

M. DA SILVA LEAL
Gastro-enterologista e radiologista no Pôrto

Considerações sôbre alguns casos de tumores do estomago

(SEPARATA DO «PORTUGAL MÉDICO», N.º 11 DE 1932)

PORTO
Tipografia da «Enciclopédia Portuguesa», L.^a
Redacção e Administração do «PORTUGAL MÉDICO»
47, Rua Cândido dos Reis, 49
1932

RC
MNCT
616
LEA

Considerações sôbre alguns casos de tumores do estomago (1)

A freqüência com que aparecem doentes portadores de formações tumorais do estomago justifica a atenção prestada em todos os centros científicos a êste capítulo da patologia. Dos numerosos casos que tenho observado, respigo algumas observações, que serão agrupadas em categorias distintas, se bem que, talvez, intimamente relacionadas.

I.ª Observação. — 4 de Outubro de 1927 — João P., 43 anos, chauffeur, casado, natural de Guimarães, residindo no Pôrto.

Há anos que é obstipado, intensificando-se mais essa obstipação nêstes últimos meses. Tendo sempre passado bem do estômago notou, porém, há cêrca de meio ano, que, algum tempo depois das refeições, 20 a 30 minutos depois, sentia dôres no estômago; essas dôres foram aumentando de intensidade ao mesmo tempo que o doente ia enfraquecendo rãpidamente; há umas três semanas que abandonou o trabalho, começando então a sentir intensas cefalalgias.

Actualmente o doente apresenta-se bastante emagrecido e sem apetite. Queixa-se de violentas dôres no estômago, as quais atingem a maior intensidade meia hora depois das refeições. Estando o doente em posição vertical, as dôres irradiam da região epigástrica para os lados e para a região dorsal. Mesmo que o doente se deite, seja em decúbito dorsal, seja em decúbito ventral, pouco alívio consegue; apenas debruçado, de forma que haja compressão intensa do estômago, é que as dôres diminuem um pouco de intensidade. Acusa, permanentemente, uma sensação de pêso no estômago e, pela palpação, verifica-se a existência duma volumosa massa tumoral na região epigástrica, a qual se estende para o lado direito, até muito próximo do rebordo costal, atingindo, em cima, a região xifoideia, e chegando, na parte inferior, até ao umbigo; os seus contornos são irregulares e a mobilidade nula. As vibrações transmitidas pela aorta abdominal são visíveis, mesmo quando o doente tem o colete apertado. A palpação do tumor é muito dolorosa. Os reflexos rotulianos são exagerados. Do lado do aparelho circulatório, há a notar o segundo ruído aórtico vibrante.

(1) Trabalho apresentado à Associação Médica Lusitana em 8-XI-932.



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIAS
EPIDEMIOLÓGICAS

RC
MCT
616
LEA

Fizeram-se vários exames radiológicos, tendo-se verificado o seguinte: tomada a refeição de Gelobarine, notou-se que o estômago se enchia irregularmente e só algum tempo depois é que a papa atingia o fundo. Em certas zonas do estômago, via-se uma tonalidade menos intensa; pela palpação, notou-se que a massa tumoral fazia parte integrante do estômago. Examinado o doente passadas 2 horas, viu-se que o estômago tinha esvasiado por completo a refeição baritada, a qual se encontrava espalhada pelo intestino



Fig. 1

delgado. Decorridas mais 5 horas, já a refeição opaca tinha atingido o ângulo esplenocólico. O doente ingeriu nova refeição opaca e foi-lhe feita uma radiografia (Fig. 1), na qual se verifica, como foi visto ao *écran*, a existência de zonas de tonalidade esbatida.

A reacção de Wassermann feita ao sôro sanguíneo foi fortemente positiva.

Tem os pais vivos; a mãe é saudável e o pai de 65 anos, sofre duma diarreia pertinaz (?). O doente tem 4 filhos, 3 são saudáveis e 1 é escrufuloso. Em novo teve adenites e uma blenorragia. Teve reumatismo e, há alguns meses, icterícia.

De início foram feitas injeções arseno-mercuriais por via endo-venosa, alternadas com ampólas de 2 cc. de Lipiodol «Lafay». No fim desta primeira série de tratamento, as dôres violentas tinham diminuído, começando o doente a trabalhar um pouco. A massa tumoral apresentava, porém, o mesmo tamanho e as dôres à pressão eram ainda grandes. Continuou-se a fazer tratamento arseno-mercurial e foi-lhe prescrito o iodeto de

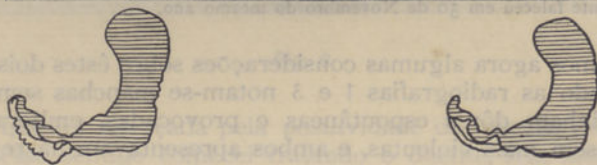


Fig. 2

potássio, o qual foi perfeitamente suportado (2 grs. por dia). Nenhum outro medicamento foi dado, assim como nenhum regimen dietético foi estabelecido.

