nunca de efeitos tão directos como os que por tal meio se conseguem alcançar ao tratar da secreção gástrica; sob o ponto de vista dietético, aqui, temos mais que nos amoldar às condições existentes, do que procurar modificá-las.

Por outro lado, lembraremos que ainda sob o ponto de vista dietético, um princípio se deve ter sempre em mente: é que abstracção feita para as crises de hipercloridria a que esteja associada ou não a úlcera, e para o cancro, nunca a alimentação dum dispéptico estará

certa, enquanto não fôr tão variada quanto lho permitam as suas possibilidades digestivas.

Finalmente, a um outro ponto deve atender todo o doente do estômago — normalizar tanto quanto possível o seu estado de nutrição, sobretudo quando êste seja precário.

Tais são em suma os elementos de que os doentes em questão devem valer-se para pôr em equação o problema que constitui o seu caso, e procurar o caminho por que orientar a solução dêste. Todas as regras de tratamento até aqui expostas e bem assim as que a estas se vão seguir, cairão porêm um pouco em cesto rôto, se não forem acompanhadas dos preceitos de higiene referidos na primeira parte dêste trabalho.

## TRATAMENTO

### (PARTE ESPECIAL)

Como já tivemos ocasião de dizer, nas suas manifestações patológicas, o estômago pode estar atingido quer por estados inflamatórios agudos ou crónicos do seu revestimento interno, quer por perturbações da sua função secretória, motora, da sua tonicidade ou inervação, quer enfim por alterações orgânicas da sua contextura. Assim pois, como orientação a seguir no presente capítulo, nós começaremos por nos referir às gastrites agudas e crónicas, seguindo-se-lhes depois as perturbações da secreção (hiperclorídria e sua frequente complicação a úlcera, hipocloridria e anacloridria) e da tonicidade gástricas (dilatação atónica, ptose) e o cancro.

Das alterações da motilidade (hiperquinésia quando exaltada, hipoquinésia se deficiente) falaremos apenas acidentalmente ao tratar de cada um dos estados mórbidos acima apontados, visto que aquelas não existem em estado isolado, e antes fazem parte apenas da sintomatologia destes.

Do que resta da patologia gástrica só ao médico interessa, porque só êle está apto a resolver os pro-



blemas que nessa parte se podem apresentar, e por isso não lhe faremos referência.

### **Gastrite aguda**

Como se pode depreender de tal denominação, a gastrite aguda é uma doença accidental, esporádica, que pode ter a explica-la causas várias: excessos alimentares tanto em quantidade como em qualidade, abuso de bebidas alcóolicas, ingestão de alimentos em mau estado ou de substâncias cáusticas ou tóxicas.

Os sintomas por que ela se manifesta dependem em parte da causa que lhe deu origem; no entanto são considerados como mais frequentes, a anorexia que pode chegar à repugnância pelos alimentos, as náuseas e os vômitos, a que raro não estão associados as dores de estômago, a cefaleia e má disposição geral. Quando os produtos causadores da gastrite tenham chegado em certa abundância ao intestino, êste responde no geral com diarreia acompanhada por vezes de cólicas; é sobretudo nêste casos que a febre pode acender-se mais ou menos viva.

*Tratamento* — Caso ainda exista no estômago a substância causadora da gastrite, comece-se por evacuar esta pelo meio mais adequado — vomitório ou sonda — caso os vômitos espontâneos não existem ou não tenham sido profícuos. Se pelo contrário o estômago se encontre vazio e os vômitos persistam, os pequenos golos de água fria ou mesmo gelada, tomados de espaço a espaço, e o repouso na cama, são suficientes no geral para debelar tal situação.

Fóra disto, a abstinência por um ou dois dias segundo a intensidade dos sintomas, deve constituir a conduta a seguir em quási todos os casos, permitindo-se apenas durante êles as bebidas frias não muito açucaradas (água chalada, limonadas, águas minerais alcalino-gazosas ou as águas de mesa).

Nos dias subseqüentes, começar-se-á a entrar na alimentação por um modo lento e progressivo, permitindo primeiro os purés de hortaliça, a canja ou o caldo simples de carneiro com um pouco de arrôs ou de massas finas, a galinha cozida, o peixe cozido ou grelhado, os ovos quentes, as batatas cozidas, o arrôs de manteiga, e assim sucessivamente até entrar-se na alimentação normal.

Quando o fastio persista e o intestino não tenha funcionado normalmente, administrar o óleo de rícino em jejum, apenas na dose laxativa (uma colher de sopa), porque tantas vezes aquele está ligado a perturbações provocadas pela retenção no intestino de parte dos produtos que ocasionaram a gastrite. Noutras circunstâncias, o apetite pode ser despertado pelo condurango (uma colher de café do extracto fluido num pouco de água simples antes das principais refeições) associado ou não aos alcalinos (uma ponta de faca de bicarbonato de sódio, por exemplo).

O tratamento das gastrites agudas provocadas pela ingestão de substâncias tóxicas ou cáusticas pertence ao médico, e só a êste deve ser confiado desde o início.

