

Dr. NEY

Ex-interno da clinica cirurgica do
Prof. SAERMENTO LEITE

Ex-interno da clinica cirurgica do
Prof. CARLOS WALLAU

Ex-interno da clinica médica do
Prof. LUIZ MASSON

ATRESÍA ESOPHÁGICA

Seu tratamento cirurgico

These de doutoramento

Approvada com distincção

Commissão examinadora:

Prof. A. Franco
„ **Martim Gomes**
„ **Mariante (Presidente)**
„ **Diogo Ferráz**
„ **F. Falk**

ED

16.32

117a

917

1917

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

THESE

apresentada, em 30 de Novembro de 1917,

á

Faculdade de Medicina de Porto Alegre,

e defendida em 22 de Dezembro de 1917

pelo

Dr. NEY DA COSTA CABRAL

natural do Rio Grande do Sul,

nascido em 23 de Agosto de 1895, filho legitimo do

DR. JULIO DA COSTA CABRAL,

e de D. ISAURA NEWTON DA COSTA CABRAL,

Approvada com distincção

DISSERTAÇÃO:

ATRESIA ESOPHÁGICA

Seu tratamento cirurgico

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

Porto Alegre

Officinas Graphicas do DIARIO

1917

BIBLIOTECA
FAMED/HCPA

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Director: Prof. Sarmento Leite.
Vice-director: Prof. S. Mariante.
Secretario: Prof. Dias Campos.

CORPO DOCENTE

CADEIRAS	PROFESSORES
Physica medica	Diogo Ferraz (interino)
Chimica mineral e organica	Christiano Fischer
Botanica e zoologia	Sarmento Barata
Anatomia descriptiva (1. ^a parte)	Moysés Menezes
Histologia	Marques Pereira
Anatomia descriptiva (2. ^a parte)	Sarmento Leite
Physiologia	Fabio Barros
Chimica biologica	Guerra Blessmann (interino)
Microbiologia	Gonçalves Carneiro
Propedeutica medica elementar	Alberto de Souza (interino)
Clinica cirurgica elementar (3. ^a)	Frederico Falk (interino)
Pathologia geral	Mario Totta
Pathologia medica (1. ^a)	Alberto de Souza
Pathologia medica (2. ^a)	Aurelio Py
Pathologia cirurgica	Diogo Ferráz
Anatomia topographica e operações	Arthur Franco
Clinica medica (3. ^a)	Dias Campos (interino)
Clinica cirurgica (2. ^a)	Frederico Falk
Clinica ophtalmologica	Victor de Britto
Clinica oto-rhino-laryngologica	Julio Velho (interino)
Pharmacologia e pharmacodynamica	Paula Esteves (interino)
Anatomia e physiologia pathologicas	Gonçalves Vianna
Clinica medica (2. ^a)	Aurelio Py
Clinica cirurgica (1. ^a)	Carlos Wallau
Clinica neurologica e noções de psiquiatria	Luiz Guedes
Clinica de molestias venereas e cutaneas	Ulysses Nonohay
Therapeutica e arte de formular	Dias Campos
Medicina legal e toxicologia	Annes Dias
Hygiene, medicina social	Velho Py
Clinica medica (1. ^a)	Octavio de Souza
Clinica pediatria e noções de orthopedia	Frões da Fonseca (interino)
Clinica obstetrica	Freire de Figueiredo
Clinica gynecologica e urologica	S. Mariante
Pathologia, hygiene e therapeutica dentarias	Cirne Lima
Clinica de prothese, orthodoncia	Fontoura Trindade
Clinica estomatologica	José Paranhos
Prothese elementar, metallurgia	Rache Vitello (interino)
Pharmacia	Feliciano Falcão (interino)
5. ^a Secção	Frões da Fonseca (substituto)
6. ^a Secção	Freitas de Castro (substituto)
10. ^a Secção	Martim Gomes (substituto)

LENTE JUBILADO

Materia medica, pharmacologia, arte de formular	Carvalho Freitas
---	------------------

PROFESSORES HONORARIOS

Dr. Carlos Barboza Gonçalves (ex-Presidente do Estado).
Dr. Olympio Olinto de Oliveira.

PROFESSOR EM DISPONIBILIDADE

Dr. Mario de C. P. Bittencourt..... Substituto da 3.^a secção

NOTA — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses pelos seus autores.

AOS MEUS PAES,

todo o meu coração, em paga d'estas palavras que me
escreveram :

“Como médico, sê sempre modesto, mas sem baixeza, nem vexame, perante os teus collegas; estuda todos os dias, pelo menos, uma hora e ouve sempre a experiencia dos teus collegas mais velhos; nunca deixes de attender a um chamado, seja a que hora fôr, e ao do pobre em primeiro lugar do que ao do rico; nunca te retires da cabeceira do pobre, onde não houver uma côdea de pão, sem lá lhe deixares a moeda que levars no bolso; do pobre sejas sempre o anjo da guarda, do rico nunca te transformes em herdeiro”.

MED
T
616.32 C117a 1917

05343478

[0217725] Cabral, Ney da Costa. Atresia
esophagica : seu tratamento cirurgico. 1917. 74
p. : il.

Summario

O meu cartão.

Capitulo I — *Etiologia.*

As duas estenoses: funcional e organica. — Esta é causada por uma cicatriz, ou por um neoplasma.

Capitulo II — *Diagnóse.*

Como se diagnostica a atresia esophágica. — Valor da anamnése. — Os symptomas da estenose. — Informações dadas pelo catheterismo e suas desvantagens. — Os methodos de HAMBURGER e de REVIDTZEV na escuta do orgão. — O valioso auxilio da radioscopia. — A esophagoscopia, suas informações e seus perigos. — As injeccões d'atropina e o espasmo do esophago.

Capitulo III — *Therapeutica cirurgica.*

Os agentes medicamentosos tentados. — A sondagem dilatadora. — Inconveniencias do methodo de LORETA e o seu abandono. — Êxito alcançado por

SENCERT com a dilatação sem fim. — Vantagens e malefícios da sonda de demora. — A tubagem do órgão e inconvenientes notados por KIRMISSON. — Os motivos do desuso da esophagotomia interna. — O auxilio que lhe trouxe o esophagoscópio. — Valor da esophagectomia nas estenoses cervicaes. — Como explicam HELLER e CARREL a grande mortalidade na esophagectomia. — Como ACH ressecca um cancer proximo do cardia. — A esophagotomia externa só se applica ás estenoses cicatriciaes: as duas vias seguidas na intervenção. — A esophagectomia, só cervical, pouco aproveita ao cancer. — Das difficuldades da operação de BIONDI. — A operação de WULLSTEIN-ROUX e as modificações propostas por HERZEN. — Historico da gastrostomia. — Discussões sobre a oportunidade da intervenção. — Conveniências da sua pratica precoce. — Das suas contra-indicações. — Como TRENDELLENBURG remedeia a falta de gustação e insalivação dos alimentos. — Como procede TAVEL, com o mesmo intuito. — Como é descoberto o estomago. — O grande numero de processos de gastrostomia. — Descrição dos processos de WITZEL, MARWEDL, FRANK, FONTAN, SENN e KADER. — Qual o melhor methodo? — Cuidados post-operatorios. — Os accidentes immediatos.

Capitulo IV — *Observações.*

Fistula de WITZEL: 4 casos. — Fistula de FRANK: 4 observações. — Processo de FONTAN: 2 operados. — Processo de KADER: 3 intervenções.

Capitulo V — *Conclusões.*

O meu cartão

Ao envez dos que, em condições identicas ás minhas, surgem queixosos da obrigação expressa n'um dos artigos dos Estatutos desta Faculdade — eu approvo a imposição e com a melhor das vontades escrevi esta these.

A'quelles que divisarem, nesta minha opinião, vislumbres de vaidade, eu direi, na phrase forte d'um grande brasileiro, que “enganam-se muito mal enganados”.

Nenhum orgulho, nem a minima presumpção móram em mim, e sim a convicção de que algum átomo util recebe sempre da these a sciencia, por menos válido que seja o trabalho. Escrevesse cada um, no fim do seu tirocinio clinico, uma pagina sobre o que observaram de curioso e descobriram de proveitoso — e mil lucros viriam á sciencia médica.

E outro não é o ponto collimado pela these, senão ensinar o futuro médico a observar, interpretar e relatar.

Mas... (é fatal a adversativa) se reconheço a utilidade da imposição, não desconheço a escasseza da sabedoria obtida com tres annos apenas de vida hospitalar, escasseza que não permite a transformação do leitor em auctor e independe dos esforços postos em cumprir o dever.

Escrevendo sobre o tratamento cirurgico da estenose organica do esophago, attendi ao offerecimento gentil que, do assumpto, fez-me o venerando mestre Prof. WALLAU, o iniciador das intervenções gastricas, entre nós.

A importancia do assumpto está, para mim, na frequencia notada dos canceres esophagicos. Informou-me aquelle Professor que, só no intervallo de 1911 a começos de 1916, operou oito casos de neoplasmas esophagicos malignos. Quanto á utilidade do tratamento cirurgico aconselhado, a gastrostomia, é dispensavel a sua defeza, pois ella, melhor do que outra intervenção qualquer, “abre na larga espessura da desesperança uma brécha para a claridade benefica das consolações”.

