

1054

1902

APERTOS DO ESOPHAGO

108/7 EMC

Antonio Duarte Lima Elias

N.º 7

Apertos do Esophago

(UM CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



108/7 ENC

JULHO DE 1902

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

DR. ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedratios

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral | Carlos Alberto de Lima. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia . . | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa . | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido A. Correia de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna . . | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica . | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica . | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal . | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene . . . | João Lopes da S. Martins Junior. |
| Pharmacia. | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo. |
| | } Dr. José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | } Pedro Augusto Dias. |
| | } Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos


- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| Secção medica | } José Dias d'Almeida Junior. |
| | } José A. Mendes de Magalhães. |
| Secção cirurgica | } Luiz de Freitas Viegas. |
| | } Vaga. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica | Vaga. |
|----------------------------|-------|

A escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.


(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)



Á MEMORIA

DE

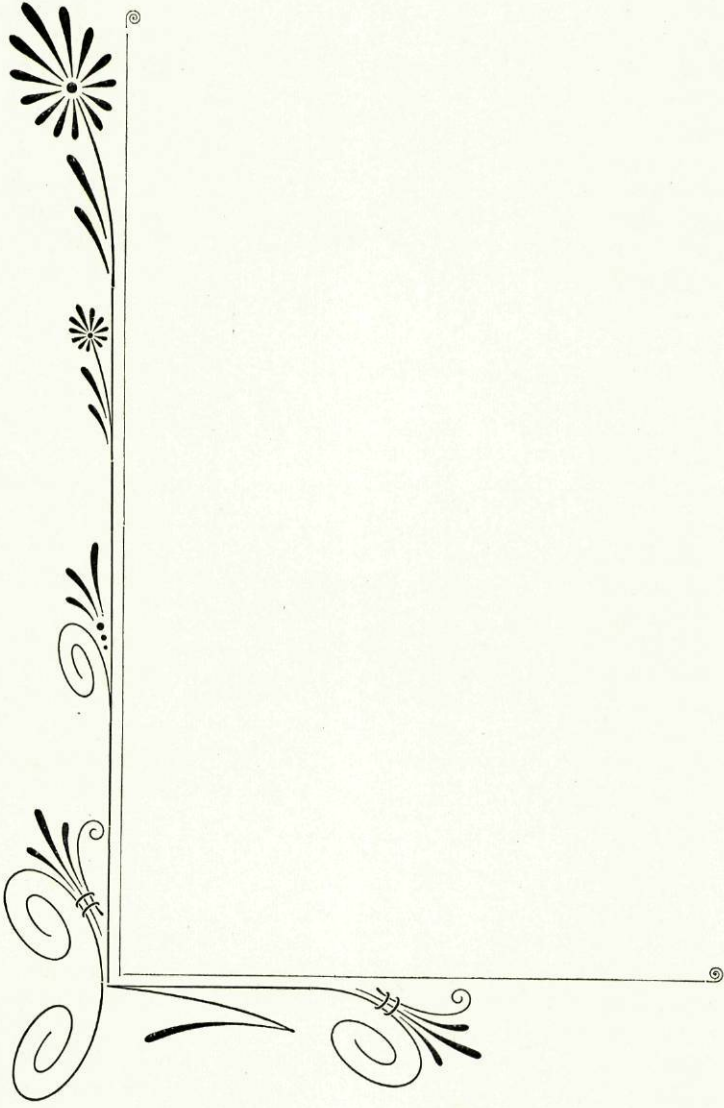
Meus Paes



AO MEU PRESIDENTE DE THESE

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Illidio Ayres Pereira do Valle



Introdução

Duas palavras sobre a anatomia e physiologia do esophago

A fim de ser o mais methodico possivel na exposição do assumpto, que me propuz tratar, comecei por lembrar algumas noções de anatomia e physiologia do esophago, que mais importancia tenham no estudo dos apertos d'este orgão, e a que porventura tenha de referir-me no decurso d'esta dissertação.

O esophago é o canal musculo-membranoso, que se estende desde a pharynge até ao estomago.

Tem portanto uma parte comprehendida no pescoço (*porção cervical*), outra que atravessa o thorax longitudinalmente (*porção thoracica*) e finalmente uma terceira parte, muito curta, que atravessa o diaphragma e penetra na cavidade abdominal, terminando no estomago (*porção abdominal*).