### **Gastrites crônicas**

As gastrites crônicas não têm uma sintomatologia especial que as caracterize. Quando muito, o apetite variável caprichoso ou por vezes deficiente, a sensação de peso de enfartamento ou mais raramente de dor após as refeições, e mais raramente ainda os vômitos (como por exemplo a pituita matinal das gastrites alcoólicas — pág. 19) onde abunda com frequência o muco, se podem considerar como sintomas vulgares mas não constantes das gastrites crônicas.

A própria análise do suco gástrico poucos ou nenhuns elementos pode fornecer que nos esclareçam o problema — quando muito a existência de certa abundância de muco, e nas fases avançadas da gastrite, a pobreza ou mesmo ausência de ácido clorídrico.

Um fenómeno porém se pode considerar como frequente em tais situações (mas êste de somenos importância) — o de não se alterar grandemente o estado geral do doente.

Para contrabalançar a escassês e a incaracterística duma tal sintomatologia, devemos esmiuçar o passado dos doentes em questão procurando descobrir se nele existiu alguma ou algumas das causas apontadas como capazes de originar a gastrite crônica, como sejam o álcool, os abusos alimentares tanto em qualidade como em quantidade, a mastigação imperfeita, a dentição em mau estado, o abuso de medicamentos e o tabaco. A estas causas podemos juntar ainda certos estados mórbidos como capazes de provocar ainda que secundariamente a gastrite crônica, como sejam principal-



mente certas doenças do fígado (em especial a colecistite calculosa ou não) e dos rins e a sífilis.

*Tratamento* — Em primeiro lugar há que afastar, caso existam, algumas destas causas provocadoras da gastrite. A higiene da boca deve, em todos os casos, ser meticulosa, dela devendo encarregar-se o dentista que extrairá o tártaro e as raízes que porventura existam e procederá à obturação dos dentes cariados e à prótese necessária.

A orientação dietética será orientada sobretudo pelo estado da função secretória do estômago. Assim, quando esta se execute por uma maneira exagerada (e assim sucede no início da grande parte das gastrites crônicas e em especial na de origem alcoólica), o leite, os ovos, o peixe, o arrô e as massas, constituirão a base da alimentação, tudo preparado é claro, com condimentação simples.

Nas gastrites com diminuição de acidez gástrica, é preciso pelo contrário uma alimentação mixta apetitosa, mas sem condimentação irritante como sejam o sal em excesso, as especiarias, refugados, etc. De carnes deve preferir-se a galinha o frango e o carneiro, às quais serão extraídas com certo cuidado as *peles e nervuras*. Dos peixes, dar-se-á preferência aos de escama e de carne branca. O leite fermentado (Yoghourt de preferência) pode ser empregado aqui com proveito. O arrô e duma maneira geral os farináceos e as hortaliças (de preferência reduzidas a puré) completam mais ou menos a lista dos alimentos indicados para tais casos.

Quando porém da secreção gástrica tenha desapa-



recido de todo o ácido clorídrico, e isto acontece por vezes nas fases avançadas de certas gastrites crônicas, é indispensável empregar alimentos líquidos ou num estado de divisão bastante acentuado (picados, purés, papas, etc.).

Como em qualquer dos casos se trata de estômagos que exigem antes de mais nada um repouso relativo, a alimentação aqui deve pois ser administrada sempre por pequenas refeições, embora mais numerosas que o vulgar.

No que diz respeito a medicamentos, a poucos temos de recorrer em tais situações. Nas gastrites com hiperacidez, os alcalinos tomados 20 a 30 minutos antes das refeições, ou em caso de efeito insuficiente, também meia a uma hora após estas, facilitam grandemente o trabalho digestivo. Para tal fim pode usar-se a fórmula devida a Bourget ligeiramente modificada:

Bicarbonato de sódio.....	8 grs.
Fosfato de sódio.....	4 »
Citrato de sódio.....	2 »

*Para dissolver num litro de água e tomar meio decilitro de cada vez.*

Quando o apetite se encontre diminuído, os mesmos sais de Bourget associados ao condurango, tomados também antes das refeições, contribuem grandemente para melhorar aquele.

Nos casos em que a gastrite crônica seja caracterizada por uma hipocloridria ou mesmo por anaclori-

dria, pode empregar-se com vantagem o ácido clorídrico:

Ácido clorídrico officinal,..... 10 grs.  
Em frasco conta-gôtas

*Para tomar VIII a XII gôtas em melo copo de água açucarada, ou numa chávena de chá de macela, em cima ou durante as principais refeições.*

Em tais casos estão indicados também os preparados de suco gástrico de origem animal, tomados nas mesmas condições, e na dose aproximada de uma colher de chá.

### Hipercloridria

No excesso de acidez do suco gástrico, a sintomatologia subjectiva é sempre mais ou menos reduzida, embora bastante característica — dôres do tipo tardio, azia com ou sem pirose, prisão de ventre, conservação do apetite, e pouco mais. Nem sempre porém o quadro é tão completo, não raro se reduzindo a um ou dois daqueles sintomas.

Por outro lado é bom que se saiba que é com tal feição, que tantas vezes se apresenta uma úlcera do estômago — esta, consequência frequente ou simples seqüência da hipercloridria.

É pela exiguidade e ambigüidade de tais sintomas, que aqui a análise do suco gástrico se torna por ve-



zes necessária, quando não tivermos que recorrer também ao exame radiológico do estômago.