Se os que vão ser juizes do meu trabalho inaugural perceberem, da sua leitura, toda a bôa vontade que lhe dediquei, não me inquietará o juizo que vae elle merecer.

Dou ao meu prezado mestre Prof. CARLOS WALLAU a certeza de todo o meu grande respeito e gratidão, pelos livros e observações que me forneceu e pelos ensinamentos que me vieram das varias palestras entre nós havidas.

Ao Prof. FRANCO renóvo os meus agradecimentos, pela sua permissão em auxilia-lo n'uma pratica de gastrostomia.

CAPITULO I

Motivos de estenóse

Facilmente dilatavel em seu estado physiologico, o esophago soffre, sob condições diversas, uma diminuição permanente de seu calibre, não mais permittindo que se realise o 3.º tempo da deglutição: é a estenóse do orgão.

A litteratura médica registra o innegavel caso de GROSS e SENCERT, no qual a atresia do esophago era congenita e foi descoberta pela esophagoscopia (1).

Outras vezes, a obliteração do canal independe d'uma lesão organica das suas paredes, como sóe succeder no espasmo esophagico dos neuropathas e nos

(1) Recentemente ("Presse Médicale" de 2 de Abril 1913), GUISEZ descreveu quatro casos typicos de estenóse congenita, verificados pelo esophagoscópio.

casos em que uma compressão exterior, ou um corpo estranho diminuem a luz do órgão. Mais vezes, o estreitamento do esophago é funcção da alteração de suas paredes, causada por agentes varios. E' a estenose organica do esophago, a unica de que tratarei.

Tal atresia póde ser cicatricial, ou neoplasica.

A especie *cicatricial* nasce dos ferimentos do esophago, das ulceras, das ulcerações feitas pelos corpos estranhos, da syphilis, da tuberculose, das queimaduras, das esophagites varias.

Os ferimentos do órgão não são raros. Em 1880, WOLZENDORF reuniu 41 casos de ferimentos por bala. Quando não mortaes, elles evolúem para a cicatrização, que poderá estreitar o tubo. Uma ulcera do cardia póde propagar-se ao esophago.

Embora rara, é indiscutivel a existencia da ulcera do esophago, sempre situada no terço inferior do canal, proximo ao cardia. Foi ROKITANSKY quem primeiro a narrou; vieram, depois, os casos de QUINCKE, DEBOVE, CHIARI, ZAHN, etc.

Não raramente, tal ulcera cicatriza, retrahe-se e origina uma estenose.

Os corpos estranhos, quando irregulares e providos de asperezas, férem a mucosa do esophago e determinam a sua ulceração que, cicatrizada, poderá estreitar o conducto.

BÉHIER, NÉLATON e FOLLIN não admittiam a intervenção da syphilis, determinando a estenose do esophago. Foi WEST quem primeiro descreveu a estenose syphilitica, sempre terciaria. Corroboraram taes idéas HERMANN (12 casos), POTAIN (7 observações), LUBINSKI (2 casos), VIRCHOW, DIEULAFOY, etc.

A lesão inicial é uma gomma sub-mucosa que, pelo amollecimento, abre-se no esophago e produz uma ul-

ceração, cuja cicatrização fecha mais ou menos o canal esophagico. Outras vezes, a atresia é determinada pela escleróse d'uma infiltração diffusa sub-mucosa, sem ulceração.

Além de ser rarissima a tuberculose do esophago, só muito excepcionalmente é ella estenosante. Os autores só mencionam os casos de PAULICKI, SPILLMANN, ZENKER e o recente de VON SCHROETTER.

Na génese da obstrucção esophagica, importante papel cabe ás queimaduras. Salvo nas creanças e nos alienados, é rara a queimadura por liquido fervente. Mais commum é a ingestão de liquidos causticos, ou por descuido, ou com fins suicidas. Quando houve descuido, ou engano, a quantidade de caustico absorvido é pequena e logo expulsa. O contrario succede quando ha o intento de pôr termo á vida, com o uso de acidos (sulfurico, azotico, chlorhydrico), ou de alcalis (ammoniac, potassa, sóda, etc.) D'ahi a esophagite toxica, mais ou menos extensa, menos ou mais profunda, segundo a natureza e a quantidade do liquido ingerido e o seu gráu de viscosidade. Por esta, salienta-se o acido sulfurico.

Se a morte não foi immediata (e ella costuma sê-lo em 30 % dos casos), largas escáras atapetam a mucosa, ou a inteira espessura da parede esophagica. Porque deva o liquido corrosivo esperar, ao nivel do cardia, que este orificio se abra e lhe permita a entrada no estomago, é na extremidade inferior do esophago que maior gravidade assume a queimadura.

Compreende-se tambem que a existencia anterior, no individuo, de um espasmo do canal demore a permanencia do caustico, que mais fundo agirá. Vezes ha, porém, em que o liquido nada mais faz do que escorrer ao longo do tubo esophagiano, impellido pela

contração dos mylo-hyodêos e pela compressão do ar contido na pharynge, sendo minimo o contacto havido entre elle e as tunicas do orgão. Assim succedendo, o damno maior será o do estomago. Cahidas as escáras ao nivel do esophago, a ulceração surge. Cerrada esta, é commum ser uma parte mais ou menos extensa da parede esophagica transformada em um tecido fibroso inextensivel: d'onde vêm estenóses, geralmente multiplas.

Entre nós, o sublimado e o phenol primaram entre os corrosivos ingeridos com fim suicida; faz-lhes concurrencia, modernamente, o lysol, de mais rapido consequimento, quando allegados motivos de antiseptia. Raramente, porém, o individuo sobrevive, d'onde a excepcional estenóse com tal gênese.

Segundo a affirmativa de VON HACKER, na metade dos casos de queimadura do orgão a atresia surge em menos de um anno após o accidente.

Ao lado da esophagite toxica, outras inflammações, embora menos frequentes, poderão constringir o esophago. Taes são a esophagite simples aguda, a phlegmonosa, o catarrho chronico dos alcoolatras e a esophagite folliculosa, com inflammação e ulceração das glandulas do orgão, muito presente no curso de molestias infecciosas. Em trabalho recente, THOMPSON enumera 12 casos de estreitamento consecutivo á esophagite typhica.

*

Cabe a primazia aos *neoplasmas*, entre os agentes estenosantes do esophago. Ao Congresso Francez de Cirurgia, reunido em Paris (1910), GUISEZ apresentou uma estatistica da frequencia relativa das varias affecções esophagicas. D'entre 930 doentes por elle exa-

minados ao esophagoscópio, o cancer do órgão occupou o primeiro lugar, por si só mais frequente do que as demais affecções reunidas: tres quartas partes d'aquelle total. Quanto ás estenóses cicatriciaes, haviam surgido em 60 doentes, 40 das quaes eram consecutivas á queimadura por causticos. Resalta, pois, a importancia do cancer como factor da atresia.

Casos ha em que o epithelioma provém d'uma lesão irritativa chronica do esophago, quer se trate d'uma cicatriz nascida do contacto d'um corpo estranho, d'uma estenóse cicatricial, ou de diverticulos. GUISEZ e VON HACKER consideram uma leucoplasia esophagica, commum na visinhança do cancer e desempenhando para elle um papel predisponente, analogo ao da leucoplasia buccal para com o epithelioma lingual.

Nascido o cancer, a irritação diaria feita pelos alimentos ingeridos provoca infecções secundarias, que apressam a marcha do neoplasma. De começo, a mucosa apresenta grande espessamento, propagado, em seguida, ás demais tunicas. A' diminuição da luz do canal accrescenta-se a rigidez de suas paredes, causas de difficuldades na deglutição.

Seria o terço baixo do esophago a séde predilecta do epithelioma, na opinião de VON HACKER (50 % dos casos), de SAUERBRUCH (75 %) e de HAMPELN (80 %).

Em 1910, HENRY JANEWAY e NATHAN GREEN reuniram, em precioso estudo, o cancer da extremidade inferior do esophago e o do cardia. Ainda que differentes sob o ponto de vista anatomico, as regiões contiguas do esophago e do estomago constituem uma só região cirurgica, tanto mais porque, d'accordo com a affirmativa de ROKITANSKY, o cancer do cardia invade, regularmente, o esophago. Compulsando estatisticas de

18 autores, desde HABERSHON (1857) até SLAVYANIS (1908), obtiveram JANEWAY e GREEN estas cifras de séde para o cancer do esophago:

- 1) Na origem do canal 15 %
- 2) Ao nivel da bifurcação da trachéa 32 %
- 3) No cardia, ou em sua visinhança.. 52 %

A mesma preferencia para esta ultima séde costumam ter os sarcomas, de apparecimento menos commum no esophago, do que o carcinoma. Delles HOWARD reuniu varios casos, talvez menos diagnosticados devido á constante confusão com o cancer, tão parentes são as séries symptomaticas de ambos.