O comprimento de cada uma d'estas tres por-

ções do esophago varia um pouco de individuo para individuo, mas em média costuma ser de 5 centímetros para a porção cervical, 17 cent. para a porção thoracica e 3 cent. para a porção abdominal, prefazendo assim o total de 25 cent., que é o comprimento médio do esophago.

Encontra-se este canal normalmente achatado no sentido antero-posterior, chegando as suas paredes a tocar-se.

A sua abertura superior fica ao nivel do bordo inferior da cartilagem cricoidêa, o que em relação á columna vertebral corresponde ao corpo da 6.^a vertebra cervical, terminando ahi pela altura da 11.^a vertebra dorsal. Não quer isto dizer, porém, que este canal siga todas as inflexões do rachis, acompanhando-o parallelamente. Está hoje verificado que assim não é, não sendo tambem a sua direcção perfeitamente rectilinea. Assim, o esophago, que no seu inicio está situado na linha mediana, começa dentro em pouco a desviar-se para a esquerda; mas chegando á altura da 3.^a vertebra dorsal elle encontra pelo seu lado antero-esquerdo a crossa da aorta; devido a isto o esophago inclina-se um pouco para o lado direito, d'onde resulta uma primeira inflexão cuja concavidade fica voltada para este lado. Em seguida, depois de ter cruzado o bronchio esquerdo, torna a dirigir-se para a esquerda em direcção ao estomago, dando assim logar a uma segunda inflexão cuja concavidade fica voltada para a esquerda. Estas inflexões, ainda que pouco accen-

tuadas, têm importancia para o catheterismo, desde que haja certos estados pathologicos d'este orgão.

CALIBRE.—O calibre do esophago, longe de se conservar constante em toda a extensão d'este canal, apresenta, pelo contrario, dimensões muito diversas e que nos convém particularmente conhecer. Por isso transcreveremos da these de Mouton o quadro com as conclusões a que elle chegou depois de ter feito varias moldagens do esophago em gesso.

Diametros do esophago a diversas distancias da sua abertura superior:

	Diametro
A' entrada	14 mm.
a 1 cent. ^{os} (dilatação olivar)	19 >
a 4 >	15 >
a 7 > (3. ^a vertebra dorsal).	14 >
a 11 >	20 >
a 14 >	17 >
a 15 >	21 >
a 17 >	20 >
a 21 >	12 >
a 22 >	12 >
a 23 >	12 >
a 25 > (cardia).	14 >

D'aqui se conclue portanto que existem normalmente tres pontos apertados, e são: o primeiro á entrada do esophago, devido á compressão da cartilagem cricoidêa; o segundo a 7 cent. abaixo

da entrada, quando elle se desvia para a direita; (abaixo, adiante e á esquerda passa a crossa da aorta); finalmente o terceiro ponto a 22, 23 e 24 cent. correspondendo á sua passagem através do diaphragma. Este ultimo estreitamento é devido á compressão das fibras musculares dos pilares do diaphragma, que lhe formam um annel.

Apesar de ter estas dimensões mais ou menos constantes, o esophago é comtudo bastante susceptivel de dilatação, principalmente na sua parte média, onde póde obter-se um calibre de 35 mm. sem que haja laceração das tunicas.

RELAÇÕES.—No pescoço fica situado por detraz da trachêa, da qual é separado por uma camada de tecido cellular laxo, e por deante da camada de musculos e aponevrose prevertebraes, sendo tambem separado d'estes por uma camada de tecido cellular laxo. Aos lados ficam os lobos lateraes do corpo thyroide, as arterias thyroidêas e, um pouco affastada, a bainha dos grandes vasos do pescoço. O nervo recorrente direito corresponde ao seu bordo direito, emquanto què o recorrente esquerdo passa por deante da sua face anterior.

Por este motivo, e porque do lado esquerdo o esophago fica mais proximo da superficie do pescoço, convém fazer-se a esophagotomia externa sempre d'este lado, como teremos occasião de vêr mais tarde.