*Tratamento* — Para nós, a base essencial do tratamento da hipercloridria é a dieta. E compreende-se que assim seja, visto ser por intermédio da alimentação que nós podemos actuar por uma maneira mais constante, mais persistente, sôbre o modo por que se executa a secreção gástrica.

A alimentação aqui tem que ser constituída por alimentos moderadores ou pouco excitantes daquela secreção (vide I Parte, pág. 32), usando sempre dum maior rigor durante as crises. Assim pois, começar-se-á pelo leite, manteiga fresca sem sal, nata não acidificada, ovos quentes, arroz ou farinhas confeccionadas com leite ou manteiga, e peixe fresco cosido adicionado de manteiga ou de azeite com o mínimo de acidez possível, batatas cozidas ou em puré e pão em pequena quantidade.

A seguir a esta fase inicial do tratamento que deverá durar mais ou menos tempo conforme a maior ou menor facilidade com que forem subjugados os sintomas da hipercloridria, instituir-se-á uma alimentação mais liberal, fazendo figurar nela as sopas de hortaliças de preferência cozidas em duas águas, reduzidas a puré e temperadas com bastante azeite, as massas alimentícias, a geleia animal (mão de vaca ou de vitela condimentadas o menos possível), as compotas não muito açucaradas, as marmeladas de frutas não ácidas e suas geleias, bem como as amêndoas oleaginosas (em especial amêndoa doce e nozes, pisadas em almofariz e adicionadas dum pouco de açúcar).

Mais tarde, e sempre na ausência de qualquer sintoma que demonstre estacionamento ou agravamento das melhoras alcançadas, aumentar-se-á a dose de albuminoides de origem animal, metendo na alimentação as carnes brancas, de início simplesmente cozidas.

Como último pormenor, acrescentaremos que a mais uma condição deve obedecer a alimentação dietética de tais doentes — a de ser constituída por pequenas refeições no comêço do tratamento e nas fases de maior exacerbação (aproximadamente de 3 em 3 horas); por refeições mais abundantes e portanto menos numerosas, nas fases mais adiantadas do tratamento ou depois de debelada uma crise que porventura se tenha manifestado. É só então que se pode e deve pôr em prática tanto quanto o permitam as condições do caso, aquele princípio a que, como dissemos, deve obedecer a alimentação de todo o dispéptico — o de a aproximar tanto quanto possível dos anteriores hábitos do doente, fazendo a distribuição das refeições pelo dia, de maneira a respeitar em parte as horas a que o lê e costumava toma-las.

Escusado seria acrescentar, que sejam quais forem os resultados obtidos com o tratamento, nunca a tais doentes se permitirá nem o uso de alimentos irritantes ou que excitam exageradamente a secreção gástrica (vide Parte I, págs. 32 e 33) nem tampouco de gelados ou de alimentos servidos excessivamente quentes — a cura definitiva da hipercloridria e da sua tão freqüente satélite, a úlcera, é um mito em que não devemos acreditar demasiado.

Pelo que diz respeito à quimioterapia da hiperclor-

ridria, a duas classes de medicamentos há que recorrer: aos neutralizantes da acidez excessiva do suco gástrico, e aos que são capazes de dominar a maneira exagerada por que êste se reproduz.

Da primeira categoria fazem parte sobretudo o bicarbonato, o fosfato e o sulfato de sódio, os carbonatos de cálcio de magnésio e de bismuto e o silicato de alumínio, todos êles constituindo a base das várias especialidades farmacêuticas preparadas para tal fim.

Damos a seguir algumas fórmulas das mais vulgarmente empregadas como neutralizantes do excesso de acidez gástrica:

Subcarbonato de bismuto.....	1 gr.
Bicarbonato de sódio.....	2 »
Carbonato de cálcio .....	} ãã 4 »
magnésio ....	

*Para tomar uma colher de chá num pouco de água, meia hora antes das refeições e uma a duas horas após estas.*

Bicarbonato de sódio.....	8 grs.
Fosfato de sódio.....	4 »
Sulfato de sódio.....	2 »

*Para dissolver num litro de água e tomar meio decilitro um quarto de hora antes das refeições e uma a duas horas após estas (Bourget).*

Citrato de sódio .....	4 grs.
Bicarbonato de sódio... ..	16 »
Lactose .....	180 »

*Para tomar 1 colher de café desta mistura num decilitro de água, nas condições das fórmulas anteriores.*

Silicato de alumínio .....	1 gr.
----------------------------	-------

*Para tomar em idênticas condições.*



Como moderadores da função secretória do estômago, estão indicados em primeiro lugar os preparados de beladona ou o alcaloide desta, a atropina, bem como os sais de bismuto (subnitrito e o carbonato) e o caolino.

A beladona associa-se no geral a qualquer dos alcalinos anteriormente mencionados, quer sob a forma de pó, quer da de extrato ou tintura:

Beladona em pó.....	0,20 grs.
Magnesia calcinada.....	2,50 »
Bicarbonato de sodio.....	} 5 »
Gré preparada .....	

*Para tomar 1 colher de café desta mistura às refeições.*

Certos autores, porém, preferem empregar a atropina separadamente dos alcalinos:

Sulfato de atropina .....	0,01 gr.
Água destilada.....	10 »

*Em frasco conta gotas — V gotas a cada uma das três refeições do dia.*

Dos sais de bismuto deve dar-se preferência ao subnitrito, administrado na dose de 10 gramas em jejum, em meio copo de água açucarada, repetindo-se a mesma dose meia hora antes do jantar.