Outro tumor estenosante é o polypo esophagico. Tenha elle localisação proxima do cardia, impossivel será a sua ablação, impondo-se, desde logo, a therapeutica cirurgica.

Ao que precede, applica-se o dizer de ANDRAL: "Quando lesados, os conductos membranosos o são muito mais em seus extremos do que nos outros pontos do seu percurso".

De facto, a estenóse esophagica móra, em regra, ao nivel dos pontos em que é menor o diametro do orgão: ou na altura da cricoide, ou no ponto em que se bifurca a trachéa, ou perto do cardia, principalmente.

No que respeita á opinião de AUDRY, aos autores surge duvidosa a hypothese d'uma atresia por hypertrophia parcial e sobretudo muscular da parede esophagica.

Nem sempre bróta das informações e do exame do doente a causa da estenóse. Uma estatistica de GAUTHIER mostra que, em 87 casos de estenóse, 40 vezes permanece desconhecida a etiologia do mal.

CAPITULO II

Diagnóse da atresia

No firmar a diagnóse, muito auxilio emprestam os dados de anamnése. A existencia antecedente d'uma infecção, a confissão d'uma tentativa de suicidio ou da ingestão descuidada d'um corrosivo, a menção de uma queimadura anterior, ou de um corpo estranho que entravára o esophago — são meios que inspiram ao médico a lembrança d'uma atresia do orgão. E da simples palestra com o paciente, sondando-lhe o espirito e inquirindo os males de seus avoengos e os proprios, talvez colha o médico fartos elementos para a diagnóse, ou para a exclusão d'um espasmo apenas nervoso, tão proprio dos hystericos, dos hypocondriacos e dos neuropathas em geral. Indagar-se-á a syphi-

lis, que será affirmada, ou negada pela reacção de WASSERMANN.

A narrativa dos symptomas muito ajudará. De inicio, surge a dysphagia para os solidos e, mais tarde, para os liquidos tambem. Do seu character de intermitencia, ás vezes notado, não devemos suppôr a existencia de esophagismo. Tambem no carcinoma do orgão, ás vezes, assim acontece: á atresia organica vem juntar-se o espasmo. Em outros casos, a passageira permeabilidade do orgão provém do amollecimento e quéda de fragmentos do tumor. E' regra que a dysphagia seja progressiva, até tornar-se completa: fazem excepção alguns casos de cancer, em que tal symptoma inteiramente oppõe-se, desde o começo, á alimentação, tanto sólida como liquida. Ao seu lado, a dôr martyriza o doente. Intermitente quando o entrave é uma cicatriz, a algia é mais ou menos constante na obstrucção pelo neoplasma.

Outro symptoma é a regurgitação dos alimentos, o vomito esophagico, mais ou menos precoce, conforme o nivel em que os alimentos soffrem a detenção, e segundo existe, ou não, uma dilatação do canal alimentar, ácima do ponto estreitado. Se esta estenose fôr funcção do cancer, mais ou menos sangrenta será a materia expulsa, acompanhada, ás vezes, de fragmentos do neoplasma. Se estiver em causa a ulcera, abundante hematemese antecederá a dysphagia, acompanhada de symptomas analogos ao da ulcera gastrica.

O soluço, quando existente, indica a presença d'um carcinoma (MONDIÈRE). Neste, a simples pigmentação da pelle o descobre, tão proprio d'elle é o tom amarelo-palha da facies. A tudo isto, sommem-se os phenomenos de compressão dos orgãos visinhos pelo neoplasma invasor: dyspnéa, tosse, alterações da voz.

Resulta a dyspnéa da compressão que soffrem os bronchios ou a trachéa, órgãos com que o esophago canceroso poderá communicar por um tracto fistuloso. Em tal circumstancia, vem a tosse.

Frequente é a modificação da voz, signal de que foi o nervo recorrente comprimido, sobretudo o esquerdo. Notou MIKULICZ, em 18 casos, que a paralysis d'este nervo era 10 vezes unilateral e esquerda. Voz rouca, depois bitonal, crises dyspneicas e offego ruidoso (*cornage*), (1) mesmo a aphonia no periodo avançado, tudo decorre de tal paralysis. E pela laryngoscopia vê-se immovel a corda vocal correspondente, em posição cadaverica. Nem o pneumogastico escapa, ás vezes, á invasão, nem está sempre illeso o grande sympathico. Que este foi comprimido denunciam a myosis, a estreita fenda palpebral, o globo ocular retrahido, a reacção preguiçosa da pupilla á luz (HITZIG).

Se é este o cortejo symptomatico da atresia cancerosa, casos ha em que esta reveste uma fórma latente: dysphagia, dôr e regurgitação d'alimentos não existem e os effeitos da compressão dos órgãos proximos são considerados como symptomas d'outras affecções. Só a cachexia progressiva fará suspeital-o.

A inspecção, apalpação e escuta do paciente farão excluir, ou firmar a hypothese de ser a symptomatologia dependente d'um aneurysma da aorta, d'uma adenopathia peri-bronchica, ou d'um tumor do mediastino. Do mesmo modo, a simples inspecção da pharynge mostrará ou não a existencia d'uma angina pharyngéa.

Além dos signaes funcçionaes indicados, ao diagnosticador restará o auxilio dos signaes physicos:

(1) PLACIDO BARBOZA propõe que se traduza "pieira".

catheterismo, escuta do esophago, radiosopia e esophagoscopia.

Muito ajudará o *catheterismo*. Só por elle, já será facil saber se está presente o esophagismo.

De facto, a demora do catheter no esophago permittirá, no fim d'alguns momentos, que elle transponha o obstaculo, se este fôr um simples espasmo, sobretudo quando usou-se a pomada de cocaina, que apaga a hyperesthesia do conducto.

O catheter poderá ser o apparelho de VERNEUIL e de TROUSSEAU, uma véla de gomma, ou uma simples haste flexivel de baleia, em cuja extremidade se adaptam olivas de marfim, de tamanhos diversos. A exploração do canal será iniciada com olivas de calibre superior e, d'ahi, em ordem decrescente até ser possivel vencer o estorvo e aquilatar do calibre d'este. Êtenso de 25 centimetros, em média, o esophago dista 15 centimetros dos incisivos superiores e possúe tres estreitamentos normaes: o de sua bocca superior, o existente ao nivel do cruzamento da crossa aortica e o de sua travessia pelo diaphragma. Êstes pontos estão, respectivamente, distantes de 15, 22 e 26 cms. dos incisivos superiores.

D'accordo, pois, com o comprimento da sonda que alcançou percorrer o orgão, até ser detida pela obstrução — colhem-se elementos para diagnosticar a séde da estenóse, desprezados que forem os 15 cms. que vão á abertura do canal.

Se se presume um aneurysma da aorta, ou das grossas arterias, a sondagem é contra-indicada: a perfuração do vaso e uma hemorrhagia fulminante pódem ser o máu fructo de tal imprudencia.

A mesma prohibição se impõe, quando outros signaes levam á suspeita de existencia d'um epithelioma

obstructor: o tecido friavel d'este seria irritado e o mal se aggravaria. E se fôr indispensavel o uso da sonda, em busca de mais firmes elementos de diagnôse, faça-se-o uma só vez, prudentemente e evitando forçar o impedimento. N'este caso, embora a habilidade empregada, o catheter sahirá tincto de sangue e trazendo particulas do neoplasma maligno, facilmente diagnosticadas pelo microscopio.

Seja como fôr, o catheterismo impõe a quem o pratica a maior prudencia e competencia. Quem estiver affeito a este methodo, distinguirá a estenôse cicatricial da neoplasica: n'aquella, a sonda soffre um forte resalto, quando encontrou a cicatriz resistente; na neoplasica, o sobresalto é menos brusco, pois o tumor é mais molle e deixa-se deprimir.

E tão maior pericia é exigida, porque se pôde errar o rumo, invadindo o tecido cellular do mediastino, a pleura, ou o pericardio, ou perfurando o canal. Demais, enganos surgem quando a estenôse é funcção de compressões exteriores, como é commum no aneurysma da aorta, nos tumores do mediastino e nos ganglionares, nos abcessos ossifluentes, etc.

Se os symptomas d'atresia correrem por conta d'um diverticulo esophagico, a sonda o descobrirá: ella ahi se detém, mas está movel e livre e não presa, como no estreitamento organico.

Taes são os beneficios e maleficios do catheterismo, meio de exploração importante e de uso habitual.

A *auscultação* do esophago estreitado, proposta por HAMBURGER, é mais um meio de diagnóstico.

Quando normal o orgão, a sua escuta, praticada proximo á haste vertebral, na altura da 10.^a costella, ou na face anterior do thorax, um pouco á esquerda do appendice xiphoide — faz perceber, durante a de-

glutição d'um liquido, dous ruidos: um de gargarejo (“Durchspritzungsgeräusch” de MELTZER), devido á contracção dos musculos da deglutição, e outro ruido de propulsão (“Durchpressungsgeräusch”), determinado por movimentos peristalticos do esophago. Um silencio de 6 a 8 segundos separa os dous rumores.