Em Maio de 1928 as dôres tinham desaparecido por completo e a massa tumoral tinha-se reduzido muito.

Têm sido feitas várias séries de tratamento com o cianeto de mercúrio e com o Novarsenobenzol e actualmente o doente nada sente. Em Maio do ano corrente foi feita

uma nova radiografia (Fig. 2), a qual mostra o desaparecimento das zonas de maior densidade, embora na pequena curvatura, proximo do piloro, haja vestígios do processo cicatricial que se deu.

O doente continua fazendo tratamento específico, embora presentemente com muito menos regularidade.

2.ª Observação. — 4 de Novembro de 1928 — Manuel L. P., 48 anos, casado, residindo em Esmoriz, Espinho. Pelo exame clínico que fiz, juntamente com o Dr. Abel Pacheco, verificou-se o seguinte:

O doente até há uns 4 meses foi saudável. Naquela data começou a notar que fazia mal as digestões, ao mesmo tempo que ia enfraquecendo sensivelmente. Pouco depois as digestões tornaram-se mais difíceis e passou a vomitar.

Presentemente encontra-se muito asteniado, magro, com as mucosas descoradas e a pele de côr amarelada. Conserva o apetite, mas queixa-se de digestões muito lentas e de grande pêso no estômago, só ficando um pouco aliviado quando vomita. Sente dôres no estômago, dôres permanentes, as quais diminuem um pouco em decúbito dorsal. Pela palpação verifica-se a existência duma massa tumoral na região epigástrica, de contornos irregulares, um pouco dolorosa à palpação e difficilmente mobilizável. No decorrer do exame assisti a um vômito de muito mau cheiro e com grande abundância de alimentos em plena fase de putrefacção.

No exame radiológico que lhe fiz, apurei o seguinte: a refeição opaca ingerida caiu vagarosamente no fundo do estômago, o qual se encontrava abaixo da linha bi-iliaca; o estômago, em forma de *cuvette*, apresentava-se atónico. Passadas 24 horas, a Gelobarine continuava ainda no estômago. Neste último exame foi feita uma radiografia (Fig. 3) a qual nos mostra manchas de desigual tonalidade, correspondendo à maior densidade da massa tumoral.

Quanto a antecedentes pessoais e hereditários, nada se apurou digno de registo. A instâncias da família, a-pesar-de ter sido pôsto o diagnóstico de estenose pilórica por cancro do estômago, muito possivelmente inoperável, foi tentada a intervenção sangrenta pelo Dr. Abel Pacheco. Durante a laparotomia verificou-se haver uma infiltração cancerosa de todo o estômago.

O doente faleceu em 30 de Novembro do mesmo ano.

Façamos agora algumas considerações sôbre êstes dois doentes. Examinando as radiografias 1 e 3 notam-se manchas semelhantes. Ambos tinham dôres espontâneas e provocadas, embora no primeiro fôssem mais violentas, e ambos apresentavam na região epigástrica uma massa tumoral volumosa, de contornos irregulares, quasi nada mobilizável. A astenia progressiva e emagrecimento rápido, a côr amarelada da pele e o esbranquiçado das mucosas eram sinais comuns aos dois doentes.

Só no primeiro a evacuação gástrica era mais rápida do que normalmente, enquanto que no segundo doente, passadas 24 horas, ainda não tinha saído o mais pequeno fragmento de refeição gelobarinada. A sensação de pêso era também comum aos dois doentes.

tes, embora no segundo fôsse muito duradoira, diminuindo sòmente após o vômito; nêste doente a sensação de pêso era principalmente devida à estase, enquanto que em João P. era simplesmente a massa tumoral que lhe dava aquela sensação.