Quando se prefira o caolino, deve seguir-se a mesma orientação quanto a doses e modo de administração,

Tanto o subnitrito de bismuto como o caolino administrados em tais doses podem, além da sua acção modificadora sôbre a mucosa gástrica, exercer efeitos de regulador do funcionamento do intestino tantas vezes deficiente, como vimos, na hipercloridria. Se porêm neste sentido, os seus efeitos forem insuficientes, junte-se-lhes a parafina simples ou associada ao agar-agar (e sob esta forma existem várias especialidades farmacêuticas) administrada na dose de uma colher de sopa um quarto de hora antes do pequeno almoço e outra um quarto de hora antes do jantar.

Noutros casos poder-se-á empregar a magnésia calcinada como neutralizante, mas em dose mais elevada que o habitual (2 a 3 colheres de chá por dia) para lhe poder aproveitar também as suas propriedades laxativas. Nos casos graves de prisão de ventre porêm, é indispensável lançar mão de outros meios mais adequados ao tipo que esta revestir, como indicámos no volume que a tal assunto dedicámos.

Aproveitando a acção inibitória das gorduras sôbre a função secretória do estômago, Cohnheim aconselha a seguinte fórmula:

Extrato de beladona.....	0,20 a 0,30
Oleo de amêndoas doces..	30 a 40 gr.
Gema de ovo.....	N.º 1
Agua destilada—Q. S. para	300 c. c.

*Agite antes de usar — Para tomar uma colher de sopa antes das refeições.*

### Úlcera gástrica

Sob esta designação incluiremos a úlcera do estômago e a do duodeno, não só porque a sintomatologia

duma tem grande semelhança com a da outra, mas sobretudo porque o tratamento é o mesmo qualquer que delas se trate.

Três grandes sintomas dominam a evolução da úlcera gástrica — a dor, o vômito e a hemorragia — acessóriamente podendo aliar-se-lhes a asia e a prisão de ventre. Nem sempre porêem estes sintomas coexistem em todos os doentes, e antes é freqüente que apenas um ou dois deles se manifestem; há mesmo casos em que a úlcera evoluciona em silêncio sem provocar qualquer sintoma que dela faça suspeitar — é o caso de certas úlceras do duodeno.

Analisemos porêem cada um de per si, os sintomas acima mencionados.

As *dores* são no geral do tipo tardio (aproximadamente 2 a 4 horas após as refeições) e desaparecem quasi sempre com a ingestão de qualquer alimento ou substância líquida (mais prontamente com uma solução de bicarbonato ou de outro alcalino). Na úlcera do corpo de estômago, o momento em que as dores se manifestam, sofre com freqüência alteração, não sendo raro que elas sejam do tipo precoce, noutros casos tardias e noutros ainda que não tenham horário fixo. Na úlcera do duodeno, as dores tomam por vezes ainda uma característica — a de serem mais intensas de noite ou pelo menos não faltando durante esta (ao contrário do que sucede nos estômagos átonos, dilatados ou ptosados).

Os *vômitos*, que aparecem no auge da dor e põem termo a esta, são no geral alimentares, com uma parte líquida mais ou menos abundante, e bastante ácidos.



Como a dor, são vômitos que se manifestam a grande distância das refeições; em relação à posição da úlcera, pode dizer-se que êles aparecem mais raramente na úlcera do duodeno, ao contrário do que sucede na úlcera do corpo do estômago, e sobretudo nas que estão localizadas junto do piloro.

As *hemorragias* gástricas fazem a sua erupção pela boca sob a forma de vômito (*hematemese*) ou pelo intestino, imprimindo às fezes uma côr escura como a de bôrra de café (*melena*) e uma consistência mole, às vezes mesmo diarreica. Isto quundo a hemorragia atinja volume apreciável.

Nem sempre porêm, assim sucede; o sangue vertido pela úlcera é na maioria dos casos em pequena quantidade, passando desaperecebido nos vômitos e muito mais fâcilmente nas fezes. É por isso que a pesquisa de sangue tanto naqueles como nestas, por processos laboratoriais capazes de despistar quantidades mínimas desta substância, constitui um ótimo auxiliar nos casos de difficil diagnóstico da úlcera gástrica.

Como atrás dissemos, associada aos sintomas supra-mencionados, costuma aparecer a *azia* acompanhada ou não dos seus sintomas satélites — regorgitações ácidas, pirosis, tosse gástrica — e quasi sempre a certa distância das refeições.

A *prisão de ventre* é também sintoma freqüente na úlcera, e tão freqüente, que se podem considerar raros os casos em que o intestino desempenhe normalmente a sua função exoneradora.

*Tratamento* — Podendo dizer-se sem grandes probabilidades de êrro que a úlcera gástrica é sempre

acompanhada de hipercloridria, fácil é de calcular que o tratamento daquela pelo desta se deve orientar. E assim é, e isto tanto no que diz respeito a alimentação como a parte da medicação.

Há porê m certos detalhes inerentes à úlcera gástrica que precisam ser pormenorizados e um deles é o que se refere à hemorragia. Esta não constitui porê m situação que deva dispensar assistência médica, e portanto frisaremos apenas os pontos mais importantes a seguir em tais casos.

