

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

SERVIÇO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

Director — Prof. Dr. BISSAYA BARRETO

A ALIMENTAÇÃO DUODENAL EM CIRURGIA

— *Primeiros ensaios clínicos* —

por

ALBERTO COSTA



COIMBRA * IMPRENSA
DA UNIVERSIDADE

RC
MNCT
616
COS

Ao bom amigo e ^{Imo} Colôga
 Dr. Ant. Fernando Raulles, a
 cuja paciência, boa vontade
 e atenciosa estima se deve
 sem dúvida a parte radio-
 lógica deste modesto trabalho.
 Fez-se com o melhor abra-
 ço do amigo.

Walter Fortes

A ALIMENTAÇÃO DUODENAL
 EM CIRURGIA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

SERVIÇO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

Director — Prof. Dr. BISSAYA BARRETO

A ALIMENTAÇÃO DUODENAL EM CIRURGIA

— *Primeiros ensaios clinicos* —

por

ALBERTO COSTA



PC
MNCF
6/6
CAS

COIMBRA * IMPRENSA
DA UNIVERSIDADE

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA
SERVIÇO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA
Director — Prof. Dr. BISSAYA BARRETO

A ALIMENTAÇÃO DUODENAL EM CIRURGIA

SEPARATA

DO

Arquivo das Clínicas Cirúrgicas

ANO II



COIMBRA — IMPRENSA
DA UNIVERSIDADE

Descoberta a sonda duodenal que nos permite cateterizar a 1.^a porção do intestino por um processo quási fácil, quási automático e ao alcance de todos, o médico e o cirurgião tiveram mais um ensejo de poder interrogar, examinar e pôr-se em contacto directo com um órgão profundo, até então inacessível e insondável.

Esta sonda é um tubo de borracha de 3^{mm} de diâmetro e 1^m de comprido, que termina por uma oliva metálica crivada de orifícios.

O tubo é deglutido com relativa facilidade e, uma vez transposto o cardia, o que se reconhece quando o reparo I aflora as arcadas dentárias, o estômago se encarregará pelos seus movimentos peristálticos — graças ao pêso da oliva, à sua forma regular e à posição de decúbito lateral direito que impusemos ao doente — o estômago se encarregará, a maior parte das vezes, jamos nós dizendo, de arremeçar, de espremer através do piloro para o duodeno, o *bout* olivar da extremidade da sonda.

Nem sempre as coisas se passam com esta facilidade encantadora, o que apenas vem corroborar a afirmação de que « em medicina não há sempre nem nunca » mas, seja como fôr, já hoje temos ao nosso alcance um certo número de artifícios, tendentes a obviar outras tantas causas de insucesso.

Não insistiremos sôbre êste ponto, como não relataremos com mais minúcia a técnica da tubagem, descrita em todos os livros modernos e de todos conhecida.

Einhorn, que fêz fabricar a sonda de que nos ocupamos, depois do insucesso obtido com o seu *cateter duodenal*, tinha antevisto maravilhosamente as vantagens que traria à clínica esta sondagem do duodeno.

De facto, conseguido êsse *desideratum*, Einhorn não se contentou em servir-se do seu tubo, simplesmente para a colheita *in loco* do suco pancreático-hépto-entérico, o que constituiu o objectivo inicial.

Nós já cateterizávamos vários órgãos, a bexiga por exemplo, com o fim, muitas vezes, de levar medicamentos ao contacto de uma mucosa doente interiormente situada.

¿Porque não utilizar em certos casos também a sonda duodenal, para nos conduzir até ao intestino medicamentos que queremos subtrair à acção modificadora do estômago, ou que pretendemos que exerçam sôbre o duodeno uma acção tópica, local? — pensos de gelose, agar-agar, bismuto, etc. —

Se com o tubo de Faucher fazemos lavagens gástricas, ¿qual a razão porque não devemos utilizar o tubo de Einhorn para lavagens e clisteres duodenais, gota a gota, etc.?

E se utilizamos a sonda nasal de Nelaton para cateterizar o estômago e alimentar assim, às vezes durante longos meses, doentes que não podem ou recusam alimentar-se por via oral, lógico é pressupor que lucraremos em recorrer algumas vezes à *alimentação duodenal*, quando tenhamos de fazer a exclusão temporária do estômago (Damade), isto é: quando não acharmos conveniente utilizar êste órgão no decurso da digestão.

A sonda duodenal foi construída em 1909 e logo, meses depois, Einhorn publica as suas primeiras observações sôbre os resultados obtidos com êste processo terapêutico (1).

Vê-se pois que desde o início passou a utilizá-la para êste fim, e por isso as suas estatísticas são as maiores de tôdas e comportam centos de observações.

Á maneira que o assunto vai sendo mais bem estudado, vão-se aperfeiçoando novos detalhes de técnica, vão surgindo mais indicações e contra-indicações do método, que nas mãos de Einhorn tem dado, segundo as suas estatísticas, 90% de curas (!) em variadas afecções gástricas duodenais e hepáticas.

(1) Max Einhorn — «Duodenal Alimentation», *Med. Record*, 16-7-910.
«Further Remarks on duodenal alimentation». *Med. Journal*, n.º 10, 910.

*

A *alimentação duodenal*, pouco conhecida na Europa, onde tem levado tempo a vulgarizar, já na América se praticava havia 10 ou 12 anos, quando em França começaram a cultivá-la Damade (1), Carnot e Libert (2), Jacques Carles (3), Chiray e Lebon (4) etc.

Foi assim que a literatura americana, pouco lida entre nós, só tarde criou na Europa uma ou outra *metastase entusiástica*, um ou outro centro, onde a *alimentação duodenal* começou a praticar-se quasi a mêdo.

Êste atrazo, a nosso ver, não indica menos interêsse que o assunto apresente, pois o mesmo se tem dado com outras inovações partidas do Novo Mundo e das quais as revistas europeias dão sucintas noticias, comprimidas e sem detalhes, quasi reduzidas à epigrafe, que muita vez traduz uma « bisantinice ».

Por isso só depois que Einhorn escreveu as suas impressões nos *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif* (5) o seu método começou a ser mais conhecido nos países da lingua latina, contribuindo mais para isso a tradução em francês do seu livro *The duodenal tube and its possibilities* (6).

Em Portugal, que sabemos, ainda não encontrou adeptos e por isso, salvo êrro, nada existe sôbre êste assunto escrito em português.

*

Ao virmos dizer das nossas primeiras impressões àcerca dêste método terapêutico, sôbre o qual possuímos a restrita prática de

(1) « Études sur le tubage duodenal », Gaston Doin & C.^{ie} Ed. 1926.

(2) P. Carnot et E. Libert, « De quelques applications pratiques du tubage duodenal au diagnostic et au traitement ». *Journ. de Méd. et Chir. Prat.* 1922, pág. 229-238.

(3) J. Carles, « Le tubage duodenal en thérapeutique ». *Bull. Gen. de Thér.* Avril, 1925.

(4) Chiray et Lebon, « Le tubage duodenal; ses applications cliniques ». *Méd. et Chir. Prat.* Masson, Ed. 1924.

(5) Tome x, n.º 12, 1920.