Haja, porém, atresia e esse silencio durará de 12 a 20 segundos, ou mais, e o character do 2.º ruido se modificará, dando a sensação da penetração mais difficil do liquido. Assim pensava HAMBURGER, mas REVITZEV, modernamente, provou estar normal a escuta em alguns casos de estreitamento esophagico. O mesmo autor descreveu um novo phenomeno, por elle denominado “ruido residual”: quando o paciente, tendo já ingerido uma golfada de liquido, faz, após ter apparecido o 2.º ruido, uma deglutição *a vacuo*, sem mesmo deglutir a saliva, de novo ouve-se um ruido de propulsão.

Repetida a experiencia duas ou mais vezes seguidas, tal ruido surgirá a cada nova deglutição executada em falso e isto succederá 3 ou 4 vezes, conforme o grau de obstrucção e a quantidade de liquido ingerido préviamente: quanto maior fôr a estenóse, mais ruidos perceber-se-á.

*

De maior valor pratico é a *radioscopia*. Por ella, estuda-se *de visu* a marcha do carbonato de bismutho ingerido, com suas detenções e demoras nos pontos atresiados e a natureza desta atresia, que poderá ser documentada pela radiographia.

*

Salvo nos cacheticos e nos decrepitos, onde ella é

contra-indicada, a *esophagoscopia*, methodo de KILIAN e GUISEZ, permite o exame directo da cavidade esophagica. Quanto mais precoce fôr ella, tanto maiores serão os dados colhidos e menores os perigos. Mais do que no catheterismo são, aqui, necessarias longa pratica e habilidade. A pouca distancia que separa a cricoide da columna vertebral, a saliencia das arytenoides e o espasmo do constrictor inferior da pharynge muito difficultam a entrada no esophago. Vencidos estes obstaculos, outros vêm: o pulsar do coração e da aorta determina movimentos diversos do conducto, que tambem se dilata na inspiração e se retrahé na expiração, tudo difficultando o exame.

Na hypothese de carcinoma, muita prudencia deve haver. Em inicio, elle se revela pela infiltração submucosa e pelas manchas hemorrhagicas, que VON HACKER e GOTTSHEIM consideram characteristics. O segmento affectado está immovel, não mais acompanhando os movimentos communicados pela respiração.

Se uma cicatriz constitúe o estorvo, a esophagoscopia mostra — ácima do ponto estreitado e contrastando com o vermelho da mucosa — traços cicatriciaes esbranquiçados, mais ou menos numerosos.

A esophagoscopia suppre o catheterismo, quando impossivel este, permittindo a introduccão d'uma fina véla. Ao contrario do que succede á sonda, o esophagoscopio não investiga cégamente, nem necessita ir pôr-se em contacto com a causa estenosante, o que, em caso de neoplasma, constitúe sério inconveniente, pelas hemorrhagias e traumatismos que derivam de tal contacto.

Como o catheter, o esophagoscopio poderá arrastar parcelas do tumor, que permittirão a biopsia. A pratica, em jejum, do exame directo impede os movimen-

tos reflexos e os vomitos. No que respeita á anesthe-
sia geral do examinando, só se a usa nas creanças in-
quietas e nos neuropathas.

GUISEZ, o aperfeiçoador do methodo, dizia, em
1910, no Congresso Francez de Cirurgia, a proposito
de 950 doentes de esophago da sua clinica: "A mór
parte d'elles soffria d'estenóse com fórma grave, tendo
necessitado a esophagoscopia. Em *todos* estes casos,
a diagnóse foi firmada com todo o rigor possivel e
verificada, nos casos de duvida sobre a natureza do
tumor, pelo exame microscopico d'um fragmento ob-
tido".

Exigir mais ao methodo é impossivel. D'elle usasse
LACOMBE, e talvez não lhe viriam os enganos que re-
latou á "Societé des Hôpitaux", em 1885. Num caso,
o doente, velho de 50 annos, apresentava, abaixo da
larynge, uma estenóse do esophago, explorada pela
sonda, que conseguiu vencel-a com uma oliva de 7
millimetros. Claras melhoras sobrevinham a este ca-
theterismo, quando, um dia, calefrios e vomitos sur-
giram no doente que só viveu mais 3 dias. Integri-
dade de toda a mucosa esophagica, nenhum espessa-
mento das paredes mostrou a autopsia: a causa unica
fôra um cancer do estomago.

Nem eram mais deglutidos os liquidos n'um
segundo doente, em cuja região supra-clavicular
havia um ganglio isolado. No catheterismo da
porção cervical, um obstaculo se oppunha ao
avanço da sonda, que o vencia sem custo, progre-
dindo até o cardia, onde novo impedimento a detinha
definitivamente, qual se fosse um neoplasma. A morte
rapida, por iranição, permittiu a necropsia: o pequeno
obstaculo da região cervical era uma virola cancerosa,
longa de tres centimetros, a estenóse intransponivel,

ao nível do cardia, era de natureza espasmodica, pois nenhuma lesão a explicava. E, assim, tantas outras decepções causou o exame cadaverico, até que a esophagoscopia veiu diminuir-lhes o numero.

*

Taes os meios por que é diagnosticada a atresia esophágica.

No uso d'elles, a perspicacia, a prudencia e a habilidade em buscar os signaes physicos são necessarias a quem diagnostica.

Se o catheterismo não firmou, nem excluiu a hypothese d'um espasmo do orgão, mais prestimo darão as injecções sub-cutaneas de atropina, a cuja acção cede o esophagismo, pois o alcaloide da "Atropa belladona" funciona como um heroico anti-espasmodico.

CAPITULO III

Tratamento cirurgico

A medicina não cessa na busca de agentes medicamentosos a oppôr á cicatriz e ao neoplasma esophágicos. A fibrolycina, união d'uma molecula de salicylato de sodio com duas de thiosinamina, é indicada como destruidora do tecido fibroso cicatricial. O exito, porém, tem sido pequeno ou nullo. Se cancerosa a atresia, contra ella são lembrados recursos varios, enumerados e criticados, recentemente, pelo Prof. KAFEMANN (de Königsberg) (1).

A chimiotherapia fornece uma combinação, a "cholina-selenio-vanadio" e o "electroselenio", cujos effei-

(1) KAFEMANN — "O tratamento não cirurgico do carcinoma" — *Medizinische Klinik*, tomo IX, Fev. 1913; — pag. 161—166.

tos são elogiados por TRINKLER (de Charkov). A "cuprase" é empregada diariamente e o "natrium selenicum" e o "natrium telluricum", são aconselhados por WASSERMANN. Usou-se a electrolyse.

Iguaes tentativas têm sido praticadas com a radiotherapia, com o mesothorio, com o radio e o thorio X, empregado como adjuvante do tratamento cirurgico, com o iodo e o arsenico, etc. As victorias alcançadas na experimentação sobre animaes, não têm, porém, surgido no homem e os neoplasmas malignos ainda não encontraram barreira medicamentosa que lhes detenha a marcha invasora.

Falho como é o tratamento médico, sóbra-nos o cirurgico, o unico efficiente na perfeita estenóse organica do esophago.

Provada que fôr a syphilis, inconveniente não será tentar a therapeutica especifica, muito embora sejam bem incertos os seus proveitos, pois as lesões da lues costumam ser esclerosas, cicatriciaes e definitivas.

Quando a busca do diagnóstico certificou o médico da ausencia d'um cancer, o *catheterismo* lento e progressivo iniciará a therapeutica, com o intento de dilatar a cicatriz, guardados que forem os cuidados e evitados os enganos que tal pratica impõe.

Assim, não só exploradora é a sondagem: tambem dilata e cura, se a estenóse não é completa, nem cancerosa. Primeiro quotidiana, depois espaçada de dous dias, a sondagem é feita com as vélas cylindro-conicas de BOUCHARD, em sessões que duram cerca de dez minutos e nas quaes experimenta-se o uso de duas ou tres vélas de diametro progressivamente maior. Quando foram empregadas no adulto sondas calibradas de 20 millimetros e na creança as de 15, a dilatação é

suspensa e só renovada mais espaçadamente, com o fim de prevenir uma recidiva.

Recorre-se ás vélas filiformes, deixadas permanentes por 24 ou 48 horas, quando o gráu de atresia não permite a intromissão das sondas ordinarias. Nada se obtendo, a gastrostomia urge ser feita.

SENATOR substitúe a sonda pela laminaria, SCHREIBER por um dilatador d'agua, JABOULAY por um dilatador com ar, mas taes processos são perigosos e hoje em desuso.

*

Mais inconveniente ainda é o methodo de LORETA: a *divulsão*, ou dilatação brusca por meio de pinças (BROCA), ou de aparelhos semelhantes aos usados no canal da urethra. Comprehende-se todo o desastre fornecido por este methodo na estenóse cancerosa, não obstante a defesa que elle teve de FLECHTER, LE FORT, etc. Hoje só se lhe dá interesse historico, tantas foram as rupturas d'esophago d'elle dependentes.