Quando se trate duma hemorragia franca traduzindo-se por hematemese ou por melena ou simultaneamente pelas duas, o repouso absoluto na cama, e a abstinência completa devem constituir as primeiras medidas a pô r em prática — abstinência que segundo os casos, terá que ser mantida por um ou mais dias. E a tal respeito lembraremos aos timoratos (quase sempre mais a família que o próprio doente) que numa tal situação, morre-se mais facilmente duma hemorragia do que de inanição.

Portanto, abstinência completa pelo menos durante as primeiras 24 horas a seguir a uma hemorragia franca, ou quando muito permitindo apenas pequenos golos de água fria de 2 em 2 horas para matar a sê de aos doentes muito sequiosos. Passadas as primeiras 24 horas e se a hemorragia se não se tiver repetido, começará a alimentar-se o doente às colheres de sopa de leite frio simples ou melhor ainda, misturado com creme (nata), de hora a hora; mais dois dias passados sem repetição da hemorragia, e a dose de leite e de nata será aumentada mais um pouco, aumento que

poderá progredir nos dias subseqüentes, mas sempre por um modo lento e de tal modo, que só para o 5.<sup>o</sup> ou 6.<sup>o</sup> dia, aquela dose deverá attingir o decilitro administrado de 2 em 2 horas. Nesta altura deve meter-se em acção qualquer pó neutralizante das fórmulas apontadas no capítulo da hipercloridria, tomado meia hora após o leite.

A partir daí, e se tudo evolucionar sem qualquer novo acidente, poderá aumentar-se ainda a dose do leite e nata, e meter mesmo na alimentação os ovos quentes batidos com um pouco de açúcar ou, se o doente não lhe repugnar, de manteiga fresca sem sal, as farinhas finas e o arroz muito bem cosido. E' só para o fim da 2.<sup>a</sup> ou 3.<sup>a</sup> semana que deve terminar o rigor do repouso imposto de início, sem que contudo se permita que o doente se movimente muito e que passe muito além do quarto de cama.

A alimentação manter-se-á durante certo tempo no que respeita a qualidade, dentro do mesmo tipo, ou quando muito acrescida de peixe fresco cosido em bastante água, de batatas cosidas ou em puré, de massas com manteiga (nunca em caldo de carne), de frutas não ácidas cosidas ou assadas com pouco açúcar, e mais tarde de hortaliças em puré.

A partir daqui, o doente seguirá uma conduta alimentar regulada pelo que ficou dito no capítulo da hipercloridria, tendo sempre o cuidado de não usar senão alimentos que excitam ao mínimo a secreção gástrica.

A medicação a empregar na úlcera gástrica é mais ou menos a aconselhada para o tratamento da hiper-



cloridria. A acrescentar àquela, lembraremos apenas as injeções intravenosas de benzoato de sódio ou dos derivados da histidina ultimamente preconizados como tratamento da úlcera gástrica. A aplicação destes como a de outros medicamentos para tal aconselhados, só ao médico deve ser confiado, porque só êle está apto a fazer a selecção dos que mais estão indicados para cada caso, e a regular o doseamento segundo a sua feição.

Cremos que toda a gente sabe que nem todas as úlceras gástricas se resolvem por meio de tratamento médico; só a cirurgia é capaz de resolver o problema que algumas delas constituem. Escusado seria pois dizer, que aqui também só o médico poderá dar o seu *veredictum* sobre tal questão.

### Hipocloridria — Anacloridria

Tanto a diminuição do ácido clorídrico como a sua não existência no suco gástrico, podem constituir, quer manifestação de estados patológicos exclusivamente gástricos (certas gastrites crônicas especialmente as de origem alcoólica, sífilítica e tuberculosa, cancro do estômago) quer o reflexo de estados mórbidos de outra origem como sejam a litíase biliar, certas doenças dos rins, a tuberculose pulmonar, as doenças infecciosas agudas, etc.

A hipocloridria como a anacloridria, podem existir sem causar perturbações de ordem subjectiva como succede por exemplo por vezes nos velhos. Isto constitui porém a excepção, e de ordinário aquelas altera-

ções de suco gástrico são acompanhadas de sintomas vários, embora pouco característicos — enfartamento ou sensação de pêso no estômago após as refeições, eructações, mal-estar, regorgitações quase sempre não ácidas, por vezes perda de apetite e mais raramente dores ou vômitos. Do lado do intestino é freqüente a diarreia mais ou menos persistente, podendo tomar em certos casos um aspecto de certa gravidade a ponto de alterar o estado geral do doente por um modo acentuado (a chamada diarreia gastrogénea).

*Tratamento* — Não nos referiremos ao tratamento da hipocloridria ou anacloridria, quando a qualquer destas corresponda uma gastrite crônica, visto já termos feito referência àquele, no capítulo que a esta dedicámos. Convém acrescentar porém, que quando à sífilis se possa imputar a causa de tais perturbações, se torna indispensável e quase que suficiente, instituir o tratamento dirigido contra esta infecção. No que diz respeito ao cancro, a êle faremos referência mais adiante.