(6) Max Einhorn, « Le tube duodenal » Trad. par G. Monod. Masson, Ed. 1927.

um ano e um limitado número de observações pessoais, seria estulto querer-mo-nos pronunciar pró ou contra, quando é certo que não trabalhamos num serviço exclusivo de gastro-enterologia, onde êste assunto poderia ser estudado mais a perfeito.

As afirmações de Einhorn, a sua longa prática e a sua arregaçada fé, mereceram-nos o respeito que o seu nome inspira e só elas contribuíram para que tentássemos estudar êste capitulo novo da terapêutica gastro duodenal, sobretudo nas suas relações com a cirurgia.

Não desejamos abandonar êste estudo que ora iniciamos, e, um dia, possivelmente, daremos conhecimento mais documentado dos resultados a que chegarmos.

A *alimentação duodenal* consiste, uma vez feita a tubagem do duodeno, em fornecer, por meio da sonda de Einhorn ao doente em questão, alimento em quantidade suficiente para que a perda de pêso se não verifique. No decurso das nossas experiências, preocupamo-nos em simplificar o mais possível a sua técnica, e, assim, pusemos de parte as refeições propostas pelos autores americanos, algumas delas de confecção delicada.

Como referimos adiante, os nossos doentes alimentam-se apenas a leite açucarado e algumas gemas de ovos.

Uma preocupação é necessário ter: imitar o mais possível o funcionamento do estômago são, isto é: suprir quanto possível, pela técnica da alimentação artificial, o funcionamento e modo de despejar do estômago, que excluimos temporariamente.

Assim, teremos que obedecer a dois princípios: — injectar muito lentamente os líquidos alimentares, e não o fazer senão com estes à temperatura de 37 a 38°, mantendo-os a esta temperatura por meio de banho-Maria, enquanto dura a refeição.

Um termómetro apropriado é portanto indispensável. De resto, servimo-nos de uma seringa vulgar de 20 c. c., e, com ela injectamos, com as precauções acima apontadas.

O leite é fervido de manhã, açucarado com

Sacarose	} 30 ^{gr}
Lactose	

para cada litro, e depois conservado na geleira, cuidadosamente tapada a vasilha.

Para cada refeição é amornada apenas a quantidade precisa, medida por uma proveta graduada, escrupulosamente lavada de tôdas as vezes que serve, bem como o termómetro, seringas, malgas, etc.

Se a constipação intestinal surge, ou permanece durante a alimentação, aumenta-se a quantidade de lactose tacteando o organismo do doente, ou injecta-se através da sonda, parafinina, óleo de castor, etc.

O doente que tem uma sonda permanente, necessita lavar a bôca, bochechando várias vezes ao dia, com um soluto antiséptico (borato de sódio ou clorato de potássio), e necessita ingerir pelo tubo, 800 a 1000 c. c. de sôro fisiológico, repartido pelas diferentes refeições ou no intervalo delas.

Grande número de vezes, estes doentes são desidratados, por longo padecimento em que os vômitos predominavam, levando muitas vezes, pela sua freqüência e abundância, a um estado de inanição e decadência orgânica, que se revela no *facies*.

Por isso injectamos no fim de cada refeição, ou nos intervalos, 100 a 150 c. c. de sôro fisiológico, à mesma temperatura acíma indicada e com as mesmas precauções.

O esquecimento delas pode dar lugar a cólicas durante a alimentação, cólicas que desaparecem facilmente injectando, diluídas num pouco de sôro, algumas gotas de tintura de beladona, que se adicionam por precaução às refeições próximas.

Não deixaremos de recordar que a sonda deve permanecer sempre desobstruída e, por isso, os alimentos serão coados por uma compressa antes de injectados.

A alimentação duodenal dura em regra 15 a 20 dias, podendo a maior parte das vezes prolongar-se por mais tempo, sem inconveniente algum.

No doente da nossa obs. V demorou 26 dias.

Numa doente apenas, tivemos de a interromper por duas vezes (doente n.º 1.301 — Enf. 1.ª C. m.), dada a intensidade dos fenómenos dolorosos ao nível da garganta (ord-faringite traumática), provocados pela presença da sonda, com grande disfagia, sialorreia intensa, etc., não permitindo o sono e trazendo a doente num estado de impaciência compreensível.

Nenhuma medicação foi bastante para debelar êste estado (beladona, colutórios de cocaína com borato de sódio, pomada de

beladona e cataplasmas de linhaça no pescoço, etc.), e por isso fomos forçados a desistir.

Esta acção irritante da sonda em demora, tem sido um dos argumentos que mais têm ajudado a crítica contrária a êste método de alimentação.

É um corpo extranho, — dizem, — e por isso, da sua presença demorada ao longo do tubo digestivo, só podem esperar-se conseqüências traumáticas.

Numa palavra: isto que presenciamos na doente que referimos de passagem, pode dar-se ao nível do esófago, do estômago, do duodeno, em todos os pontos, em suma, que contactam com a sonda e, quando esta acção traumática se exercer junto duma lesão ulcerativa, ou de uma zona já de si irritada ou irritável, accidentes vários podem ser a temer.

Êste argumento é de valor, e a nossa opinião é que, a acção traumática da sonda, mais a temer em certos doentes e em certos pontos do seu trajecto, deve estabelecer cuidados e contra-indicações, de que mais tarde, com maior conhecimento de causa, nos occuparemos. Por agora, não faremos senão frisar de leve êste facto.

Não podemos contudo concordar que haja motivo para temer ou criticar desfavoravelmente a tubagem em demora do duodeno, alegando o factor traumático e irritativo.

De facto, nunca ninguém se lembrou de desaconselhar a sondagem permanente da bexiga, havendo para isso indicação terminante; e contudo o papel traumático da sonda é indubitável, além de que o epitêlio da uretra parece-nos mais melindroso, tendo êste órgão sido criado para conduzir um líquido normalmente aséptico; já o tubo digestivo é provido de uma mucosa muito mais resistente, habituada a traumatismos constantes e com condições de defesa bem maiores, tanto basta tratar-se de órgãos normalmente contaminados por uma flora bacteriana variada.

Da falta dessas defesas e do contacto mais íntimo da sonda que toma a luz do canal por completo, advêm as freqüentes complicações sépticas uretrò-vesicais, secundárias ao cateterismo demorado da bexiga, complicações que nunca vimos mencionadas ao nível dos primeiros segmentos do tubo digestivo como conseqüência de uma tubagem permanente com sonda de Einhorn.

Uma vez a sonda no seu lugar (fig. 1), podemos aproveitar a via oral para a administração de certos medicamentos, como sejam o carbonato ou subnitrito de bismuto, kaolino etc., com o fim de realizar pensos isoladores da mucosa gástrica, encontrando-se o estômago nas melhores condições de imobilidade, para aproveitar os maiores benefícios da técnica de Fleiner, quando se pretenda fazer cicatrizar uma úlcera gástrica. Grande número de vezes, contudo, os pensos bismutados são dispensáveis, bastando à cicatrização da úlcera o repouso do estômago.