No doente que constitue a primeira observação, as dôres de cabeça, os reflexos rotulianos exagerados e o segundo ruído aórtico vibrante fizeram-me pensar na possibilidade dum sifiloma gástrico,

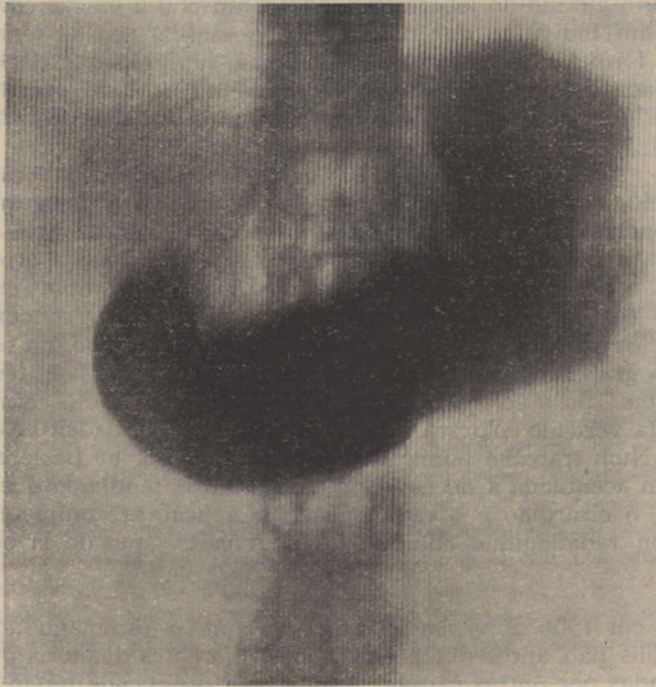


Fig. 3

hipótese que foi reforçada pela positividade da reacção de Wassermann; nêste sentido comecei tratando o doente, sem mesmo estabelecer cuidados especiais na alimentação. O tratamento foi eficaz e a evolução da doença confirmou o diagnóstico. No segundo doente, o diagnóstico de cancro foi confirmado na mesa de operações.

Em 1931 Eduardo Coelho ⁽¹⁾ publicou um caso em que a po-

(¹) Eduardo Coelho — Um caso de sífilis gástrica com a prova radiológica da cura. In *Lisboa Médica*. Jan., 1931.

sitividade da reacção de Wassermann foi o único elemento que guiou aquele clínico para a terapêutica anti-treponêmica.

No doente que constitue a primeira observação teria sido possível chegar a um diagnóstico certo se o visse apenas sob o ponto de vista radiológico? Evidentemente que não. A astenia, o emagrecimento rápido, a cor da pele e das mucosas, a idade dos doentes e as imagens radiográficas faziam pensar, em ambos os casos, num cancro do estômago. Se não fôsem os elementos de ordem clínica e o auxílio do laboratório, que confirmou a existência duma sífilis num indivíduo que desconhecia possuí-la, não se teria chegado a formular a hipótese dum sifiloma, hipótese que depois foi confirmada plenamente pela prova terapêutica. Esta prova é, de resto, a que vem estabelecer com segurança o diagnóstico diferencial.

A associação de todos os exames — clínicos, laboratoriais e radiológicos — é o único método seguro para chegarmos a uma conclusão lógica e, tanto quanto possível verdadeira. Dar a primazia a qualquer destes processos é sujeitarmo-nos a erros frequentes e desagradáveis. Nem o clínico, por muito minucioso que seja no seu exame, pôde, muitas vezes, dispensar o concurso do analista ou do radiologista, nem êste deve pensar que, no écran e na radiografia, possui elementos para chegar a resolver tôdas as incógnitas. Só a colaboração de todos pôde ser útil e a compreensão desta verdade colocará o radiologista no seu verdadeiro e exacto papel. Num trabalho publicado por Duval, Roux et Beclère ⁽¹⁾ ficou bem acentuada a necessidade do mútuo entendimento entre o médico, o cirurgião e o radiologista: «La juste et complète interprétation radiologique clinique ne peut naître que de la collaboration.»

Já em 1906 Fournier ⁽²⁾ afirmava que o estômago atingido pela sífilis não apresenta perturbações diferentes daquelas que são provocadas por outras causas. Ainda hoje, a-pesar-de terem decorrido bastantes anos, é esta a doutrina aceite e verificada pela experiência.

Segundo Bard ⁽³⁾, os tumores sifilíticos apresentam uma forma regular, são indolores à palpação, têm uma certa mobilidade e uma evolução lenta, não havendo grande repercussão sobre o estado geral. Êste conjunto de sinais, que diferenciariam os sifilomas dos

⁽¹⁾ *Duval Roux et Beclère* — Radiologie Clinique du Tube Digestif. Vol. I. Estomac et Duodenum. Paris, 1927.

⁽²⁾ *Fournier* — Traité de la Syphilis. Paris, 1906.

⁽³⁾ *L. Bard* — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. Archives des Mal. de l'App. Digest. T. X. Jan., 1919.

cancros, estão em desacôrdo com as opiniões de Fournier e de muitos outros autores, não se adaptando também aos casos que apresento neste trabalho.