No thorax o esophago atravessa o mediastino

posterior tendo por deante a trachea, a crossa da aorta, a bifurcação dos bronchios, e principalmente o bronchio esquerdo, que a elle se encosta e lhe marca uma depressão, e o pericardio: por detraz corresponde ao canal thoracico, grande veia azigos, arterias intercostaes direitas, ganglios e tecido celular laxo, que o separa da columna vertebral. A aorta, tornando-se descendente, cruza posteriormente com o esophago, passando entre elle e a columna vertebral, e fórma com este canal uma especie de X de ramos muito alongados. Do lado direito encontra-se o folheto direito do mediastino; pelo esquerdo passam a crossa da aorta e os ramos que d'ella nascem.

Depois de atravessar os pilares do diaphragma penetra no abdomen, correspondendo a deante ao bordo posterior do figado.

Os nervos pneumogastricos caminham, a principio, um á direita e outro á esquerda do esophago mas a uma certa altura o pneumogastrico esquerdo passa para deante e o direito para traz, chegando ao cardia com esta disposição.

A função principal do esophago consiste em dar passagem ao bolo alimentar, da bocca até ao estomago. Esta passagem effectua-se em dois tempos; no 1.º, depois do bolo alimentar ser impellido pela lingua até á cavidade pharyngea, os musculos mylo-hyodeos e hyo-glossos contraem-se, premendo a base da lingua para traz e para baixo de encontro á epiglote, produzindo uma pressão sobre o

ar e o bolo alimentar que se encontram na pharynge, resultando d'ahi a projecção do bolo atravez de todo o esophago até ao cardia; este primeiro movimento é denominado *deglutição propriamente dita*; no segundo tempo dá-se uma contracção successiva e lenta dos musculos da pharynge e do esophago, que parece ter por fim arrastar todos os detritos que ficaram detidos nas suas paredes, para os reunir ao bolo alimentar, suspenso sobre o cardia. Este segundo tempo denomina-se *deglutição secundaria* ou *peristaltica*. Em geral, é depois de se dar este movimento peristáltico, que se abre o cardia, passando então o bolo alimentar para o estomago. (1)

Convém observar que no primeiro tempo o bolo alimentar, se bem que atravessando rapidamente o esophago, faz comtudo ligeiras paragens, ou pelo menos retarda a sua velocidade, ao passar ao nivel dos pontos em que este canal tem um calibre diminuto.

ANOMALIAS.—As relações anatomicas, em que o esophago se encontra para com os órgãos que o cercam, não são constantes; basta dizer, que em certas anomalias do trajecto da carotida primitiva direita todas as arterias filhas d'esta deixam de

(1) Kronecker et Meltzer, *Archiv. f. Physiologie*--1883, citado por Frederic et Nuel—*Physiologie humaine*.

pulsar quando se dá a deglutição, e que um individuo succumbiu subitamente ao engulir um grande bocado; a autopsia revelou que a aorta se curvava sobre a bronchio direito, dirigindo-se depois para a esquerda, passando entre o esophago e a columna vertebral; pela passagem do alimento a aorta foi comprimida a ponto de se dar a anemia cerebral que provocou a morte. (1)

(1) Eichhorst—Traité de path. int.

APERTOS DO ESOPHAGO

CAPITULO I

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

São numerosas e muito variadas as causas dos apertos do esophago, sendo por este motivo variaveis, tanto a gravidade do prognostico como os meios de tratamento.

Dividiremos essas causas, como o faz Hermann Eichhorst, em *extrinsecas* e *intrinsecas*, segundo residirem fóra ou na propria parede do canal esophagiano. (1)

(1) Convém notar aqui, que os modernos auctores francezes, nomeadamente Verneuil, Guyon, Dieulafoy, etc., descrevem sob a denominação de apertos do esophago sómente os ap. cicatriciaes, classificando os apertos extrinsecos de *compressões do esophago*, e descrevendo os apertos cancerosos, syphiliticos, tuberculosos, etc., quando tratam da localisação de qualquer d'estas affecções n'aquelle orgão.

Causas extrinsecas

No numero das causas extrinsecas figuram todas as lesões dos órgãos visinhos, que possam produzir uma compressão mais ou menos accentuada sobre as paredes do canal esophagiano, produzindo por este modo a dysphagia.

Figuram n'este numero:

1.º Os aneurismas da crossa da aorta ou da sua porção descendente.