A recíproca também é verdadeira, isto é: os pensos bismutados, só por si, bastam às vezes para produzir a cicatrização de úlceras radiologicamente diagnosticáveis, realizando mesmo o preenchimento de volumosos nichos de Haudeck, conforme se vê documentado pelas radiografias que acompanham a nossa Obs. IV (figs. 8 e 9).

Por isso, só tratamos em regra as úlceras gástricas pelo método de Einhorn, quando o doente anteriormente submetido à dieta lactea, e fazendo uso dos pensos de bismuto, não obteve com isso resultados práticos apreciáveis.

Podemos também aproveitar com vantagem a via oral no decurso da alimentação por meio da sonda, para administrar

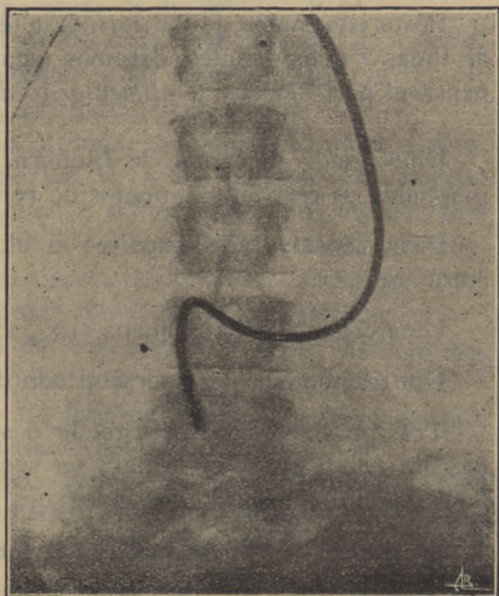


Fig. 1
Tubagem duodenal.
«Contrôle» radiográfico.

alcalinos ou beladona, nos casos rebeldes em que permanece após a sondagem a hipercloridria, o que nunca observámos.

Antes pelo contrário temos visto sempre baixar ao normal, números que traduziam um quimismo gástrico exagerado por excesso de acidez.

À beladona temos recorrido freqüentemente, sobretudo no decurso da tubagem, para vencer reflexos espasmódicos que perturbam a progressão da oliva.

Pôsto isto, antes de indicarmos a técnica de que nos servimos; de tôdas a mais simples, daremos uma relação do material indispensável para realizar a *alimentação duodenal*:

Uma sonda duodenal de Einhorn, em borracha mole, tendo marcados os respectivos pontos de reparo;

Duas cápsulas, de esmalte ou alumínio, comportando 250, 300 c. c.;

Uma cápsula mais pequena (100, 150 c. c.);

Um termómetro de imersão, todo de vidro;

Três provetas, uma para medir o sôro, outra o leite (graduadas em c. c.), e a terceira para ter sempre imerso o termómetro num líquido antiséptico e não tóxico;

Duas seringas de 20 c. c., esterelizadas, uma para injectar o leite, outra o sôro;

Uma seringa de 10 c. c., por exemplo, para absorver antes de cada refeição um pouco de líquido duodenal, certificando nos assim da posição da oliva e da sua desobstrução.

*

Uma vez realizada a tubagem, a sonda é prêsa à bochecha por meio de adesivo, tendo o cuidado de a fazer passar pelo espaço retro-dentário ou pela falta de algum dente molar.

A extremidade é obturada por uma mola de pressão que se prende ao barrete ou ao casaco do doente. Êste, sendo regularmente inteligente, logo nos primeiros dias começa a alimentar-se por si, sem qualquer auxílio dos enfermeiros (fig. 5).

1.º dia de alimentação

1,200 de leite fervido, açucarado com sacarose e lactose na proporção de 30^{gr} de cada por litro.

Oito refeições de 150 c. c. de leite e 100 c. c. de sôro fisiológico, às 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 e 22 horas.

OBSERVAÇÕES:— O leite é injectado muito lentamente, e à temperatura de 37-38º.

Injectado o leite de cada refeição, dar ao doente, pelo mesmo processo e com outra seringa, 100 c. c. de sôro fisiológico, à mesma temperatura.

Cada refeição, assim constituída por leite e sôro, demorará a injectar 15 a 20 minutos. Se, mesmo assim, o doente sente dôres intestinais, injectar pela sonda, diluídas num pouco de sôro ou água fervida, 10 a 15 gotas de tintura de beladona, dando por precaução mais 5 gotas antes da refeição seguinte.

O sôro, além da função alimentar que desempenha, serve também para lavar a sonda, evitando o mais possível que no seu interior fiquem restos de leite, que provocariam fermentações prejudiciais.

No fim do sôro injecta-se uma seringa de ar. Antes das refeições seguintes, verificar sempre por aspiração se a sonda está desobstruída e continua no seu lugar, isto é: se o líquido aspirado é suco duodenal (líquido muito transparente, com o aspecto de azeite).

O doente lavarà a bôca e bochecharà várias vezes durante o dia com soluto de borato de sódio a 30^o/100.

O leite de cada refeição é sempre coado no momento por uma compressa de gaze esterelizada, pois os grumos de nata obstruem os orifícios da oliva.

2.º dia

1,600 de leite fervido, açucarado pelo mesmo processo e repartido por oito refeições.

Cada refeição consta portanto de 200 c. c. de leite e 100 c. c. de sôro fisiológico. O horário é o mesmo.

OBSERVAÇÕES: — As mesmas que foram feitas no 1.º dia.

3.º dia

Dois litros de leite, *idem*.

Uma gêma de ôvo.

Oito refeições de 250 c. c. de leite e 100 c. c. de sôro com o mesmo horário.

À refeição das 20 horas junta-se uma gema de ôvo, que se dissolve no leite, coando-se em seguida.

OBSERVAÇÕES: — As mesmas.

4.º dia e seguintes

Dois litros de leite, *idem*.

Duas gêmas de ôvo.

Oito refeições de 250 c. c. de leite e 100 c. c. de sôro.

Adicionar uma gêma de ôvo à refeição das 10 horas e outra à refeição das 20.

OBSERVAÇÕES: — As mesmas.

Com êste simples régimen nunca obtivemos perda de pêso, antes temos verificado os aumentos seguintes, nos doentes tratados por alimentação duodenal:

Doente	Pêso antes do tratamento	Pêso depois do tratamento
Obs. I	57 ^{kg}	58 ^{kg}
Obs. II	61 ^{kg}	62 ^{kg}
Obs. III	46 ^{kg} ,100	47 ^{kg} ,200
Obs. V	47 ^{kg} em 10-VI	{ 50 ^{kg} em 18-VI 53 ^{kg} em 5-VII

Em caso de necessidade, e sempre que se verifique ser insufficiente a alimentação, pode sem inconveniente aumentar-se o número dos ovos, ou então adicionar ao leite um pouco de extracto

de carne, preparados de malte, alimentos ou medicamentos que contenham vitaminas (1), etc.

*

¿Quando devemos aconselhar a alimentação por via duodenal?
No que fica escrito atrás já o dissemos :

— Tôdas as vezes que fôr conveniente a exclusão temporária do estômago (e talvez duma parte do duodeno) e a tubagem fôr possível sem violências.