Quando a alteração do suco gástrico em questão provenha de estados patológicos extra-gástricos, só o tratamento dêstes poderá concorrer grandemente para um melhor funcionamento das funções gástricas alteradas.

Para corrigir a diarreia que em tais situações se pode manifestar, além duma alimentação donde se tenha diminuído ou suprimido a ração das albuminoides (carne, peixe e ovos) a dos alimentos crús (saladas, frutas crúas, etc.), administrar-se-á o ácido clorídrico ou seus sucedâneos em alta dose, e em caso de ne-

cessidade os preparados de tanino (Tanigéneo, Tanalbina, Tanofórmio, etc.), ou de bismuto, associados ou não a qualquer desses pretensos desinfectantes intestinais (benzonaftol, salacetol, etc.).

Quando pelo contrário houver prisão de ventre, pôr em prática as medidas que para o caso lembrámos algures.

### **Dilatação atónica do estômago**

A dilatação atónica de que vamos tratar, é aquela que umas vezes congénita, outras consequência de certos estados patológicos de natureza funcional do estômago ou extranhos a êste órgão, não procede no entanto de qualquer lesão anatómica do mesmo. (É que há certas dilatações que constituem o resultado final para que caminha todo o estômago que viva em regime de esforço constante, tinente a vencer uma dificuldade pilórica persistente ou definitiva — apêto espasmódico ou organizado, cancro, mais raramente aderências perigástro-duodenais).

Como causas da dilatação atónica do estômago, além da constitucional, inerente à compleição do indivíduo, e constituindo uma das características do chamado tipo asténico ou enteroptósico de Stiller a que a seguir nos vamos referir, estão apontados os excessos alimentares, o abuso de líquidos, as gastrites crónicas, as afecções da visícula biliar (quer por via reflexa, quer por simples pressão exercida por aquela sôbre a região piloro-duodenal), certos estados de intoxicação crónica (álcool, prisão de ventre inveterada) e deter-



minados estados psíquicos depressivos originados por abalos morais, emoções violentas, melancolia ou psicastenias (*F. Ramond*).

A *sintomatologia* aqui é muito imprecisa, e por isso temos que lançar mão de todos os pormenores que nos possam auxiliar no diagnóstico. Assim, começaremos pelo exame do hábito externo do doente, que nos casos de atonia de origem congénita, constituindo o tipo asténico de Stiller, nos pode oferecer elementos preciosos. Em tais casos trata-se de facto, de indivíduos magros por vezes do tipo membrilongo, de torax estreito com as fossas supra-claviculares escavadas e o ângulo epigástrico acentuadamente agudo, parede abdominal anterior delgada e flácida, sustendo mal as vísceras abdominais. É por esta última razão que o abdomen de tais doentes quando de pé, é escavado na sua parte superior a contrastar com o baixo ventre que avança em avultada eminência. Deitados de costas sobre o leito, o ventre pelas mesmas razões esbamba-se sobre êste, mal contido por paredes sem resistência; voltados de lado, o seu conteúdo abdominal cai do mesmo modo abandonado sobre o leito, deixando escavado o flanco oposto. Além de tudo isto, não é raro encontrar nesta categoria de doentes, hérnias, hemorroidas, ou varizes serpeando sob o tegumento das pernas.

Como sintomas objectivos da atonia gástrica, congénita ou adquirida, aponta-se também a *clapotage* — sensação de marulho obtida pela precursão da parede abdominal da região gástrica com o doente deitado — que para ter valôr diagnóstico, é preciso que

exista em jejum ou algumas horas após as refeições.

A maneira por que se executam aqui as funções secretória e motora do estômago é variável; no entanto é freqüente encontrar neste órgão, líquido mais ou menos abundante em jejum, às vezes com resíduos de alimentos — sinal duma hipersecreção gástrica aliada a uma motilidade deficiente.

A sintomatologia subjectiva é pouco precisa: appetite variável mas fácil e rapidamente saciável; pêsso ou enfartamento post-prandiais; mais raramente dores do tipo precoce; asia, pirois, regorgitações alimentares, e excepcionalmente vômitos. Acessoriamente pode existir a prisão de ventre simples ou alternando com períodos de diarreia, sensação de pêsso ou mesmo dores de cabeça, e por vezes um certo estado vertiginoso.

Em capítulo de *tratamento*, a alimentação ocupa aqui lugar de primazia. A duas condições deve ela obedecer antes de mais nada: a de ser ministrada por pequenas refeições, e a de utilizar o mínimo de líquidos possível.

O uso sistemático de pequenas refeições nem sempre porêm está indicado para todos os doentes desta classe; há mesmo certos autores que seguindo em parte uma tal orientação, substituem as duas refeições extremas do dia (pequeno almôço e jantar) ou só uma delas, por uma refeição abundante, obrigando no entanto o doente a passar deitado na cama ou em canapé, quase todo o período digestivo daquelas. De resto, o repouso constitui sempre uma medida com que muito lucram os doentes em questão. Soupault aconselha

mesmo sistematicamente em todos os casos de atonia gástrica, o repouso na cama durante 15 a 18 horas, e de 1 hora após as refeições.