2.º Os abscessos dos ganglios lymphaticos, que cercam aquellê órgão na sua passagem pelo mediastino posterior. Estes abscessos, comprimindo o esophago, constituem uma causa d'aperto; e se a compressão vae mais longe, attingindo os bronchios e os pulmões, apparecem tambem symptomas de dyspnêa.

3.º Tumores do mediastino.

4.º Abscessos vertebraes e deformação das vertebraes no mal de Pott.

5.º Finalmente, os derrames pericardicos que, attingindo um certo volume, podem comprimir o esophago.

Causas intrinsecas

Por causas intrinsecas devemos entender todas aquellas que residem nas paredes do próprio órgão.

Dividiremos os apertos produzidos por estas causas em tres classes: *apertos organicos*, *apertos spasmodicos* e *apertos congenitaes*.

Apertos organicos

Sob esta denominação estudaremos os apertos: *neoplasicos* nomeadamente os *cancerosos*; *tuberculosos*; *cicatriciaes e syphiliticos*.

APERTOS CANCEROSOS.—O cancro do esophago é muito mais frequente no homem do que na mulher, e apparece geralmente em idade algum tanto avançada (entre 50 e 65 annos).

Entre as circumstancias que predispoem o organismo para o seu apparecimento contam-se: a esophagite aguda ou chronica; o alcoolismo; antecedentes hereditarios, e finalmente a existencia de apertos cicatriciaes.

Não concordam as opiniões dos diversos auctores sobre o logar em que de preferencia se fixa o cancro esophagiano. Assim Cornil e Ranvier dizem ser ao nivel da bifurcação dos bronchios; Zenker e Zimmermann opinam por que seja na extremidade inferior, perto do cardia; finalmente Rokitansky e Mackenzie observaram-no frequentes vezes na extremidade superior.

Parece-nos que, sendo os traumatismos a causa determinante do apparecimento do cancro no esophago, estarão mais sujeitos a ser atacados os pontos do canal esophagiano onde este apresenta menor calibre, e onde fôr menos susceptivel de dilatação. Ora, segundo as noções de anatomia que expuzemos, estes pontos são tres, sendo d'elles o mais

apertado o inferior, ao nível do diaphragma, e portanto é provavel que seja ahi mais frequente o cancro, (1) podendo apparecer tambem ao nível dos outros dois.

A neoplasia começa por infiltrar a mucosa, que engrossa bem como a sub-mucosa, constituindo dentro em pouco uma saliencia apreciavel.

Só mais tarde a tunica muscular é interessada.

A este periodo succede o de ulceração; esta começa a destruir primeiramente as tunicas do canal esophagiano de dentro para fóra, invadindo em seguida os órgãos visinhos, já infiltrados.

Como consequencia seguem-se as perfurações e os trajectos fistulosos que se estabelecem, quer para a trachêa quer para os bronchios, e até algumas raras vezes para os grossos vasos da visinhança. A invasão progride sempre, attingindo os pneumogastricos e, se o neoplasma fôr da porção cervical, a pharynge e a glandula thyroidêa.

Acima do neoplasma o esophago degenera e amollece por fórmula tal, que se dão quasi sempre retrodilatações, differentes comtudo das escavações que resultam da destruição das massas neoplasticas.

Poucas vezes o cancro se generalisa; quando

(1) Esta conclusão a que tinhamos chegado *a priori*, vimol-a depois confirmada por uma estatistica citada por Barral e na qual de entre 60 casos de cancro 18 eram na parte superior; 17 na media e 25 na inferior.

isto succede, apparecem alguns nucleos nos pulmões, coração, diaphragma, figado, rins e ganglios mesentericos.

Pelo exame hystologico podem descortinar-se em detritos, que por qualquer processo sahiam do esophago, elementos do epithelioma pavimentoso lobulado, de globos epidermicos ou mesmo do epithelioma tubulado. Segundo Cornil e Ranvier, as glandulas mucosas tomam parte no desenvolvimento do tumor.

APERTOS TUBERCULOSOS.—A tuberculose tem tambem o seu papel na etiologia dos apertos. Se bem que a sua apparição seja bastante frequente em doentes já portadores de apertos esophagianos de outra natureza, devido isto á inanição, ella comtudo têm-se localisado primitivamente no esophago em alguns raros casos. Esta raridade é attribuida por Weischelbaum ao facto de as materias infectantes atravessarem muito rapidamente este canal, e por Schaschmann á protecção que lhe confere o epithelio, espesso e resistente. O que parece comtudo dar-se é a enxértia da tuberculose n'uma ulceração já existente, como succedeu em um caso citado por Breus, em que o doente já era portador de uma ulceração pela ingestão de potassa caustica, quando lhe appareceram os symptomas de tuberculose esophagiana.