*

SENCERT alcançou, na atresia cicatricial, bellos exitos com a *dilatação sem fim* e ainda ha pouco (Abril, 1913), narrava á Sociedade de Medicina de Nancy o seguinte successo: N'um homem de 57 annos, que ingerira, 15 dias atraz, forte dóse de ammoniaco, causa de dysphagia e emmagrecimento impressionantes, SENCERT pratica a gastrostomia. Passados tres mezes e já recuperadas as forças pelo doente, a esophagoscopia indica uma cerrada estenóse cicatricial, distando 25 cms. das arcadas dentarias. Por um pequeno pertuito que ainda perdurava, o autor consegue

passar uma véla filiforme. Dilatando, após, a fistula gastrica, n'ella introduz um pequeno esophagoscopio, com o que percebe, no cardia, a extremidade da véla. Esta extremidade é ligada a um longo fio de sêda e a véla extirpada pela bocca. Unindo, então, o fio a um tubo de borracha, em sessões diarias, este dilata o estreitamento, desaparecido no fim de tres semanas, permittindo a alimentação pelas vias naturaes e o fechamento da bocca estomacal.

*

Menos grave do que o catheterismo é o emprego da *sonda de demora* na atresia cancerosa, possibilitando a alimentação com liquidos nutrientes. Usa-se uma sonda de borracha, calibrada como as finas sondas urethraes e introduzida pela cavidade buccal ou pela nasal. De tal sondagem bons resultados receberam KRISHABER, VERNEUIL e KIRMISSON. Contra ella, ha a inevitavel irritação do neoplasma, a impossibilidade de gustação, a falta de deglutição da saliva (secretada em excesso, pela sensação de corpo estranho) e o attrito da cricoide dando, ás vezes, ulcerações n'este ponto.

*

Parte d'estes prejuizos é sanada pela *tubagem* do esophago, proposta em 1883 por MORELL-MACKENZIE e aperfeiçoada por LEYDEN, BERT, etc. E' o chamado "methodo de SYMONDS". Por elle entende-se a collocação d'um curto tubo ao nivel do obstaculo, préviamente localisado por um catheterismo. Do alto do tubo sahem fios que vêm repousar fóra das arcadas dentarias e por meio dos quaes é elle retirado, quando necessario.

Se a tubagem permite o saborear dos alimentos e a deglutição salivar, maiores são os seus senões, postos em vista, claramente, por KIRMISSON. Um entupimento do tubo, o rompimento dos fios que o supportam, a inflammação e infecção (devidas á intromissão de parcellas alimenticias entre o tubo e a parede do orgão) e sobretudo a irritação, que o seu contacto traz ao neoplasma — pódem ser oriundos da tubagem. E o seu abandono actual é justo: outros recursos alliviam sem prejudicar.

*

Igual destino, no que respeita ao abandono, mereceu, por muito tempo, a *esophagotomia interna*, só applicavel ás estenóses cicatriciaes. Iniciada por MAISONNEUVE, 1861, repetida por LANNELONGUE, TRÉLAT, etc., consistia a operação em seccionar, pelo esophagótomo, a cicatriz obturadora. Após, a sondagem dilatava. E' claro que taes manobras, agindo ás cégas, davam sérias consequencias, como rupturas do canal, hemorragias, phlegmões peri-esophagicos, sem falar nas lesões que soffriam, ás vezes, os orgãos mais em contacto com o esophago. D'ahi, o scepticismo dos autores, aliás bem justificado pelas estatisticas. A de ASHURST indicava uma mortalidade de 25 % e nos casos reunidos, anteriormente, por SCHULTZ ella fôra de 54 %.

Modernamente, porém, a esophagotomia interna foi algo rehabilitada por SENCERT e GUISEZ, graças ao auxilio da esophagoscopia. Não mais se opéra céga-mente e o esophagoscópio guia o esophagótomo, evitando-lhe os falsos caminhos.

Não obstante, a operação não deixou de ser excep-

cional, tão grandes são o tirocinio e a dexteridade exigidos na sua execução.

*

Mais usada no estreitamento canceroso do que no cicatricial, a *esophagectomia* é a ablação da parte estenosada. BILLROTH imaginou-a, 1871; executou-a CZERNY, 1877, n'uma doente, resseccando seis centímetros do conducto attingido por um cancer. Que o cancer tenha séde na região cervical, que o seu diagnóstico seja precoce, que a sua evolução esteja em começo, que uma prévia gastrostomia seja praticada — são condições essenciaes para a execução da operação. Se assim fôr (e sabe-se que o cancer raramente tem séde cervical), a cura do mal poderá ser radical. Entretanto, raro tal succede. BOHMER cita 12 operações, em que só houve 4 sobre-vidas e mesmo estas foram de menos d'um anno. Na estatística de QUERVAIN, 5 dos 14 operados (37,5 %) tiveram prompta morte; nos demais houve recidiva e a sobre-vida não excedeu d'um anno.

E isto se explica pela importancia dos órgãos que cercam o esophago: VON BERGMANN (1883) viu o seu operado morrer no quinto dia, victima da mediastinite e da "Schluckpneumonie" (1); um phlegmão cervical matou o doente de LANGENBECK, no 18.º dia. Iguaes a estes, abundam os casos. Dos 7 casos de MARWEDEL, esophagectomias precoces, 3 vezes veiu a morte operatoria, e nas 11 ressecções de KÜMMELL (d'Hamburgo) o insuccesso foi completo.

Maior é a falha do methodo, quando ha atresias multiplas.

(1) Pneumonia devida á aspiração de algum corpo estranho, alimentos, etc.

Ressecada a virola cancerosa, uma sutura das mucosas e outra fibro-muscular reúnem as duas superfícies de secção, se o segmento extirpado é menor de 4 cms. Se maior, fixadas as duas extremidades do órgão aos dous bórdos da ferida cutanea, mais tarde será motivo de tentar-se a plastica do canal, ou a operação de BIONDI, mencionada adeante.

Isso tudo concerne ao cancer cervical. Quando da porção thoraxica, mais grave é affastal-o. São de REHN, FAURE, SAUERBRUCH, WENDEL, etc. as tentativas em conseguil-o, quer usando da via mediastina posterior, quer intervindo atravez da pleura: em 10 operados, a ressecção foi possivel só 4 vezes e a morte arrebatou a dezena d'elles, poucas horas depois da intervenção.

Para estas intervenções, SAUERBRUCH (1904), creou o seu aparelho de hypopressão e BRAUER imaginou, no mesmo anno, o aparelho da hyperpressão.

HELLER (de Leipzig) accusa a irritação dos pneumogastricos como o grande perigo d'esta operação, em cujo inicio elle aconselha deverem ser feitas injeções de novocaina, ao nivel do hilo pulmonar, com o fim de insensibilisar taes nervos.

Para ALEXIS CARREL (de N. York), tão alta mortalidade provém d'ignorarem muitos cirurgiões que a pleura e o pericardio não combatem a infecção com energia igual á do peritoneo. Além da rigorosa asepsia usada, será evitado tudo o que póde, durante a operação, irritar e inflammar a pleura. O traumatismo, pelas pinças e affastadores, da serosa thoraxica, o seu enxugo com compressas de gaze ordinaria, a exposição ao ar de grandes superficies d'ella — tudo favorece a infecção. Aconselha, pois, CARREL, o cobrimento do pulmão com compressas de sêda japoneza,

imbebidas de vaselina, dês que se abriu a cavidade pleural. Este tecido de sêda, á semelhança d'uma membrana delgada e impermeavel, protege a serosa do contacto dos dedos e impede a evaporação e o dessecamento das superficies que elle recobre. Com taes regras, o autor venceu n'um caso de ressecção d'um segmento thoracico do esophago, praticada experimentalmente.

Mais commumente, como referí ácima, é ao nivel inferior do esophago que estaciona o neoplasma.

Tambem n'este caso foi tentada a ressecção d'elle, por via abdominal, sendo ainda maiores os desastres.

MIKULICZ executou a operação, affastando um cancer, que distava 42 cms. das arcadas dentarias e praticando, em seguida, a esophago-gastrostomia: o enfermo só viveu mais 30 horas.

Pratica ACH (de Munich) uma incisão ao longo do rebordo costal esquerdo, descobre e fende o diafragma, attinge e descolla o tumor, e secciona os pneumogastricos, se fôr necessario. Depois, descobre o segmento cervical do esophago e o secciona, invagina a extremidade inferior, extirpa o tumor e termina executando a gastrostomia. Tal technica, apesar de engenhosa, não lhe deu successo, o que bem se comprehende pelo forte chóque operatorio que fére o enfermo, já extenuado pela progressiva cachexia.

*

Só ás atresias cicatriciaes é applicada a *esophagotomia externa*, abertura momentanea da parede esophágica, praticada do exterior para dentro, com o fim de destruir a cicatriz.

VERDUC (1643) propoz a operação, que executaram GOURSAUD e ROLLAND, nos entraves por corpo

estranho e assim foi até á sua indicação, por STOFFEL e B. BELL (1787), nas atresias cicatriciaes. Facilita-a a sonda conductora, invento de BERLINGHIERI (1820). Para ella valem as condições e as contra-indicações impostas á esophagectomia. E os exitos da esophagotomia externa não são melhores: em 14 casos reunidos por GROSS, VON HACKER e PICKENBACH houve morte immediata á esophagotomia cervical. Mais grave é, quando thoracica.