Nos doentes acentuadamente emmagrecidos e mormente nos atônicos de origem congênita, o repouso permanente no leito durante algumas semanas associado a uma superalimentação, devem constituir a primeira etapa do seu tratamento. — Êstes são doentes que, antes de mais nada, precisam de engordar. A seguir a êste período de repouso, nunca lhes será permitida uma vida activa, pelo menos enquanto o seu estado de nutrição não fôr satisfatório.

O uso dos líquidos merece também que o pormenorizemos. A sua restrição deve começar por fazer-se às refeições — pouco ou nenhuma água, e um pouco de vinho fraco; a quantidade da própria sopa quando constituída esta, quase que exclusivamente por caldo ou por puré ralo, não deve ir além de 100 a 150 c. c. segundo a opinião de Boas. Êste mesmo autor manda suprimir o clássico *chá das 5* que, em caso de necessidade, poderá ser substituído por uma pequena colação sêca. Fora das refeições, só será permitido beber água ou uma infusão quente uma hora aproximadamente antes daquelas.

Pelo que diz respeito ao lado qualitativo, a alimentação desta categoria de doentes não merece especiais referências, a não ser que a função secretória do estômago esteja grandemente alterada. Em tais casos porêm a análise do suco gástrico marcar-nos-á a orientação a seguir.

○ emprêgo das gorduras em certa abundância



(manteiga, nata, azeite doce, amêndoas e nozes pisadas com açúcar) é particularmente aconselhado por certos autores para os doentes notòriamente emmagrecidos. F. Ramond por seu lado aconselha ainda com certa insistência o uso sistemático de frutos crus bem marros, dos gelados em pequena quantidade e das infusões aromáticas (macela, anis, herva cidreira, hortelã-pimenta).

Para o resto da conduta dietética, seguir-se-á um pouco a tática apontada nas páginas 24 e 25, procurando em todo o caso, orientar a pouco e pouco a dieta para um tipo o mais próximo possível da alimentação vulgar.

Pelo que diz respeito a *medicamentos* pouco há a dizer: combater com alcalinos o excesso de acidez quando o haja; excitar a secreção do suco gástrico com a nós vômica, a quina ou a pilocarpina, quando aquela se faça de uma maneira deficiente; e em todos os casos experimentar os preparados de ergotamina.

Finalmente para contrariar de certo modo a dilatação atônica do estômago, aconselha-se o uso de cinta elástica apropriada para tais casos, de que existem vários modelos. Seja porêm qual fôr o modelo preferido, o que é importante é que a sua aplicação se faça sempre de manhã antes de levantar, e portanto na posição horisontal, ou colocando mesmo uma almofada sob as nádegas, de modo a colocar o tronco inclinado para o lado da cabeça. É só em tais circunstâncias que deve apertar-se a cinta na posição definitiva em que ela há de ficar.

### Ptose gástrica

A ptose do estômago pode ser de origem congênita e neste caso a ela estão ligados certos estigmas constituindo no seu conjunto como para a atonia gástrica, o chamado tipo asténico de Stiller. Nem sempre assim sucede porém, e então a ptose gástrica é adquirida sob a influência a certos factores, de que os principais são a prisão de ventre, o emmagrecimento acentuado, o enfraquecimento das paredes abdominais, nunca faltando em geral a associar-se-lhes um estado da nevrпатия constitucional, permita-se-nos o termo, ou de causa ocasional (processos inflamatórios e dolorosos da cavidade abdominal). Mais raramente podem actuar no mesmo sentido as doenças altamente febris e muito prolongadas, as gravidezes repetidas e as intervenções cirúrgicas nos órgãos abdominais (*F. Ramond*). Antigamente havia ainda a contar com um factor importante da ptose gástrica — o uso do espartilho. Esse factor porém não pode hoje ser incriminado como tal, visto a Moda o ter banido dos seus atavios, não sabemos bem por quanto tempo. . .

A gastroptose raramente existe isolada, e antes é acompanhada da ptose de outros órgãos (colon e rins, em especial). Aponta-se ainda como estigma de ptose, a falta de inserção da extremidade anterior da 10.<sup>a</sup> costela ao rebordo costal (10.<sup>a</sup> costela flutuante).

As pulsações na região epigástrica, a *clapotage* e uma motilidade das paredes do estômago diminuída, com conseqüente evacuação gástrica retardada, constituem os sintomas objectivos que com mais freqüência se

encontram na ptose. Ao contrário do que sucede na atonia gástrica, aqui não se encontra no estômago em jejum, suco gástrico; como naquela porém, o quimismo dêste é variável, havendo no entanto em alguns casos tendência para a hipercloridria.

A sintomatologia subjectiva é em tudo semelhante à da atonia gástrica — pêsso ou enfartamento post-prandiais, azia com ou sem piroses, regorgitações alimentares ou mesmo vômitos. Na ptose porém, as dores do estômago, se as há, são no geral de comêço variável (vide pág. 16); a estas vêm com freqüência juntar-se dores abdominais em relação com os outros órgãos ptosados, e provocadas ou exacerbadas por esforços ou movimentos exagerados, dores da região dorso-lombar e — sintoma quasi patognomónico para Boas — dores localizadas no sacro. O pulso rápido, o cansaço fácil, a palidez da face, o resfriamento e sudação das extremidades, os rumores ou zumbido de ouvidos e um certo estado vertiginoso, constituem também sintomas freqüentes da ptose, sintomas que mais se fazem sentir com o doente de pé, do que quando na posição horisontal. Também não raro existe prisão de ventre rebelde com fenómenos de irritabilidade intestinal (dores, muco, corda cólica localizada no cego, no colon transverso ou também no S elíaco).