As lesões observadas consistem em ulcerações, quasi sempre multiplas, cinzentas ou amarelladas,

cobertas de um inducto granuloso; Follin diz ter encontrado tuberculos no tecido cellular sub-mucoso. Na maioria dos casos as lesões occupam a parte inferior do esophago, e acompanham-se quasi sempre de uma tal infiltração do tecido sub-mucoso, que d'ahi resulta um aperto notavel do canal, podendo julgar-se macroscopicamente que se trata de uma neoplasia cancerosa. Só o microscopio poderá estabelecer com certeza a sua natureza, porquanto as suas manifestações clinicas são muito obscuras. D'aqui resulta o facto de ter sido negada por muitos auctores esta variedade de aperto. Assim Behier, que observou 161 casos, ⁽¹⁾ não admittia a tuberculose primitiva do esophago.

Depois de Behier numerosas obras classicas deixam tambem de se referir a ella. A sua existencia, porém, foi bem demonstrada, entre outros, por um caso citado por Barral, e no qual o exame histologico feito na necropsia por M. Sappelier demonstrou a presença de cellulas gigantes e do bacillo especifico.

APERTOS CICATRICIAES.—Os apertos cicatriciaes são o resultado da retracção de cicatrizes de ferimentos ou ulcerações feitos no esophago. Como se sabe, esta retracção faz-se por vezes muito len-

(1) J. Behier—Conferences de clinique medicale—Paris—1864.

tamente, de fôrma que quando apparece o aperto já tem decorrido muito tempo depois de curada a afecção que lhe deu origem. (1)

A consideração da idade não tem aqui importancia etiologica, pois que em todas as epochas da vida se podem produzir as ulcerações, que dão lugar, mais tarde, a estes apertos.

Estas ulcerações podem ser motivadas ou por um liquido caustico, que se ingere por engano, ou com o fim de suicidio, ou por liquidos demasiadamente quentes, ou emfim por corpos extranhos de superficie aspera, que possam produzir uma erosão da mucosa.

Outras vezes é um traumatismo externo (instrumento cortante, ferida por arma de fogo); ou um traumatismo interno (expulsão de um polypo, extracção difficil de um corpo extranho), que produzem a ulceração.

No numero das causas d'estes apertos ainda figuram certas doenças parasitarias, que têm repercussão ou mesmo localisação no esophago, e ahí produzem ulcerações mais ou menos extensas, taes são: o *farfalho*, que póde estender-se até ao cardia; a *actinomycese* que ás vezes se desenvolve em focos sobre o esophago produzindo ulcerações e ás

(1) Em um caso citado por Tillaux o doente ingerira o liquido caustico 10 annos antes de lhe apparecer o aperto.

vezes até perfurações, como foi observado por Poncet n'um caso de fistula esophago-trachêal.

A escarlatina, a diphteria, a erysipela, a febre typhoide e a variola tambem pódem manifestar-se no esophago, havendo casos em que esta ultima doença produziu ulcerações tão extensas que as paredes d'este canal ficaram colladas em quasi toda a sua extensão, impossibilitando por completo a passagem dos alimentos.

Ha tambem certos medicamentos que têm uma acção caustica ou irritante sobre o esophago dando origem posteriormente a apertos cicatriciaes; estão n'este caso o iodo, ingerido sob a fôrma de tintura, e o mercurio sob a de sublimado corrosivo; além d'estes o tartaro emetico tambem tem uma acção especial, que consiste em provocar a formação de fistulas.