REHN e LLOBET (por via mediastina), TUFFIER (atravez da pleura) operaram 3 casos: 3 mortes se seguiram.

Deixando a trachéa, á esquerda, uma faixa de esophago não coberta por ella, é n'este lado que se opera, traçando uma incisão cutanea identica á preferida na ligadura da carotida primitiva: parallela á borda dianteira do esterno-cleido-mastoídico.

A via mediana é aconselhada por NÉLATON e BERGER e a escolhida quando hypertrophiado o corpo thyroïdêo. Alcançado o isthmo d'este, é cortado entre duas ligaduras; a sua metade esquerda e o lóbo correspondente da glandula são separados da trachéa e esta affastada para a direita, deixando á vista o esophago e poucos vasos sanguineos a attender.

Pelas recidivas que costumam vir e pelas difficuldades operatorias da região, a esophagotomia externa é, modernamente, só preferida para a extracção de corpos estranhos, depois de usados, em vão, os demais recursos.

*

A *esophagostomia*, applicavel tanto á cicatriz como ao cancer estenosante, é o estabelecimento d'uma bocca esophágica, quando o impedimento avizinha a pharyn-

ge. Assemelham-se aos da esophagotomia externa os seus tempos. Se adherencias vastas do tumor não immobilisaram o esophago, fendido este, são suturadas á pelle as bórdas da incisão. Quando permanente, a esophagostomia substituiria a fistula gastrica, fazendo-se a alimentação pela sonda n'ella introduzida; quando temporaria, a operação permitiria o catheterismo dilatador da atresia. Só executavel na região cervical, a esophagostomia pouco aproveita ao neoplasma, em regra situado proximo ao cardia. Por seu lado, varias vezes são multiplas as cicatrizes obturantes, nunca existindo a certeza de ter-se praticado a abertura n'um nivel inferior ao do obstaculo. Aqui, como na intervenção precedente, os bons exitos escasseam.

As operações de BRYCK, ZENCKER, NICOLADONI, HORSY e STUTTGAARD tiveram exito letal e as estatisticas accusam uma mortalidade de 80 %.

E' pouco e é triste, na phrase de FERGUE. Mesmo aperfeiçoada a sua technica, ainda seriam lesadas a commodidade de alimentação e o coquettismo do paciente, como diz bem BRAQUEHAYE.

*

Em 1895, BIONDI estabeleceu a anastomose do estomago e do extremo inferior do esophago, nos casos em que a atresia tem séde n'este nivel ou no cardia: é a *esophago-gastrostomia*, com exclusão do cardia. Descoberto o diaphragma, por via transpleural (GOSSET), ou mediastina (SENCERT), n'elle é feita uma abertura de 3 a 4 cms., pela qual faz hernia uma dobra da grande tuberosidade estomacal, a qual, após ressecção do obstaculo cardio-esophágico, é anastomosada á extremidade do canal, de modo lateral ou terminal. De execução difficil, a intervenção tem sido

pouco tentada, não mencionando os autores, que consultei, os exitos d'ella.

*

Devo citar a operação de WULLSTEIN-ROUX, que consiste em crear um esophago artificial ante-thoracico.

WULLSTEIN descollava a pelle da região pre-esternal e com ella fazia um canal cutaneo, communicando, superiormente, com o esóphago e em baixo com o estomago.

ROUX (1) (de Lausanne), em 1907, descrevia a *esophago-jejuno-gastrostomose*, por elle feita, embora sem exito. Consiste tal intervenção em isolar uma longa alça jejunal, com o mesenterio e os vasos, levar-a á base do pescoço, por um tunnel sub-cutaneo ante-thoracico, e implantar sua extremidade superior no esophago e a inferior na pequena curvatura gastrica (Fig. 1).

Os operadores que se têm distinguido em plastica do esophago, HERZEN, LEXER, FRANGENHEIM alteraram muito a operação, depois de reconhecerem n'ella, como inconvenientes, a sua grande duração e difficuldade, o consideravel córte da raiz mesenteria, a insufficiente circulação na parte intestinal mobilisada e a compressão do colon transverso.

HERZEN (2) propõe, pois, como correcções a taes inconvenientes, os seguintes pontos:

1.º — Em vez de duas, serão tres as sessões da intervenção, primeiro conduzindo o intestino á parte

(1) ROUX — *Esophago-jejuno-gastrostomose* — *Sémaine Médicale* — 1907 — N. 4.

(2) HERZEN, apud BIER-BRAUN-KÜMMELL — *Chirurgische Operationslehre* — Pag. 243, Vol. II.

cervical, depois implantando-o no estomago e, finalmente, unindo-o ao esophago.

2.º — Deve-se conduzir o longo segmento superior da alça mobilisada — atravez da larga abertura no mesocólon e no ligamento gastro-colico — até á parte superior do abdomen e d'ahi á região cervical, pelo tunnel sub-cutaneo.

Esta segunda modificação tem grande valor, visto ser encurtado o córte da raiz mesenteria. Além d'isso,

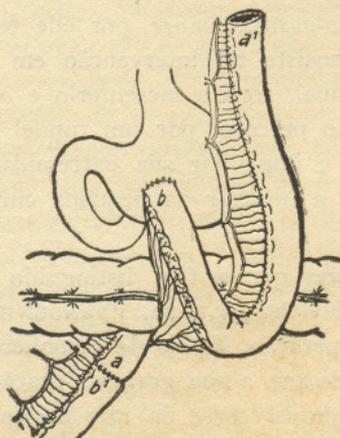


Fig. I — Esophago-jejuno-gastrostomose, pelo processo de ROUX.

(Esta, como as cinco seguintes gravuras, é reproducção do citado livro de BIER, BRAUN e KÜMMELL).

o intestino junta-se directamente ao estomago e a circulação sanguinea melhora na alça intestinal mobilisada.

Assim operou HERZEN dous casos, sendo, n'um d'elles, completo o exito.

Vê-se a complexidade da operação, o que explica serem tão resumidas as tentativas em executá-la (1).

*

Resta-me citar, na therapeutica cirurgica da estenose esophágica, o valor da *gastrostomia*, ou criação d'uma bocca estomacal. Foi meu proposito o mencioná-la por ultimo, tão vastas são as considerações que ella fornece e importantes as suas indicações.

Poucas intervenções têm, como esta, suscitado tanta discussão e tão diversos methodos em praticá-la.

Em 1837, um médico norueguez, A. EGEBERG, apresentava á Sociedade Médica de Christiania a sua memoria "*Om behandlingen of impenetrable Stricture i Madröret*", indicando a *gastrostomia* como "uma via para a cavidade estomacal, ou para injectar uma quantidade sufficiente d'alimentos, ou para atacar por sua parte inferior as estenoses do esophago, como se pratica nos estreitamentos da urethra".

Não se proporcionou, porém, a EGEBERG ocasião para effectuar a operação que tão bem descreveu e assim ninguem ousou tentá-la. Tanto que, em 1843, a Sociedade Médica de Douai condemnou, por votação total, a consulta de PETEL, sobre a oportunidade da intervenção n'um estreitamento irreductivel do extremo inferior esophágico.

Só em 13 Nov. 1849, SÉDILLOT praticou, pela primeira vez, a operação n'um doente de carcinoma esophágico, o qual só poucas horas sobreviveu, tal a sua desnutrição. Este insuccesso fê-lo mais prudente n'uma segunda intervenção, executada em 1853. D'esta vez,

(1) Mais complexa é a operação creada por VON HACKER, que emprega o colon transversal, na reconstituição do esophago estreitado.

abria elle o estomago cinco dias após a sua fixação ás bórdas da incisão abdominal. Apesar de tudo, uma peritonite matou o doente, 10 dias depois.

A descrença dominou grande numero de autores e ALQUIÉ, em 1854, assim epigraphava um artigo: "Sobre certas loucuras operatorias de nossa época, ou da ligadura da aorta e da gastrostomia". Outros, porém, perseveraram e SYDNEY JONES operava, em 1875, um doente que sobreviveu vinte dias.

Já inaugurára-se, então, o methodo de LISTER e, graças a elle, VERNEUIL consegue, em 1876, a cura d'um doente, que ainda viveu 16 mezes, succumbindo a uma tuberculose pulmonar intercurrente.

Conhecidos os perigos da infecção e os modos d'evital-a, todos os esforços visavam impedir a peritonite.

HOWSE, na Inglaterra, aconselha o methodo em 2 tempos, aliás já indicado e seguido por SÉDILLOT.

Em França, VERNEUIL insiste sobre toda a importancia d'uma antiseptia rigorosa e, assim, a gastrostomia reconquista novos adeptos.