Assim, em certas úlceras do estômago, sobretudo nas úlceras da pequena curvatura (2), rebeldes ao tratamento médico, afigura-se-nos êste método como de aplicação racional.

É para discutir nestes casos de úlcera gástrica, o papel irritante e traumático da sonda sôbre a lesão ou sua proximidade.

Num outro trabalho, trataremos êste ponto com outro cuidado, bem como a parte que se prende com a fisiologia gástrica.

De resto, achamos até certo ponto aceitável o critério de Chabrol, Lepeyre e Laurain (3), que Damande acusa de possuírem falta de prática sôbre alimentação duodenal.

Estes autores acham perigôso o seu emprêgo na úlcera pilórica, dado o contacto íntimo entre a sonda e a erosão.

Realmente, na úlcera pilórica e na úlcera duodenal, há êsse argumento contra o método de Einhorn.

Não obstante, Carnot e Libert (4) dizem que «êste método pode prestar serviços mesmo nos casos de estenose pilórica, desde que a sonda encontre passagem».

Limitamo-nos a assinalar estas opiniões diferentes, omitindo por emquanto a nossa.

Relacionaremos a propósito a seguinte observação pessoal :

(1) Além dos sumos de frutas ao alcance de todos, há preparados no comércio, como a «Cerealose» e outros, que podem ser empregados para êsse fim.

(2) Fazemos exclusão das úlceras com estenose médio-gástrica que se não modifica com a terapêutica anti-spasmódica. Nestes casos em que o estômago é dividido em duas câmaras, separadas pela lesão ulcerativa, é que seria a temer o traumatismo da oliva.

(3) Chabrol, Lepeyre et Laurain, «Le tubage de Einhorn en pathologie gastro-duodenal, *Presse Médicale*, 3-2-926.

(4) P. Carnot et E. Libert. «De quelques applications pratiques du tubage duodenal au diagnostic et au traitement. *Journ. de Méd. et Chir. Prat.*, 1922, pág. 229-238.

OBSERVAÇÃO I

**Úlcera pré-pilórica, clínica e radiologicamente diagnosticável,
cicatrizando com a alimentação duodenal (?) e originando estenose pilórica**

Domingos Tavares de Souza, de 55 anos, natural de Vale de Cambra.
Registo clínico n.º 2.598 da Enfermaria 1.ª C. h.

Entrada em 21-IV-1930.

Veio para o Hospital porque sofre do estômago desde há 3 anos, sendo o seu sofrimento intervalado de quando em quando por períodos de acalmia. Começou por se queixar de fenómenos dispépticos hiperclorídricos, com gastralgia que se iniciava 2 a 3 horas depois das refeições. A dôr era localizada à parte mais elevada do epigastro, logo abaixo do apêndice xifoide e irradiava para o hipocôndrio direito ao longo das últimas costelas.

Nunca teve hematemeses nem melênas, mas os vômitos desde há 2 anos que passaram a ser freqüentes, muito ácidos, constituídos por sucos e por restos de alimentos mal digeridos. Sensação de pêso post-prandial.

Os vômitos acalmam sempre as dôres.

Por duas vezes fêz o tratamento médico com bismuto, beladona e alcalinos, sentindo-se melhor durante o tratamento, mas, abandonado êste e o regime dietético, de novo lhe voltava o mesmo sofrimento.

Últimamente piorou bastante: dores quási continuas e vômitos diários. Tem emagrecido e sente-se sem forças. A palpação do ventre não se nota nada de anormal.

A pressão desperta dôr na parte superior do epigastro e junto do ponto pilórico.

Constipação de ventre habitual:

Wassermann: — negativa.

Urinas: — normais.

Temperatura: — normal.

Suco gástrico: — colheita de 20 c. c. em jejum.

Não há retenção micro-alimentar.

HCl livre.	1,825 ‰
HCl combinado.	2,044 ‰
Ácido láctico	} 3,066 ‰
Ácido butírico	
Acidez total.	6,935 ‰
Contém sangue.	

Aparelhos circulatório e respiratório: — normais.

Exame radioscópico:

« Estômago volumoso com o polo inferior abaixo das cristas ilíacas.

Dôr localizada à pressão na região justa-pilórica, mantendo-se o piloro fechado e não se vendo alterações da parede.

Estômago elevando-se bem com a manobra de Chilaiditi; 6 horas depois não há estase gástrica nem duodenal, encontrando-se a substância opaca no íleon, cego e cólon ascendente.

Conclusão: — ulceração da região justa-pilórica não determinando alterações radiológicas da «parede do estômago».

28/4 — Tubagem duodenal.

A oliva leva 40 horas a chegar ao duodeno (verificação radioscópica).

30/4 — Inicia-se a alimentação duodenal.

Pêso do doente 57 Kg.

As dores que o apoquentavam, causando-lhe insónia, cessam imediatamente apenas se estabelece a alimentação pela sonda.

As primeiras refeições causam ligeiras dôres que a beladona acalma. Pensos bismutados desde o 3.º dia.

19/5 — O doente julga-se bom, pois não voltou a ter dôres. Durante os 19 dias em que fez uso da alimentação duodenal nunca sentiu sede nem fome. É retirada a sonda.

Pêso, 58 kg.

Não se consegue extrair nenhum suco gástrico do estômago senão depois duma refeição de prova (Ewald)

HCl livre	1,825 ⁰ / ₁₀₀
HCl combinado	0,803 ⁰ / ₁₀₀
Acidez total	2,628 ⁰ / ₁₀₀
Contém sangue.	

Novo exame radioscópico mostra desta vez resistência pilórica, com estase gástrica igual a 1/2 do volume do caldo opaco ingerido 6 horas antes.

O radiologista conclui por estenose pilórica.

Mantemos o doente durante 15 dias fazendo uso regular da beladona (XXX gotas de tintura por dia) e dieta láctea.

Não obstante, o doente queixa-se de sensação de plenitude gástrica, aumentando para a noite, uma ou outra dôr e ligeira hipercloridria.

3/6 — Novo exame radioscópico mostra estase gástrica quasi total (3/4) por «estenose pilórica constituída», o que está de acôrdo com a sintomatologia clínica que o doente agora apresenta.

Operado de gastro-enterostomia no dia 27/6 pelo Ex.º Prof. Dr. Bisaya Barreto. O doente teve alta no dia 15/7, tendo saído curado.

*

Parece, pelo que fica exposto, que o repouso gástrico produziu de facto a cicatrização, embora incompleta (?) (presença de sangue no líquido gástrico), da úlcera pilórica, o que acarretou um certo grau de estenose em relação com a cicatrização obtida.

Não será motivo de espanto esta estenose ter-se formado ape-

nas em 20 dias, porquanto adiante veremos que nas mesmas condições obtivemos, no mesmo espaço de tempo, a cicatrização e preenchimento de profundas úlceras gástricas localizadas à pequena curvatura.

De resto, a medicação antispasmódica a que sujeitámos êste doente durante duas semanas, confirma a estenose cicatricial de carácter progressivo (estase quási total).

Sendo assim, ¿podemos maldizer a alimentação duodenal que levou êste doente a uma gastro-enterostomia?

De-certo que não!