Dentro da patologia gástrica, é preciso ter sempre presente a possibilidade da sífilis como agente causal, não esperando encontrar sintomas locais especiais; muitas vezes falta mesmo a sintomatologia geral, que leva o clínico a suspeitar duma manifestação treponémica. Tal é o caso apresentado por Freeman Ward e que se encontra publicado resumidamente no *Traité de la Syphilis* (1); Trata-se dum homem de 38 anos que, pelo seu padecimento gástrico, foi obrigado a sujeitar-se a uma gastro-enterostomia; durante a intervenção, encontrou-se o piloro fechado por um tumor do tamanho duma laranja; foi prescrito, empiricamente, o iodeto de potássio e, seis semanas depois, quando fizeram nova laparotomia para effectuar a operação radical, já não encontraram o tumor.

Posso citar agora um caso que me foi trazido ao consultório pelo Dr. Joaquim Romano, do Pôrto:

3.^a Observação. — 14 de Novembro de 1929 — Maria F. Apresenta-se bastante asteniada e com pronunciada anemia. Queixa-se de violentas dôres permanentes no estômago. No epigastro nota-se uma massa tumoral difficilmente mobilizável, de contornos regulares e do tamanho duma laranja. A palpação é bastante dolorosa.

Ingerida uma refeição de Gelobarine, foi a doente radiografada, verificando-se haver uma estenose médio-gástrica e um esvasiamento muito rápido do estômago. Por êsse motivo foi preciso dar uma nova refeição à doente, para se fazer a radiografia (Fig. 4), a qual foi tirada em posição vertical. Nessa pellicula, vê-se o estômago alongado e desigualmente repleto de papa, na sua porção vertical, à qual corresponde a massa tumoral já referida. Na radiografia, à altura indicada na figura, vê-se um esbôço de estenose. No duodeno aparecem manchas de retenção de papa baritada, sem dúbida, devida a um certo grau de duodenite motivada pela incontinência pilórica.

Considerando o caso inoperável e embora não houvesse a menor suspeita de luetismo, foi por mim indicado o tratamento anti-sifilito, o qual foi feito e orientado pelo Dr. Joaquim Romano.

Dos seus resultados tive conhecimento em 12 de Dezembro do mesmo ano. Em menos de um mês a doente tinha aumentado 5 kgr. de pêso, as dôres tinham desaparecido e a massa tumoral tinha diminuído muito sensivelmente. Feito um novo exame radiológico, verificou-se ter desaparecido a duodenite e a incontinência pilórica. A imagem gástrica era homogênea, notando-se apenas, como se pode ver na Fig. 5, a estenose médio-gástrica.

Também nesta doente o empirismo a salvou.

Estas formas tumorais da sífilis gástrica — Sifilomas ou falsos cancros — têm sido tratadas por vários autores. Fournier cita vá-

(1) *Fournier* — Loc. cit.

rios casos pessoais e outros observados por Dubuc, Einhorn e Ward. Do mesmo assunto têm tratado Bensaude e Rivet ⁽¹⁾, Azémar e Lacapère ⁽²⁾, Letulle ⁽³⁾ e muitos outros. Felix Ramond cita no seu livro «*Les Maladies de l'Estomac et du Duodenum*» ⁽⁴⁾ o



Fig. 4

⁽¹⁾ Raoul Bensaude et Luciel Rivet — Syphilis de l'estomac. *La Presse Médicale*, 25 Oct. 1919.

⁽²⁾ Azémar et Lacapère — Trois cas de Syphilis de l'Estomac. *Paris Médicale*, 15 Mars, 1919.

⁽³⁾ Maurice Letulle — Les laissés pour compte de la médecine de guerre. *La Presse Médicale*, 26 Juin, 1919.

⁽⁴⁾ Felix Ramond — *Les Maladies de l'Estomac et du Duodenum*. Paris, 1926.

caso dum homem de 56 anos que lhe foi enviado com o diagnóstico de cancro de estomago. Todos os sinais, mesmo os radiológicos, eram favoráveis àquele diagnóstico. Porém, a-pesar-de a reacção de Wassermann ter sido negativa, suspeitou-se de sífilis e o