Havia, porém, ainda uma imperfeição: os alimentos imbebidos de succo gastrico regurgitavam da fistula, corroendo suas bórdas e desesperando de dôr os operados. D'ahi, os diversos methodos propostos: a applicação de algodão com vaselina sobre o orificio externo (L.-CHAMPIONNIÈRE); a abertura do estomago proximo ao cardia (LARGER); a sutura da mucosa estomacal á pelle, formando órla (BERGER, HARTMANN, DOYEN); a incisão, muito pequena, praticada em pleno tecido cicatricial, methodo de dous tempos (PONCET); a esphincterisação do canal formado (HAHN, CECCHERELLI, VON HACKER, JABOULAY); a valvulação d'esse mesmo canal (FRANK, KOCHER, WITZEL, MARWEDEL e tantos outros); a torção espiroide, ou em

bolsa, do orificio gastrico (ULMANN, STAMM, GREIG) — tudo foi tentado.

Mais adeante, vae uma resumida menção d'alguns d'esses processos, com suas vantagens e desvantagens.

Apezar de tantos aperfeiçoamentos, a gastrostomia foi, por muito tempo, uma operação temida, de exito duvidoso e até mesmo condemnada por alguns, entre os quaes LAGRANGE, de quem são estas palavras: "E' nossa firme conclusão que, em regra geral, a gastrostomia deve ser banida da therapeutica dos canceres do esophago".

E esse anáthema tinha razão de ser, tão desoladoras eram as estatisticas da época: até 1875 eram tantos os mortos quantos os operados; em 1883, a estatistica de LE FORT mostrava 72 % de mortes, sobre 105 casos operados; a de GROSS (1883) dava 95 mortes para 137 casos reunidos; a de ZÉSAS (1885), sobre 162 observações, dava uma mortalidade de 70 %; na de KNIE (1886), sobre 169 operações, houve morte immediata em 67 % dos casos; na de JOHANSEN (1888), havia uma mortalidade de 65 %, em 190 casos observados.

Era este tão grande desastre justificado não só pela deficiencia dos processos usados, no que respeita ao impedimento da sahida do succo gastrico, como também, e principalmente, pelo estado de avançada cachexia em que eram operados os estenosados do esophago.

Como bem dizia BAROZZI, não era só a infecção que matava os gastrostomizados: era, principalmente, o "shock", ou o exgottamento do organismo. Livre do "shock", o operado não tinha mais forças a oppôr á sua grande desnutrição e a morte era mesmo apresada pela intervenção.

Modernamente, porém, as victimas da gastrostomia mingam dia a dia, graças aos aperfeiçoamentos da technica e á oportunidade em que é feita a intervenção. Ouçamos BIER: (1) “Zwar ist die früher sehr grosse Operationsmortalität der wegen Speiseröhrenkrebs Gastrostomierten dank der verbesserten Technik und dank der Lokalanästhesie ganz erheblich zurückgegangen, aber immer noch nicht unbeträchtlich wegen des elenden Allgemeinzustandes vieler der Operierten”.

Os autores muito discutiram o momento preciso em que se deve intervir, duas conclusões estando hoje admitidas: 1.^a — na estenóse cancerosa, a intervenção se impõe, dêz que os liquidos não escorram mais; 2.^a — na atresia cicatricial, deve-se tentar o catheterismo dilatador e, falhando este, recorrer á gastrostomia, que permittirá, talvez, o catheterismo retrogrado.

No que respeita á segunda conclusão, o accôrdo é unanime entre os autores. O mesmo não acontece á primeira.

Alguns, como BIER e MOYNIHAN, defendem-n'a, aconselhando que se intervenha, no cancer esophágico, só quando a dysphagia para os alimentos é mais ou menos completa.

São do autor allemão estas palavras: (2) “In einer grossen Zahl de wegen Karzinom der Speiseröhre oder der Kardia Operierten aber die Besserung des Ernährungs- und Kräftezustandes trotz reichlicher Nahrungszufuhr nur sehr unvollkommen gelingt. Deshalb soll man die Operation aufschieben, so lange sich der Kranke leidlich ernähren kann”.

(1) BIER — Chirurgische Operationslehre — Pag. 337, Vol. II — 1912.

(2) BIER — Op. cit. — Pag. 336, Vol. II.

É o autor inglez diz: (1) "When a patient can take enough fluid food by the mouth, to keep himself alive and in fair condition he is not a suitable subject for gastrostomy. *Early operation and late operation are both to be condemned*".

Assim não pensam MIKULICZ e outros, na Alemanha, KOCHER, na Suissa, e BAROZZI, NICAISE, PONCET, RÉCLUS, FORGUE e tantos outros, na França. Para estes, a gastrostomia deve ser precoce, diagnosticado o cancer.

Diz BAROZZI: "La gastrostomie devrait être pratiquée dans le plus bref délai possible, après que le diagnostic de cancer de l'œsophage aura été posé d'une manière catégorique *et sans qu' il soit tenu aucun compte du degré de la dysphagie*".

É FORGUE e RÉCLUS: (2) "Il faut pratiquer la gastrostomie *précocement dans les rétrécissements cancéreux*, parce qu' ici la chirurgie ne peut offrir que des remèdes palliatifs".

O mesmo dizem BOURGEOIS e LENORMANT: (3) "La gastrostomie est, à l'heure actuelle, le meilleur traitement de la majorité des cancers de l'œsophage. Pour qu'elle donne les résultats qu'on est en droit d'en attendre, *il faut la faire précoce*".

Para mim, tal opinião é toda justa. Menor gravidade da operação; possibilidade de melhor nutrir o doente, tornando-o mais resistente á infecção cancerosa; desaparecimento commum do espasmo reflexo; repouso do esophago, que não mais é irritado pelos

(1) MOYNIHAN — Abdominal Operations, 1906, Pag. 229.

(2) FORGUE et RÉCLUS — Thérapeutique Chirurgicale, Pag. 502.

(3) BOURGEOIS et LENORMANT — Pathologie Chirurgicale, 1909 — Vol. II — Pag. 861.

alimentos; atrazo na marcha do cancer, permittindo tentar-se o tratamento médico; consolo e allivio ao doente de moral abatido — tudo se consegue com a gastrostomia precoce.

Demais, o proprio BIER (1) evita uma intervenção tardia: "Andererseits aber soll man auch *nicht so lange warten*, bis er (der Kranke) zu sehr heruntergekommen ist".

*

Graças á antisepsia e aos aperfeiçoamentos em sua technica, a gastrostomia só encontra contra-indicação no estado cachetico do paciente, o que agrava a intervenção e cuja sobre-vida será illusoria.

Pretendem alguns vêr contra-indicação nas lesões avançadas do pulmão, coração, figado, rim, na diabete, na albuminuria. Taes contra-indicações não são, aliás, privativas da gastrostomia, mas pertencem a muitas intervenções e dependem do gráu das referidas lesões.

A avançada idade foi tambem citada como contra-indicação. Contra esta asserção ha varios casos. Um doente de ALLINGHAM vivia ainda, oito mezes após a gastrostomia, apezar dos seus 67 annos. Um outro de NICAISE, com 75 annos, sobreviveu ainda cinco e meio mezes.

Na observação III d'este trabalho, E. R. tinha 78 annos. Operado em 25 de janeiro, teve alta, a pedido e em boas condições, a 8 de fevereiro. Até essa data, pois, havia uma sobre-vida de 14 dias. A impossibilidade de obter uma informação posterior, sobre o seu estado, priva-me de trazer uma contribuição completa a este ponto.

(1) BIER — Op. cit. — Vol. II — Pag. 336.

O unico grande inconveniente da gastrostomia é a falta, para o operado, da gustação, com augmento de sua salivação. E' conhecido o papel da ptyalina no desdobraimento dos assucares e na digestão estomacal.

Para facultar ao gastrostomizado o prazer e a vantagem da mastigação e insalivação dos alimentos, TRENDELENBURG propoz a adopção d'um longo tubo introduzido na fistula e alcançando a altura da bocca. N'este tubo, lançava o paciente os alimentos mastigados e insalivados por elle. Tal pratica é, actualmente, quasi inutilisavel, dado o emprego de sondas estreitadas, no interesse da continencia da fistula.

E foi para attender a isto que TAVEL indicou o seu methodo, aperfeiçoado por WULLSTEIN e ROUX.

Consiste o methodo de TAVEL em isolar uma alça jejunal com o seu mesenterio, passal-a atravez do mesocólon e do grande epiploon, sendo a extremidade anal inserida na parede anterior do estomago e a oral introduzida n'uma pequena fenda recém-formada na parede abdominal.

Costurada a ferida de laparatomia, a fistula segura denso e os alimentos, introduzidos mais tarde, seguem a peristaltica estomacópeta.

Mas, como diz BIER (1), "este methodo será executado só raramente, pois nos doentes debilitados que soffrem de neoplasma esophágico uma tal operação não é, naturalmente, indicada e, nas estenóses cicatriciaes, não se deseja uma fistula duradoura, porque geralmente se consegue reabrir o caminho natural".

*

Não ha necessidade d'um prévio preparo do doente a gastrostomisar.

(1) BIER — Op. cit. — Pag. 337, vol. II.

A intervenção é sempre executada, sem incommodos essenciaes para o doente, com a anesthesia local, sobretudo nos muito debilitados, cuja morte é oriunda, muitas vezes, da chloroformisação.