Êle era possuidor de uma úlcera prèpilórica, clínica e radiològicamente apreciável, mas a permeabilidade pilórica era normal e por isso o doente esteve para ter alta e aconselhar-se-lhe de novo o tratamento médico.

Iria portanto mais uma vez fazer uso de remédios caros, não podendo, como das outras vezes, seguir à risca as prescrições médicas, por falta de recursos, e obteria, uma vez mais, benefícios inconstantes e incertos.

Assim, continuaria inválido, até que a sua úlcera se complicasse de hemorragia, perfuração, etc., ou então cicatrizasse, acarretando consigo a estenose definitiva. Nessa altura viria operar-se.

Isto é: aquilo que conseguiria à custa de tempo, despêsa, sofrimento e invalidez, conseguiu-o em poucos dias e sem sofrimento algum.

Chabrol, Lepeyre e Laurain, a propósito ainda do método de Einhorn, concordam que « êste processo terapêutico aplicado às úlceras da pequena curvatura, conserva pelo menos o mérito de poder preparar muitas vezes a intervenção cirúrgica ».

Como vimos, o mesmo se pode dar na úlcera pilórica, e êste caso é um dêles.

*

Na úlcera da pequena curvatura, o contacto da sonda com a lesão pode dizer-se que não existe e, por isso, êste método apresenta aqui bastante interêsse, umas vezes para preparar o doente e pô-lo em melhores condições de operabilidade, levantando o seu estado geral, em regra precário, e melhorando consideravelmente a sua lesão ulcerativa crónica, com fenómenos inflamatórios locais e peri-locaes etc.; outras vezes, quando não há ainda perda de

substância, nem imagem diverticular, é justo esperar a cicatrização, mesmo quando o tratamento médico tiver falhado ou não dê aquele alívio imediato, aquela acção sedante, que com êste método se obtém e torna os doentes, logo nos primeiros dias, os melhores defensores dêste processo terapêutico.

Dir-se há: a úlcera cicatriza ; mas quem nos garante que ela não recidiva ?

Ninguém pode garanti-lo, pois mesmo nos casos em que esta se excluiu por exêrese cirúrgica, há registados exemplos de úlceras de repetição. De resto, a cicatrização por repouso gástrico é precisamente o que se procura obter com a gastro-enterostomia, operação de certo melindre e que também não põe ao abrigo das recidivas nem da degenerescência cancerosa.

Nós próprio, já vimos morrer por perfuração da sua antiga úlcera pilórica, perfuração que originou grande abscesso sub-frênico, um doente operado de gastro-enterostomia havia 15 anos (Registo clínico n.º 1.976, Enf. 2.ª C. h.; Autopsia n.º 252), como já vimos também a úlcera pilórica continuar em actividade depois da gastro-enterostomia, ocasionando abundantes hematemeses, dôres e vômitos freqüentes e quasi intolerância gástrica. (Registo clínico n.º 1.301, Enf. 1.ª C. m.).

Relatamos a seguir duas observações de úlceras crônicas da pequena curvatura, tratadas com a alimentação duodenal.

OBSERVAÇÃO II

Úlcera crônica da pequena curvatura com grande nicho atípico.

Alimentação duodenal: desaparecimento de toda a sintomatologia clínica com preenchimento quasi completo da imagem diverticular.

Antônio Dias Fontes, de 45 anos, natural de Oliveira do Hospital. — Registo clínico n.º 2.412 da Enfermaria 1.ª C. h. Entrada em 5-7-929.

Tem 12 filhos, todos saudáveis.

Nunca esteve doente; apenas em 1923 sofreu de gastralgias durante uns 15 dias, cedendo as dôres ao tratamento pelos alcalinos.

Só em Janeiro de 1929 voltou a queixar-se do estômago: as mesmas dôres com sede no epigastro, mas agora aparecendo tôdas as tardes, acompanhadas de sensação de fome e calmando com a ingestão de alimentos.

Sialorreia em jejum, e outras vezes no momento das dôres.

Três semanas antes de entrar para o Hospital, piorou; esta fome dolorosa tornou-se freqüente e as gastralgias mais insuportáveis, irradiando para a região lombar.



Fig. 2
Úlcera crônica da pequena curvatura.
Volumoso nêcho de Haudeck atípico.



Fig. 3
Resultado da alimentação duodenal durante 21 dias:
preenchimento quasi completo da imagem diverticular.

Nunca teve pirósis, nem eructações, nem hematemeses, nem melenas.
Por duas vezes apenas vomitou, em seguida a ingestão de uma pequena porção de vinho, bebida a que não estava habituado.

Tem passado privações alimentares devido aos poucos meios e muita família.

Bom apetite e bom estado geral. Há dor à pressão no epigastro, três dedos

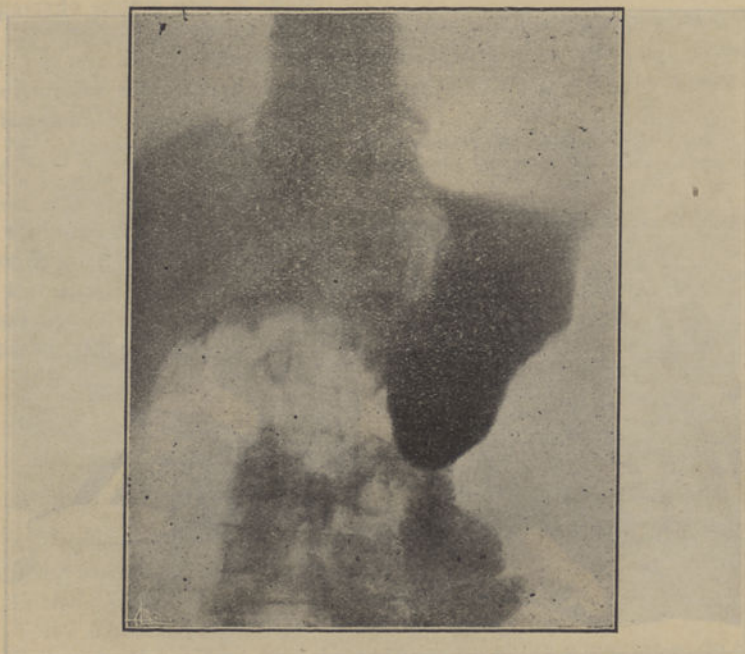


Fig. 4

Um ano depois da alimentação duodenal (doente da Obs. II, figs. 2 e 3) não só se mantém a cura como é perfeito o preenchimento do nicho.

abaixo do apêndice xifoide e um pouco à esquerda da linha mediana quasi sob o rebordo costal.

Wassermann: — negativa.

Análise de urinas: — normal.

Temperatura: — normal.

Suco gástrico: — retirado em jejum 20 c. c.

HCl livre	1,533 ‰
HCl combinado.	1,387 ‰
Acidez total.	2,92 ‰
Contém sangue.	

Exame radioscópico: — «Úlcera crónica da pequena curvatura, com volumoso nicho de Haudeck atípico; permeabilidade normal do piloro, ondas profundas e freqüentes.

Esta imagem foi fixada em radiografia para efeitos de documentação (fig 2).