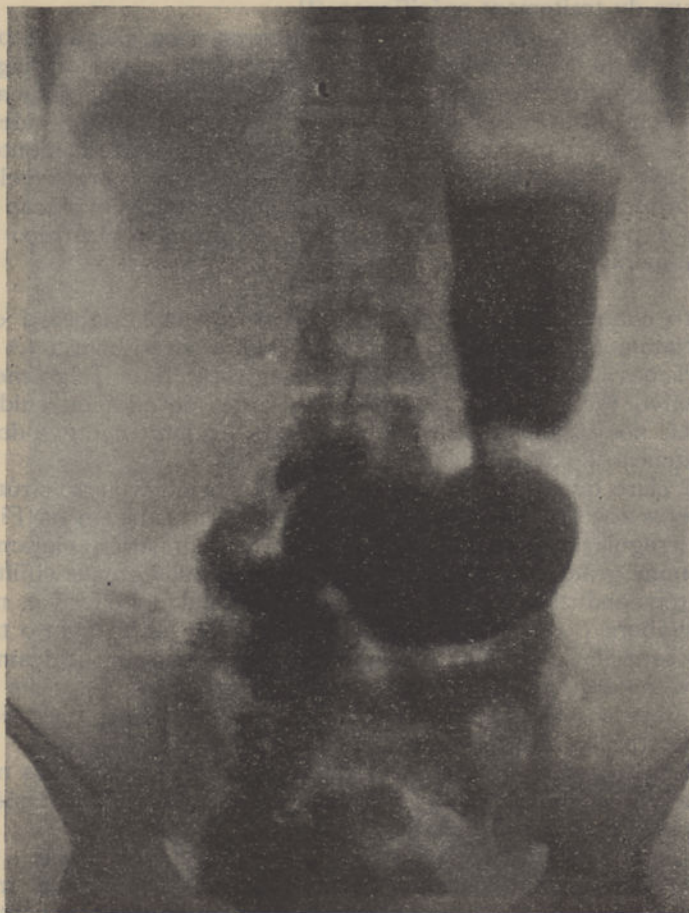


Fig. 5

tratamento orientado neste sentido veio pôr de parte o primitivo diagnóstico.

Razão tem Moore (1) em aconselhar que se pense na sífilis

(1) A. B. Moore — Lésions simulant radiologiquement un cancer gastrique. *Amr. Journ. Surg.*, 1927. In *Analyses des Archives de l'Appareil Digestif*. Nov., 1927.

sempre que se veja um doente novo com uma lesão gástrica volumosa. De bôa prudência será pensar naquele agente, mesmo nos casos em que o doente ultrapassou a meia idade, e «même si rien ne permet de la soupçonner il y a dans tous ces cas intérêt à surseoir, pendent un mois, à l'intervention chirurgicale et à tenter l'épreuve du traitement spécifique». (1)

Um problema deve ser posto em equação nesta altura. A prova terapêutica do luetismo deverá ser feita nos casos de tumor diagnosticado precocemente, isto é, nos casos em que a cirurgia pôde ainda actuar com êxito? Se os sinais de infecção sifilítica são evidentes, ainda se poderá tentar o tratamento, que deve ser atentamente vigiado pelo clínico; em caso contrário, penso que é preferível não tentar a terapêutica específica, porque ela chicoteia a evolução cancerosa e pôde bem depressa transformar um caso cirúrgico num caso inoperável.

Ao contrário do que pensa Surmont (2), não estabeleci qualquer tratamento sintomático aos doentes que constituem a 1.ª e 3.ª observações; fiz-lhes apenas a medicação específica. Julgo mesmo que, salvo raras excepções, não precisamos de adoptar cuidados especiais nos sifilomas gástricos, mantendo, evidentemente, o doente na abstenção de abusos alimentares.

E' claro que pode ser impossível evitar a intervenção cirúrgica em certos casos. As lesões cicatríciais que se traduzem na Fig. 2, pelas irregularidades da pequena curvatura mostram claramente como num grau mais adiantado a cicatrização das gomas sifilíticas, podia ter conduzido à estenose parcial ou total do piloro e, nêsse caso, embora o doente tivesse obtido completo êxito com o tratamento específico, seríamos obrigados a corrigir-lhe cirúrgicamente a sua estenose. A Fig. 5 mostra também uma estenose, nêste caso médio-gástrico, que igualmente podia ter conduzido à necessidade duma correcção sangrenta.

Por isso mesmo, êstes doentes precisam de ser mantidos numa estreita vigilância clínica, a qual deve ser acompanhada freqüentemente pelo exame radiológico.

Os doentes portadores de lesões tumorais de natureza treponémica necessitam dum tratamento específico intenso e contínuo durante muito tempo e devem, depois de terminado o tratamento de fundo, continuar a fazer periódicamente os tratamentos especí-

(1) *M. Loeper* — *Léçons de Pathologie digestive* (VI Série), Paris, 1926.