*

Dos tempos da operação, o unico que pôde apresentar alguma difficuldade é a busca do estomago, muito retrahido quando é adeantada a inanição, perdendo as suas relações normaes.

FARABEUF aconselhava seguir-se, com o index esquerdo, a face inferior do lóbo hepatico esquerdo, na direcção do hilo, até encontrar o pequeno epiploon; descendo pela face anterior d'este, a primeira viscera tocada pelo dedo será o estomago.

Diz, a respeito, BIER: (1) "A abertura do epiploon faz apparecer o estomago, mas não é recommendavel, visto ter-se de fazer um muito grande e inutil córte abdominal, para o qual o uso da anesthesia local provoca dôres. A mim sempre ocorreu o seguinte: affastados os bórdos da incisão abdominal, manda-se o doente respirar fundo. Então, vê-se, na profundidade e durante a inspiração, descer o estomago, logo reconhecido por sua côr".

Se houver suspeita de tratar-se do cólon transverso, a sua feição bosselada, as faixas longitudinaes e a disposição dos seus vasos em arcadas, servir-lhe-hão de caracteres.

*

São innumerous os processos propostos na gastrotomia, todos elles tendendo para um mesmo fim: a

(1) BIER — Op. cit., pag. 328 — Vol. II.

continência da fistula, impedindo o supplicio do doente pelo extravazamento do succo gastrico. Dos autores consultados, reuni 28 methodos! Alguns, como os de HOWSE e PONCET, são praticados em duas sessões, sendo feita a abertura da fistula só quando cicatrizado o cone estomacal fixado á parede do abdomen. Verificou PONCET que a simples gastropexia fazia cessar a dysphagia, adiando ou dispensando a gastrostomia.

Recorria HAHN a duas incisões parallelas: a de FENGER, abaixo do rebórdo costal, e outra ácima, no oitavo intervallo intercostal, onde era fixado o ápice do cone estomacal. HADRA e VON HACKER descreveram a necrose das cartilagens costaes e mesmo das costellas, a que expõe o processo de HAHN.

O methodo de CECCHERELLI é uma modificação do anterior: suppressão da incisão de FENGER e abertura mais superior, no nono espaço intercostal.

GOLDING punccionava o estomago, quatro dias após a gastropexia, com auxilio de instrumentos progressivamente menos finos, até obter uma dilatação conveniente. Em vez do instrumento cortante, FISCHER usava uma agulha muito fina de PRAVAZ, aproveitando a punção para ahi injectar o leite.

É, assim, muitos outros methodos (1), hoje mais ou menos abandonados, uns buscando a esphincterisação do canal, outros a formação d'uma orla pela mucosa estomacal, ainda outros fazendo a torção espiroide do orificio formado. Só descreverei os mais experimentados e hoje adoptados: WITZEL, MARWEDL, SENN, FRANK, FONTAN e KADER.

*

(1) Methodos de VON HACKER (1.º e 2.º), GIRARD, TERRIER, JABOULAY (1.º e 2.º) HARTMANN, BIDWELL, ULMANN, PÉNIÈRES, FORGUE, KOCHER, ALBRECHT, HEUSNER, DOYEN, SOULIGOUX, DÉPAGE, etc.

a) — Processo de WITZEL:

1.º tempo — Incisão da pelle, obliqua ou vertical. A incisão obliqua é parallela ao rebórdo costal: é o lado esquerdo do triangulo de LÉON LABBÉ, cuja base é uma linha transversa, unindo as cartilagens das nornas costellas, sendo o lado direito do triangulo limitado pelo lóbo hepatico esquerdo. Tal incisão é feita, parallelamente, 2 cms. abaixo do rebórdo. Pratica-se a incisão vertical na bórda externa do musculo grande recto do abdomen.

Antigamente, WITZEL fendia o musculo recto verticalmente e o transverso horizontalmente. Modernamente, porém, elle dissocia as fibras do grande recto e as suas intersecções aponevroticas, usando a incisão vertical.

Fendidas, uma por uma, as diversas camadas da parede abdominal, puncciona o peritoneo, cuja abertura é prolongada, por meio da tesoura.

2.º tempo — Descoberto o estomago, é trazido para fóra do cóрте e mantido por um auxiliar.

3.º tempo — Faz-se, na sua parede anterior, duas dobras longitudinaes e parallelas, que limitam uma gotteira profunda. N'esta, é deitada uma sonda de borracha vermelha e sobre ella são costuradas, por pontos separados, as duas dóbras estomacaeas, de modo a transformar a gotteira n'um canal. (Fig. II).

4.º tempo — Abre-se o estomago, disseccando a sero-musculosa e punccionando a mucosa. Este orificio da mucosa deverá ser o menor possivel e bem proximo ao cardia. Introduz-se no orificio a extremidade inferior da sonda, que é ahi fixada por meio de um fino fio de catgut.

5.º tempo — Fixado o estomago ao peritoneo pa-

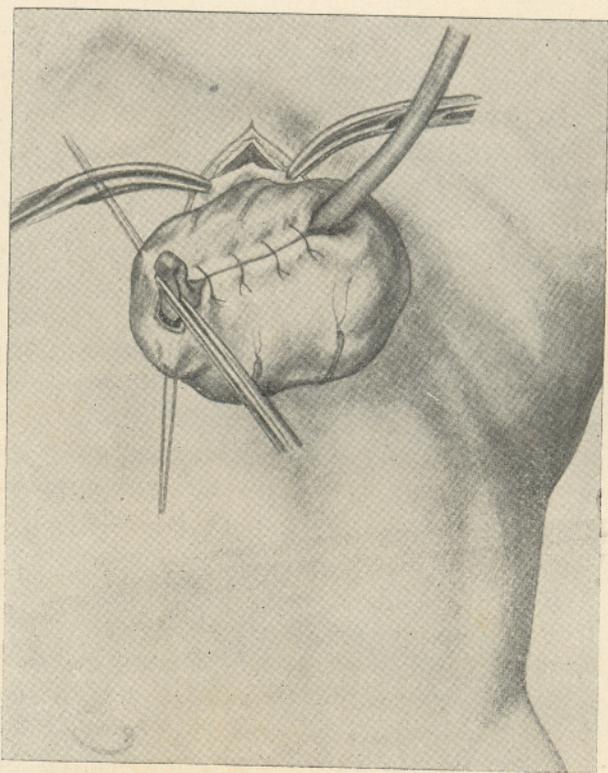


Fig. II — Fistula estomacal de WITZEL.
Sobre-costura e introdução do tubo.

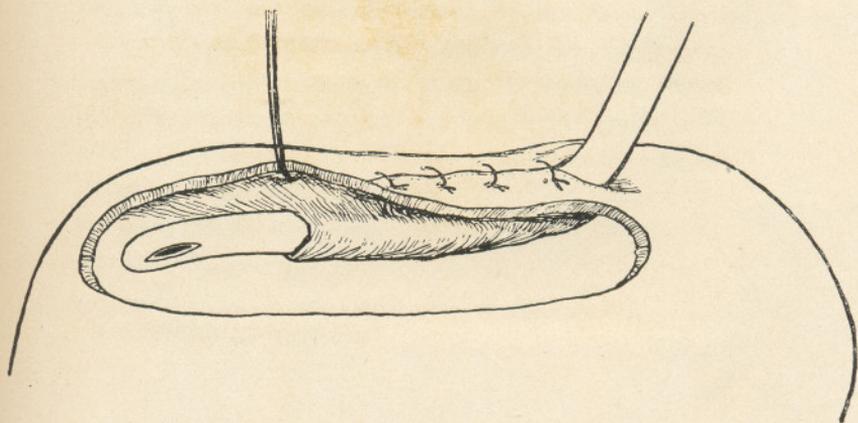


Fig. III — Fistula de WITZEL, vista de dentro.

rietal, são costurados, separadamente, os diversos planos divididos. O processo de WITZEL é applicavel mesmo aos estomagos pequenos. Com o tempo, a obliquidade do canal desaparece, tornando-se elle recto.

Não obstante, elle fecha densamente, em torno do tubo.

MIKULICZ praticou 150 vezes esta fistula, com tão optimos resultados que elle não vê motivos para recorrer-se a outros methodos, salvo o de KADER, que tambem tem o seu applauso.

*

b) — Processo de MARWEDEL-BAROZZI:

E' uma modificação do precedente.

1.º tempo — Incisão de FENGER, parallela ao rebórdo costal.

2.º tempo — O estomago é fixado á parede do ventre, por uma cirzadura, cujos pontos interessam, ao mesmo tempo, a tunica sero-musculosa, o peritoneo parietal e o sub-jacente plano musculo-aponevrotico.

3.º tempo — Incisa-se as tunicas serosa e muscular do segmento de estomago fixado, respeitando a mucosa.

4.º tempo — Disseccadas a serosa e a muscular, sobre a mucosa deita-se a sonda de borracha; punccionada a mucosa, ahi intromette-se a extremidade da sonda, fixa-se esta ao orificio e rebate-se os retalhos da tunica sero-musculosa, que são suturados. Fórma-se, pois, um canal obliquo, semelhante ao de WITZEL.

5.º tempo — Fechamento da parede do ventre.

*