11/7 — Tubagem duodenal fácil. Líquido amarelo dourado, muito límpido.



Fig. 5

O doente alimenta-se por si

Começa a fazer-se a alimentação pelo tubo. O doente pesa 61 kg.

15/7 — O doente suporta muito bem a sonda e é ele próprio que se alimenta desde o 3.º dia (fig. 5).

Iniciam-se os pensos bismutados (10 gr. de carbonato de bismuto de manhã por via oral). Não tornou a ter dôres.

Quando chega a hora da refeição sente apetite, mas, depois dela, fica satisfeito como se a tivesse tomado pela bôca.

22/7 — Foi preciso retirar a sonda para substituir por outra, tendo-se aproveitado a ocasião para fazer novo exame radiológico; a imagem diverticular está muito reduzida.

Pêso do doente, 62 kg. tendo aumentado 1 kg. durante 11 dias

31/7 — Foi retirada a sonda, tendo durado a tubagem 21 dias sem incó-

modo algum para o doente. Nunca teve prisão de ventre durante o tratamento.

A radiografia mostra o nicho de Haudeck muitíssimo reduzido (fig. 3).

O pêso mantém-se.

4/8 — O doente teve alta, encontrando-se bem, fazendo bem as digestões e não sentindo dôres nem coisa alguma que lembre o seu padecimento.

12/8/930 — Volvido um ano voltamos a observar êste doente, que nos diz ter passado sempre bem de saúde.

De resto, a sua pobreza não tem permitido guardar até hoje a dieta proposta por nós; faz há muitos meses da sardinha salgada, embora demolhada, o forte da sua alimentação quotidiana, e, não obstante, nunca sentiu que isso lhe fizesse mal.

Novo exame radioscópico mostra um estômago hipertónico muito pequeno, mesmo muito mais pequeno do que era há um ano, despejando com grande rapidez.

Daí por uma hora foi-lhe feita uma radiografia e já nenhuma gelobarina se encontrava no estômago.

Por esta radiografia se verifica (fig. 4) que não há vestígios sequer do antigo nicho da pequena curvatura, mantendo-se portanto a cura num estado de perfeição maior.

OBSERVAÇÃO III

Úlcera da pequena curvatura (cone de atracção) cicatrizada com a alimentação duodenal.

Ana de Jesus, de 39 anos, natural de Dofreira. (Torres Novas) — Registo clínico n.º 2.048 da Enfermaria 2.ª C. m.

Entrada em 2-6-930.

Tem 3 filhos vivos e saudáveis. Nunca teve abortos.

Foi saudavel até há 4 anos. Começou nessa altura a queixar-se do estômago.

Gástralgias quasi permanentes, acompanhadas de fenómenos dispépticos hiperclorídricos.

Tem tido vários períodos de acalmia, mas presentemente sofre como nunca e quasi permanentemente.

A dôr exacerba-se uns $\frac{3}{4}$ de hora depois das refeições, localizada à esquerda do epigastro, sob o rebordo costal e irradiando para o hemitórax esquerdo e ombro esquerdo.

Vômitos muito ácidos, no fim de quasi tôdas as refeições; por duas ou três vezes teve melêna com o aspecto de bôrra de café. Pirósis, eructações ácidas, sialorreia e constipação do ventre. Há quasi um estado de intolerância gástrica. A palpação faz despertar dôr no epigastro, abaixo do apêndice xifoide e sob o rebôrdo das últimas costelas esquerdas.

Urinas: — normais.

Wassermann: — negativa.

Pêso: — 46^kg,100
Temperatura: — normal.
Quimismo gástrico:

HCl livre	0,438 ⁰ / ₁₀₀
HCl combinado	0,219 ⁰ / ₁₀₀
Ácidos de fermentação	0,146 ⁰ / ₁₀₀
Acidez total	0,803 ⁰ / ₁₀₀

O suco gástrico contém sangue. Nada de anormal no sedimento senão os glóbulos vermelhos.

3/6 — *Exame radioscópico*: — «Estômago alongado; polo inferior ao nível das cristas ilíacas; imagem diverticular de forma cônica na parte média da pequena curvatura — cone de atracção — revelando um processo ulcerativo restrito, nitidamente doloroso à pressão. Peristaltismo gástrico normal e perfeita permeabilidade pilórica, não havendo estase gástrica 6 horas depois.

Conclusão: — úlcera evolutiva de pequena curvatura ».

14/6 — Tentativa de tubagem infructifera.

O nervosismo da doente torna-a insubmissa.

Prefere morrer do que aceitar a tubagem.

A sonda, deglutida a custo, é vomitada passada uma hora.

17/6 — Os pensos bismutados do estômago, de que a doente faz uso há duas semanas, em nada têm diminuído a sua sintomatologia dolorosa e dispéptica.

É tirada uma radiografia que mostra ainda o cone de atracção (fig. 6).

Só por imposição a doente aceita de novo a sonda, tendo-lhe nós afirmado que, quantas vezes a vomitasse, tantas vezes a teria de engulir de novo. Faz duas regorgitações da sonda, esta por fim entra no estômago e 6 horas depois está a oliva no duodeno.

18/6 — A doente está bem, as dores desapareceram e a alimentação faz-se sem incidente.

7/7 — É o 20.º dia de alimentação duodenal. A doente pesa 47^kg,200, tendo aumentado 1^kg,100.

Nunca mais teve dores e bem diz a terapêutica que lhe foi instituída. A função intestinal tem sido perfeita. Nunca sentiu fome nem sêde.

Não fez uso de pensos bismutados durante a tubagem.

10/7 — Inicia-se o régimen lacto-farinoso, que é bem suportado.

Nova radiografia (fig. 7) já não mostra a imagem cônica da pequena curvatura.

Nem dores, nem fenómenos dispépticos, sensação agradável que há 4 anos não experimenta.

*

Eis dois casos de úlcera da pequena curvatura, bem diferentes um do outro, tendo ambos beneficiado altamente com a alimentação duodenal.



Fig. 6

Úlcera da pequena curvatura. Cone de atracção.



Fig. 7

Cicatrização da úlcera, depois da alimentação duodenal.

No primeiro trata-se de uma úlcera crónica com grande imagem diverticular, testemunha de um processo ulcerativo antigo, com desgaste corrosivo das túnicas do estômago ao nível da lesão, desgaste traduzido por êste nicho de Haudeck atípico que é nem mais do que o « *soulèvement même de la paroi gastrique affaiblie en un point, sous la poussée de la substance opaque intragastrique* » (1).

Trata-se nestes casos, segundo a opinião esclarecida dos autores daquelas linhas, de úlceras perforantes, cujo fundo é formado pelo encôsto defensivo duma viscera vizinha, ou então é uma úlcera parietal não perforante, mas cujo fundo é formado unicamente pela túnica serosa do estômago. De qualquer das formas, é uma úlcera grave.

O segundo caso representa uma úlcera mais restrita, em que a corrosão não interessa mucosa e muscular. Em todo o caso é uma lesão em actividade, traduzindo-se ao exame radiológico por um *cone de atracção*; êste representa « o repuxamento pelo pequeno epíplon, do ponto da pequena curvatura enfraquecido pela lesão ulcerosa, e traduz uma fase relativamente inicial da úlcera », pois quando esta houvesse corroído mucosa e muscular, transformar-se-ia a imagem cónica num *nicho atípico*.