O *tratamento* aqui, como na atonia gástrica, é sobretudo dietético e como lá deve ser feito por pequenas refeições. Quando a motilidade do estômago não esteja grandemente alterada e o doente os suporte bem, o leite e a nata devem constituir a base da sua alimentação. Em caso contrário, esta será orientada mais ou



menos pelos moldes da que apontámos na atonia gástrica. Para a prisão de ventre far-se-á sobretudo uso mais acentuado das gorduras (manteiga, azeite doce).

Aqui também se torna indispensável o repouso, pelo menos de uma a duas horas após as principais refeições e, como na atonia gástrica, uma cura de engorda se se tratar de doentes acentuadamente emmagrecidos.

De medicamentos pouco há a empregar: alcalinos se houver excesso de acidez; amargos (noz vômica, quina, colombo) quando a secreção gástrica seja deficiente, e pouco mais.

Do mesmo modo que para a atonia, a cinta elástica desempenha aqui papel de grande importância, uma vez que se observem com a sua colocação, as regras por nós já apontadas.

### **Cancro do estômago**

Do que há a dizer que interesse sôbre tratamento do cancro do estômago, pouco ou nada é. O êxito dêste (e dizemos êxito, porque diagnosticado no seu início, o cancro pode ser curável) dependendo da precocidade com que é feito o diagnóstico, achamos preferível pôr em relêvo e chamar para êles toda a atenção, os sintomas que devem pôr de sobreaviso o doente, e resolvê-lo a ir sem perda de tempo junto do médico, porque só êste poderá pôr o caso a claro e marcar a orientação a seguir. De resto, a questão resume-se a saber se na altura em que se encontra, o cancro é operável ou não, porque tratamento do cancro do estômago só há um — o cirúrgico. Dependendo pois tudo da precocidade

do diagnóstico, vejamos quais os elementos de que nos podemos valer para conseguir tal objectivo.

Sempre que a partir dos 40 anos se comece a sofrer inopinadamente do estômago tendo gosado até aí perfeita saúde, ou se já anteriormente dispéptico as perturbações gástricas se agravem e tornem irreduzíveis, ao mesmo tempo que um fastio renitente se instale às vezes mesmo com repugnância por certos alimentos (gorduras e carnes, em especial), tudo isto acompanhado dum emmagrecimento acentuado e brusco, é porque qualquer coisa de grave se está passando e essa qualquer coisa, é numa grande percentagem dos casos um cancro do estômago.

No seu inicio, o cancro gástrico produz uma sintomatologia precária e imprecisa: sensação de pêso ou de enfartamento passado um certo tempo após as refeições; às vezes mesmo dores quase sempre do tipo tardio, dores que não cedem facilmente à ingestão duma substância alimentar ou dum soluto alcalino como acontece na ulcera gástrica; regorçitações de liquido não ácido, por vezes amargô; e enfim raros vômitos líquidos ou alimentares.

Sintomatologia precária diziamos nós, e é certo. No entanto quando existente em qualquer das duas circunstâncias acima apontadas, ela constitui um sinal de alarme a que se não deve ficar indiferente.

Numa fase mais avançada e portanto já fora de todo o êxito terapêutico, os vômitos tornam-se mais freqüentes bem como as dores; o apetite que até aí poderia ainda ser complacente, transforma-se em anorexia invencível; por vezes aparecem nos vômitos ves-

tígios nítidos de sangue quando não mesmo constituídos unicamente por êste (*hematemese*); quando a hemorragia é abundante, o sangue pode passar ao intestino e aparecer nas fezes (*melena*); finalmente o deperhecimento das forças é cada vez maior. E' nesta altura, quando o cancro tem atingido já um desenvolvimento apreciável, que a anemia se instala — anemia filha não só da perda de sangue mais ou menos contínua que pela superfície ulcerada do cancro se dá, mas ainda pela destruição que naquele exercem as toxinas produzidas por êste tumor. E então os tegumentos do canceroso adquirem uma côr amarela, não da anemia vulgar, mas sim dum amarelo palha característico.

A partir daí, a sintomatologia que se vai agravando de mais em mais, torna-se alarmante e irredutível, a caquexia instala-se, e por fim vem a morte pôr termo a tão confrangedor sofrimento.

Sôbre *tratamento* do cancro do estômago, repetimos, pouco há a dizer: tratamento cirúrgico enquanto é tempo; depois de atingir um certo desenvolvimento, quando já nada se pode tentar cirúrgicamente, uma só atitude se deve tomar: amparar moralmente o doente, e ajuda-lo a bem morrer, não lhe poupando a morfina ou outros preparados do ópio. Esta tarefa porêm, só o médico a pode desempenhar e portanto só a êle deve ser confiada.

Como *alimentação*, dar o leite simples ou de preferência fermentado (yoghourt, kephir) e em geral alimentos líquidos ou semilíquidos — caldos, purés, farinhas, arroz, massas finas etc — administrados por pequenas refeições.











RÓ  
MU  
LO

CENTRO CIÊNCIA VVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



\*1329664339\*



M

E