(2) *Surmont* — *Syphilis et Gastropathies*. Clinique des Maladies de l'Appareil Digestif. (Hôpital Saint-Sauver, de Lille). In *Analyses des Archives de l'Appareil Digestif*. Avril, 1927.

ficos. Não havendo esta orientação — e o médico deve acentuar esta doutrina aos doentes — está-se sujeito a assistir ao reacender das lesões. E' o caso que se deu com um doente que me foi trazido pelo Dr. Antunes de Lemos e cujas notas clínico-radiológicas passo a transcrever:



Fig. 6

4.a Observação. — 3 de Junho de 1930 — António P. J.. Refere este doente que, há cerca de 7 anos, lhe foi diagnosticado um sífiloma gástrico, o qual cedeu ao tratamento específico. A reacção de Wassermann, feita então pelo Prof. Ramalhão, foi fortemente positiva. Há, porém, uns 3 anos que não faz qualquer tratamento, surgindo agora novamente as dores permanentes e violentas.

No epigastro, próximo do umbigo e um pouco para a direita da linha média, palpa-se uma massa tumoral nada mobilizável, dolorosa e de contornos irregulares. Pelo exame radiológico verificou-se que o tumor estava na parte transversal do estômago, próximo do pilôro. A figura 6 mostra as lacunas desenhadas pela massa tumoral, de aspecto bizarro e recortes irregulares.

A este doente foi-lhe indicado novamente o tratamento anti-sifilítico.

Em 1930 voltou a ser posto em foco, em Paris, o problema da sífilis gástrica. Foram numerosas as comunicações feitas à Société de Gastro-enterologie (1) tratando das três formas do terciarismo gástrico: a forma ulcerosa, a forma gomosa e a forma linítica. A abertura da discussão foi feita por Petit-Dutaillis e Ivan Bertrand, que apresentaram um caso interessante simulando um cancro. O exame histo-patológico demonstrou haver uma esclerose retractil da sub-mucosa, «determinando uma aderência íntima da mucosa à musculosa e provocando uma rigidez particular das paredes.»

Le Noir e, a seguir Moutier, frizaram a pequena frequência com que se encontra a sífilis gástrica. Este último apresenta a sua estatística colhida durante 10 anos: 8.000 doentes — 8 casos de sífilis gástrica, pertencendo 2 casos apenas à forma hiperplásica ou tumoral.

Soupault apresenta também duas estatísticas; a de Hartmann — 200 peças de tumores gástricos — 1 sífiloma; e a de Gosset — 119 gastrectomias por tumor gástrico — 1 caso de sífilis.

Pela minha parte, em cerca de 200 doentes de estômago com tumor gástrico, encontrei 3 casos de sífiloma. Observei ainda um caso de linite que me foi trazido ao consultório pelo Dr. José Figueirinhas:

5.ª Observação. — 2 de Julho de 1929 — Maria A. de J., de 56 anos. Há algum tempo, cerca de um ano, que sentia ligeiras perturbações gástricas mas não recorreu ao médico senão quando o deapauperamento orgânico era acentuado. Foi por

(1) *Petit-Dutaillis et Ivan Bertrand* — Un cas curieux de Syphilis gastrique, sans tumeur, simulant le cancer. Arc. de l'App. Dig. Fev., 1930.

Le Noir — Syphilis et Ulcère gastro-duodenal. Arc. de l'App. Dig. Av., 1930.

François Moutier — Essais statistiques et critique sur la syphilis gastrique. Arc. de l'App. Dig. Av., 1930.

Libert (E.) — Sténose ulcéreuse du pylore accompagnée de pseudo-tabes polynévritique chez un syphilitique ancien. Arc. de l'App. Dig. Av., 1930.

Leven (G.) — Une thérapeutique propre à la syphilis gastrique. Arc. de l'App. Dig. Av., 1930.

Gosset (A.), Gutmann (R. A.) et Bertrand (Ivan) — Syphilis gastrique infiltrée à forme tumorale, résection, examen histologique. Arc. de l'App. Dig. Juin, 1930.

Gutmann (R. A.) — Ulcère gastrique non syphilitique chez un syphilitique. Arc. de l'App. Dig. Juin, 1930.

Soupault (R.) — A propos de la syphilis gastrique. Arc. de l'App. Dig. Nov., 1930.

Bensaude, Mézard et Godard — Sur un cas de syphilis gastrique suivi pendant 20 ans. Arc. de l'App. Dig. Dez., 1930.

mim observada em plena fase de caquexia. A radiografia que lhe fiz (Fig. 7) mostra as perturbações profundas que sofreu o estômago — microgastria — e a dilatação notável que havia na parte inferior do esôfago, cujas paredes se encontravam rígidas, sem desenharem a mais pequena contração. Havia incontinência total do cardia e do piloro, de forma



Fig. 7

que só foi possível fazer a radiografia conservando a doente com o copo na boca, radiografando-a em plena deglutição. Trata-se dum caso de linite de forma cãrdio-gastro-esofágica (1), tendo a doente falecido poucos dias depois.