Num e noutro dêstes dois casos, assistimos ao desaparecimento de tôda a sintomalogia clínica, o que representa tão sòmente serem satisfatórios em regra os resultados imediatos obtidos com o processo de Einhorn, aplicado às úlceras da pequena curvatura do estômago.

No primeiro dêstes doentes, o mais grave dos dois, a cura mantém-se passado um ano, tendo-se verificado o preenchimento do nicho, que desapareceu por completo.

Isto pode atribuir-se talvez ao regimen alimentar que o doente respeitou ainda durante uns meses, pois é certo que não voltou a tomar medicamentos depois que saíu do Hospital.

¿ Como se realiza a cicatrização dêstes nichos e seu concomitante preenchimento?

« Por juxtaposição à serosa de uma mucosa sem glândulas,

(1) Pierre Duval, Roux et Bécère. « Radiologie Clinique du tube digestif. Estomac ». Masson Ed. 1927.

com interposição de uma camada esclerosa sem fibras musculares» (1).

¿E o desaparecimento do nicho ao exame radiológico tem valor?

Respondem Pierre Duval, Roux e Bécclère:

« *La guérison clinique coïncidant avec la disparition de la niche, permet d'affirmer, sinon la disparition, tout au moins la très grande amélioration anatomique de l'ulcère* (2).

Na doente da nossa observação III, tratava-se duma úlcera em actividade, relativamente recente, com sintomatologia aparatosa e que em nada obedeceu aos pensos gástricos bismutados que se administraram quotidianamente, durante duas semanas.

A alimentação duodenal leva à cicatrização da úlcera (?) e talvez à cura definitiva, o que só o futuro nos dirá, tendo ficado a doente de se encontrar conosco de quando em quando.

Não se exagere dizendo-se que só o repouso gástrico, tal como se obtém por êste processo, pode levar à cicatrização e ao preenchimento dêstes nichos, reveladores de úlceras crónicas com corrosão bem aparente das tunicas do estômago.

Com o tratamento médico clássico pode às vezes conseguir-se o mesmo fim.

A nossa observação IV é um caso frisante do que afirmamos. Damos dela um sucinto relato:

OBSERVAÇÃO IV

Úlcera crónica da pequena curvatura, com nicho de Haudeck atípico volumoso. Pensos bismutados da mucosa gástrica; desaparecimento dos sintomas clínicos e notável preenchimento da imagem diverticular.

Maria Fetal, de 42 anos, natural de Reguengos. — Registo clínico n.º 1.908 da Enfermaria 2.ª C. m.

Entrada em 29-11-929.

Há três anos que sofre do estômago. Sintomatologia clínica de úlcera da pequena curvatura. Em 3 de Junho de 1929, grande hematemese; desde então, o padecimento agravou-se, sendo os vômitos mais frequentes.

Nada de anormal, nem nas urinas nem no sangue. Suco gástrico contendo sangue; acidez total — 1,022 ⁰/₁₀₀.

(1) Pierre Duval, Roux et Bécclère, *loc. cit.*

(2) *Idem.*



Fig. 8

Úlcera crônica da pequena curvatura

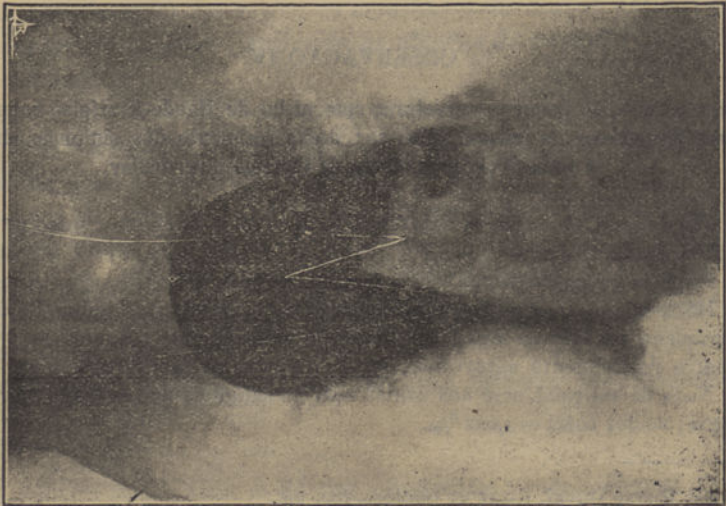


Fig. 9

Cicatrização apenas com pensos bismutados

O *exame radioscópico* revela, a meio da pequena curvatura, uma imagem diverticular saliente, volumosa, verdadeiro nicho de Haudeck, onde a doente acusa dor bem localizada.

A radiografia tirada em seguida (2-12-929) confirma o exame anterior (fig. 8).

12/12 — A doente é medicada com 10^{gr} de carbonato de bismuto, que ingere todas as manhãs segundo a técnica de Fleiner, e XX gotas de tintura de beladona por dia.

31/12 — A sintomatologia subjectiva que a doente acusava desapareceu, e uma nova radiografia mostra o nicho de Haudeck muitíssimo reduzido.

Outra radiografia tirada em 12-1 (fig. 9) confirma a cura radiológica, em harmonia com os resultados clínicos obtidos.

Este caso, semelhante a outros relacionados por Damade, Montier, Porcher e Caillé (1), por demasiado banal não mereceria relato se não fôsse o facto de suplantar todos os outros no espaço mínimo de tempo que requereu o preenchimento do nicho.

Aqueles autores, para úlceras mínimas, dão como tempo necessário à sua cicatrização 2 a 5 meses.

O factor individual deve ser a única causa da discordância que há entre estes casos e o nosso.

A doente teve alta com a recomendação de voltar, ao menor rebato, continuando em casa o tratamento médico.

*

Ora, como sabemos, no que respeita ao fenómeno *cicatrização*, tudo depende do doente, e cada organismo apresenta uma tendência diferente, maior ou menor, para reparar perdas de substância, havendo — digamos assim — um coeficiente de regeneração celular ou cicatrização, que difere de doente para doente.

É de observação corrente nas enfermarias de cirurgia, ver doentes que reparam com extraordinária rapidez grandes perdas de substância, cujos ferimentos não apresentam grande tendência a infectar-se, antes resistem à infecção, que possuem tecidos, em suma, com uma vitalidade exuberante, animados dum força reparadora e construtiva, que está bem em relação íntima com poderosas defesas orgânicas.

Outros, apresentam lesões mínimas, mas de difícil reparação; se foram traumatismos que ocasionaram feridas contusus, embora insignificantes, estas apresentam-se providas dum poder de regeneração ínfimo, sem gomos carnudos que atestem uma vitali-

(1) Soc. Gastro-entérologie, 4-XII-922 e 12-X-925.

dade reparadora suficiente; se são úlceras, estas são átonas e, nem os meios keratogéneos ao nosso alcance, nem o sol, *fons vitæ omnibus*, consegue fazê-las retroceder sensivelmente; são doentes que infectam os seus ferimentos com facilidade, e a quem a menor picada produz um panarício, um abcesso, um fleimão, etc.