(1) *Le Noir et Agasse-Lafont* — Linite plastique. In *Nouveau Traité de Médecine*. Fasc. XIII. Paris, 1926.

Nem sempre a prova da terapêutica específica é segura, embora no seu início o doente apresente melhoras, por vezes acentuadas. Neste caso, está um doente que vi no começo de 1929 e cuja observação passo a expôr:

6.ª Observação. — 17 de Janeiro de 1929 — L. P., 47 anos, residindo em Braga. Há alguns meses que começou a emagrecer e a sentir falta de apetite. As digestões começaram a fazer-se mal, ao mesmo tempo que surgiram cefalalgias. Em seguida apareceram dôres na região epigástrica.

Quando o vi pela primeira vez, havia palidez, emagrecimento e anorexia. Um pouco acima do umbigo, mesmo sôbre a linha média e um pouco para a direita, palpa-

va-se uma massa tumoral, ligeiramente dolorosa e nada mobilizável. O doente tinha dôres espontâneas, ligeiras, uma hora depois das refeições.

Radiografado no mesmo dia, verificou-se haver umas manchas irregulares na região pilórica, com maior preponderância na pequena curvatura (Fig. 8). Reacção de Wassermann positiva.

Em face do resultado desta reacção e como o doente não tinha feito tratamento específico há muito tempo, foram-lhe indicadas as injecções de cianeto de mercúrio, e foi instituída uma dieta de leite e farinhas, dieta que, passado algum tempo, foi um pouco alargada, visto o tratamento mercurial

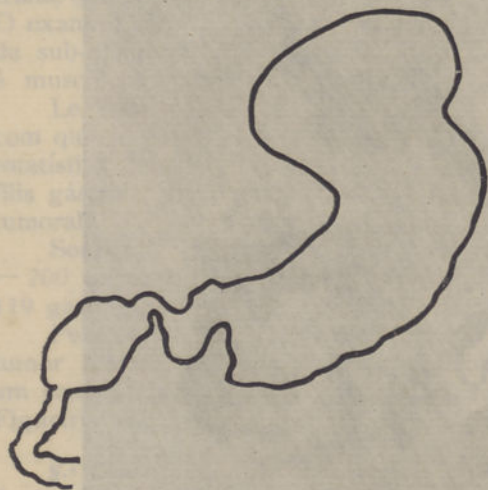


Fig. 8

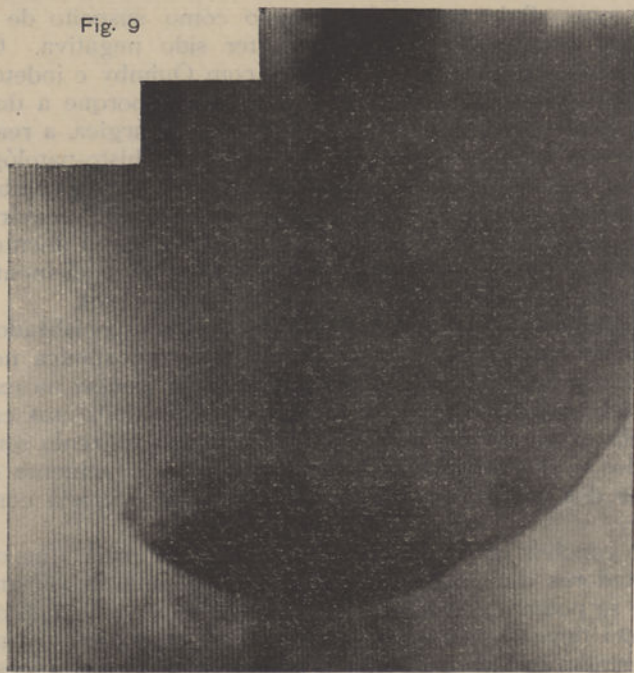
ter produzido notáveis melhoras. As dôres de cabeça desapareceram e as dôres espontâneas no estômago quasi desapareceram também, como o próprio doente me referiu, passadas três semanas. Porém, como tivesse dificuldade em fazer as injecções endovenosas, foram-lhe prescritas as de Thiozol B e aconselhado o uso de 50 centigramas de iodeto de potássio por dia.