O povo, o bom povo ignorante, tem sempre uma frase rude, tósca, informe, mas através da qual traduz bem, grande número de vezes com verdade científica, determinadas concepções clínicas.

Assim, é corrente distinguir-se que, se há quem tenha *boa carnadura*, há também quem tenha *carnadura ruim*.

Eis, traduzido nos dizeres do povo, o que em resumo dissemos nas linhas precedentes e de que um dia nos ocuparemos com maior correcção e outro espírito de análise.

Se isto é verdade, não é de espantar que muitas úlceras gástricas cicatrizem sem qualquer terapêutica e outras beneficiem tanto com os pensos bismutados, como beneficiariam com a alimentação duodenal.

Mesmo assim, esta não ficaria desprestigiada, pois reservar-se-ia para os casos onde aquela outra técnica falhasse, ou para aqueles outros que beneficiariam com uma melhora rápida, e lucrariam ainda :

1.º — *pela economia do tratamanto;*
2.º — *por ser possível desta forma fornecer ao doente uma alimentação hidratante e reconstituente*, que se pode fazer variar até limites bastante extensos, o que com a alimentação *per os* não acontece, estando o doente condenado à dieta láctea, em regra insuficiente e quantas vezes indesejada.

Ora, se a alimentação duodenal é reconstituente, reforça as defesas orgânicas e coloca o organismo portanto em condições de aumentar a sua força de reparação celular, o seu coeficiente de cicatrização pessoal.

Ainda hoje se estuda nos livros didácticos, que nos casos de úlcera gástrica *« por vezes é necessário pôr o estômago em repouso completo alguns dias, alimentando o doente por via rectal e calmando a sua sede por clisteres. É a chamada cura de inanição, que não pode prolongar-se por mais de 15 dias (1).*

Temos hoje obrigação de irradiar períodos destes dos *précis*

(1) Collet, «*Precis de Pathologie interne*», 1920, pág. 674. *Idem*, 1926.

didáticos, entre outros motivos porque a alimentação rectal já fez a sua época e já mostrou o seu insuficiente valor terapêutico.

Com a alimentação rectal não é possível manter um doente sem perda de peso, por poucos dias que seja, enquanto que com o método de Einhorn, podemos levantar o estado geral precário, que é apanágio dos gastrópatas, e podemos prolongar por duas, três, quatro semanas, a nosso bel-prazer, a terapêutica de repouso gástrico, com aumento de peso e incomparável benefício para o doente.

Não é só nas úlceras do estômago que a alimentação duodenal encontra por vezes uma formal indicação em cirurgia.

Einhorn, Meyer, Fischer, With Stetten e vários outros autores, referem ter aplicado com bom êxito este processo terapêutico em certas *úlceras duodenais, úlceras perfuradas do estômago e duodeno* « quando tódta a intervenção parece impossível », *hematemese graves, pondo a vida em perigo por desidratação e inanição*, etc., etc.

With Stetten (1) lembra que é de um grande recurso nas fistulas post-operatórias ou acidentais, das primeiras porções do tubo digestivo — faringe, esófago, estômago, duodeno.

Tivemos ocasião de reconhecer esta verdade num doente com fistula gástrica post-operatória:

OBSERVAÇÃO V

Fístula gástrica post-operatória com desidratação intensa e progressiva do doente Alimentação duodenal. Cura.

Francisco Monteiro, natural de Cascoel (Condeixa), de 41 anos de idade. Registo clínico n.º 1.980 da Enfermaria 2.ª C. h.

Entrada em 5-5-930.

Sintomatologia clínica de úlcera gástrica antiga. Ao exame radiológico, *nicho atípico gigante* da pequena curvatura e *encoche* na parte fronteira da grande curvatura. Pílorospasmo.

23/5 — operado pelo Ex.^{mo} Prof. Dr. Bissaya Barreto de *excisão da úlcera com gastro-plástica*. Anestesia com éter. (Ombredanne).

Havia fenómenos profundos de perigastrite com aderências da úlcera, sobretudo ao lobo esquerdo do fígado.

24/5 — A temperatura sobe a 38°,8, o pulso a 120, mas a diurese é boa (800 c. c.) e o estado geral regular.

(1) With Stetten, «Le tube duodenal en chirurgie». Transcrito no livro de Einhorn, *Le tube duodenal*.



27/5 — Tendo a temperatura descido para 37°,8 e o pulso para 86, ao fazer o penso nota-se um líquido suspeito surdindo entre dois pontos da sutura.

Verifica-se a formação duma fistula gástrica, que progride nos dias seguintes, abrindo-se no exterior por um orifício de forma elíptica com 6 cm. de grande eixo orientado no sentido vertical e 3 cm. de eixo menor.

O doente está constantemente encharcado e o cheiro a requeijão incomoda deveras quando se lhe faz o penso.

Uma colhêr de água que o doente beba é imediatamente evacuada pela fistula gástrica.

2/6 — O doente decai dia a dia. Começa a fazer uso de clisteres alimentares.

7/6 — A desidratação e decadência do doente são progressivas.

Substitui-se-lhe a alimentação líquida por carne passada pela máquina e farinhas, sendo o resultado aproximadamente o mesmo.

À volta da fistula incontinente, formam-se úlceras serpiginosas, e o próprio tracto fistuloso é ulcerado e infectado, encontrando-se coberto de pus que contém *cocus* e *diplococcus positivos ao Graam*.

10/6 — O doente chegou a uma fase de verdadeira miséria fisiológica.

O seu pêso é de 47kg. Inicia-se a alimentação duodenal, verificada a chegada da oliva ao duodeno, tendo sido a sonda deglutida na véspera.

18/6 — O doente tem experimentado uma verdadeira ressurreição. Pêso 50kg, tendo recuperado portanto 3kg em 8 dias. A fistula está reduzida a menos de metade, as úlceras que lhe causavam dôr, ardôr e prurido estão quasi curadas e a supuração quasi desapareceu.

5/7 — A fistula está por completo curada.

O doente já se levanta, tem nutrido bastante, sente-se com forças e o seu estado geral é bom.

Pesa agora 53kg.

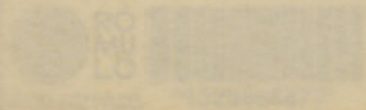
A alimentação duodenal é interrompida, tendo o doente lucrado 6kg em 25 dias.

Em seguida começou a alimentar-se com farinhas arroz e purés, tendo alta no dia 24 de Julho, completamente curado.

*

Ao terminarmos por agora com esta resumida exposição dos resultados que obtivemos com a alimentação duodenal, nem a nossa curta prática nos dá direito a tirar conclusões, que possa aproveitar quemquer que seja, nem tampouco êste trabalho teve uma finalidade crítica; se a tivesse, teria atingido sem dúvida um objectivo muito mais interessante e proveitoso, mas, como a tanto não soubemos abalançar-nos, continuaremos a receber dos Mestres suculentas lições, fazendo os possíveis por ir applicando à prática o produto do seu saber, e transmitindo ao papel o resultado do nosso modesto labor.







RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329666877