Passados dias, teve uma estomatite, continuando, porém, a melhorar do estômago. Apareceu depois em 3 de Março num estado lastimável. Há três dias que tinha começado a fazer hematemeses e o seu estado geral era perfeitamente caótico: grande enfraquecimento — mal podia andar — intensa palidez das mucosas. Dei-lhe uma refeição de Sulfato de Bário e radiografei-o em posição vertical (Fig. 9) A forma do estômago em *cuvette*, com o fundo muito baixo, deu-me a certeza de que o doente estava fazendo uma estase gástrica, possivelmente por estenose pilórica. Nada mais pude investigar devido ao estado de fraqueza em que se encontrava. O doente faleceu algum tempo depois.

E' êste um caso diverso dos anteriores. Uma massa tumoral no estômago num indivíduo averiguadamente sífilítico exigia a prova terapêutica, a qual foi feita com prudência e aparente êxito no início. A continuação do tratamento não deu, porém, resultado, porque o doente começou a apresentar, além de sinais de estenose pilórica, hematemeses abundantes.

Há casos, de facto, em que o tratamento anti-luético dá resultado no comêço, tornando-se depois absolutamente ineficaz. São os

Fig. 9



casos híbridos de sífilis e cancro, já mencionados por G. Lion.

Recentemente Jacquart e Pfeiffer ⁽¹⁾ publicaram um trabalho no qual o problema do cancro se encontra intimamente ligado ao da sífilis. Para êstes autores, o cancro é uma produção sífilítica. O treponema, infectando as células, provoca a carioquinese, que acaba por formar o neoplasma. O combate eficaz do cancro consistiria, para êstes autores, no tratamento anti-luético, de fôrma a evitar os desenvolvimentos celulares atípicos. A degenerescência maligna das lesões sífilíticas é já do domínio de todos os anátomo-

(1) *Jacquart et Pfeiffer — Cancer et Syphilis. Paris, 1929.*

patologistas. E' pois, possível que, neste último doente, se tivesse instalado uma degenerescência num sifiloma anteriormente formado.

Em face dum tumor do estômago, é preciso pensar sempre na possibilidade duma manifestação treponémica, por muito pequenos ou nulos que sejam os sinais clínicos observados e só prova terapêutica prolongada pode estabelecer o diagnóstico diferencial.

Um só caso conheço em que a prova terapêutica falhou por completo. Em 1930, Gosset, Gutmann e Bertrand apresentaram à Société de Gastro-entérologie de Paris ⁽¹⁾ um caso de tumor de estômago que, clinicamente, foi tomado como suspeito de sifiloma a-pesar-da reacção de Wassermann ter sido negativa. O tratamento, porém, feito durante um mês com Quimby e iodeto de potássio, não produziu nenhum resultado, razão porque a doente foi operada por Gosset. Depois da intervenção cirúrgica, a reacção de Wassermann tornou-se positiva e, no exame histo-patológico, foi eliminado por completo o diagnóstico de neoplasma, embora não fôsse possível precisar a natureza das reacções inflamatórias. Os autores pensam que o tratamento intensivo a que a doente foi sujeita tivesse podido fazer desaparecer no tumor os elementos mais característicos e mais sensíveis (gomos por exemplo).

A literatura médica e a experiência dos especializados, autoriza francamente o uso da terapêutica anti-treponémica nos casos em que os sinais clínicos e laboratoriais fazem pensar na existência duma lesão sifilítica (1.^a e 4.^a Observações) e ainda nos casos em que, pela extensão das lesões, a intervenção sangrenta seria já de resultados muito duvidosos (3.^a Observação). E' evidente que, em qualquer dos casos, essa terapêutica deve ser vigiada convenientemente.

Ao concluir quero ainda afirmar, uma vez mais, que os doentes portadores dum sifiloma gástrico, muito embora atinjam a fase em que se possam considerar curados dos seus padecimentos digestivos, não devem abandonar o tratamento específico, o qual deve ser orientado de forma a evitar o reaparecimento das lesões.

Como conclusão, transcrevo as palavras de Fournier ⁽²⁾ cheias de verdade e cada vez mais confirmadas: «La syphilis est suceptible de produire des tumeurs gastriques qui, de par elles-mêmes, comme de par la réaction qu'elles exercent sur l'organisme (affaiblissement, émaciation souvent considérable, cachexie), et enfin de par l'évolution qu'elles affectent, peuvent absolument simuler le cancer de cet organe.»

(1) Gosset, Gutmann, Bertrand — Syphilis gastrique infiltrée à forme tumoral. Reception. Examen histologique. Arc. de l'App. Dig. Juin, 1930.

(2) Fournier — Traité de la Syphilis. Paris, 1906.





RÓMULO

CENTRO CIÊNCIAS VVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



1329688836