A existencia de uma ulcera do esophago, coincidindo ou não com a ulcera do estomago, póde tambem dar margem, pela cicatrisação, a um aperto. O diagnostico da ulcera é por vezes difficil, pois que nem sempre vem acompanhada de symptomas que a revelem. Estes symptomas, quando apparem, são: dôr no epigastro ou por detraz do esterno, dysphagia e hematemese; na maior parte dos casos porém, passam despercebidos, e o diagnostico só póde ser retrospectivo, depois de se verificar a existencia de aperto cicatricial. Emquanto á etiologia da ulcera, ella póde ser attribuida a embolias arteriaes, estase venosa, infarctos hemorrhagicos,

inflamação da parede, etc.; mas parece que o succo gastrico, que por vezes reflue, invadindo a parte inferior do esophago, tem uma acção preponderante na formação das ulceras. Apesar de Debove não admittir a acção do succo gastrico como causa de ulceração. Quincke cita numerosas observações, nas quaes demonstra a veracidade d'aquella asserção.

De tudo o que acabamos de expôr se conclue, que são principalmente os commemorativos, que nos poderão elucidar sobre a natureza d'estes apertos.

APERTOS SYPHILITICOS.—A maior parte das obras classicas francezas negam a existencia d'estes apertos ou não se referem a elles. O proprio Tillaux duvida um tanto d'elles.

Entretanto, desde ha muito tempo que têm sido publicados alguns factos mostrando a possibilidade da localisação da syphilis no esophago e, concomitantemente, o aperto da mesma natureza. Assim; Ruysch cita um caso de aperto curado em um mez por meio de fricções mercuriaes; Haller cura um doente nas mesmas circumstancias com pilulas de mercurio; Biermer falla de uma mulher de 25 annos, que contrahira a syphilis aos 16, e que depois de ter apresentado as manifestações secundarias e terciarias, foi atacada de intensa dysphagia. Com a applicação do tratamento iodado esta desapareceu.

Não é bem conhecido ainda o mecanismo por

que a syphilis actúa produzindo os apertos; mas os factos que deixamos enumerados, e muitos outros que podiamos citar, demonstram bem o seu papel na etiologia da affecção de que tratamos. Fournier, auctorisadissimo no assumpto, Lancereaux e Cornil partilham esta opinião.

APERTOS ORGANICOS RAROS.—Sob esta designação estudam alguns auctores certa cathegoria de apertos, muito raros, que são devidos a um endurecimento das paredes do esophago. Ora se trata de uma degenerescencia fibrosa, ora de uma degenerescencia cartilaginea, encontrando-se no tecido cellular concreções moveis, elasticas, de uma côr azulada, e sob a fórma de placas ou de aneis duros e quebradiços.

No numero dos apertos raros tambem figuram as varizes do esophago, que occupam quasi sempre as immediações do cardia, e que podem dar logar a hemorragias temiveis. Segundo Gubler ellas são devidas a uma cirrhose do figado.

Apertos espasmodicos

Tambem descriptos por alguns auctores sob a denominação de *esophagismo*, estes apertos consistem, segundo Mondiere, em «uma constricção mais ou menos completa do canal pharyngo-esophagiano, podendo produzir uma dysphagia absoluta, ou

impedir sómente a deglutição ou dos corpos solidos ou de liquidos».

Sempre de origem nervosa, elles são sobretudo caracterisados pela ausencia de qualquer lesão, ao menos apparente, ao nivel do ponto apertado. Podem ser *idiopathicos* ou *symptomaticos*.

Os espasmos idiopathicos apparecem bruscamente, sem motivo conhecido. Assim, no meio de uma refeição o bolo alimentar pára repentinamente no esophago, resultando d'isso uma grande angustia para o paciente, podendo sobrevir tambem lipothymia, syncope ou ameaças de suffocação.

Decorrido algum tempo, os alimentos ou são regorgitados, ou descem até ao estomago, deixando comtudo ao doente a impressão de que tem uma constrictão no esophago. Effectivamente, se elle tentar engulir novos alimentos, ou não o consegue ou só o faz com muita difficuldade.

Espasmos symptomaticos são todos aquelles que se apresentam como consequencia de certas doenças ou affecções preexistentes.

Podem ser causados: 1.º por uma nevrose: hysteria, emoção, susto, colera, hypochondria, melancolia, demencia e neurasthenia; 2.º por uma intoxicação ou infecção: tetano, raiva, intoxicações pela strychnina, cogumelos venenosos, arsenico, belladonna e meimendro; 3.º por lesões e traumatismos: taes são os espasmos produzidos por ulceras da pharynge, tuberculose laryngea, amygdalite, cancro

do estomago, vermes intestinaes, todos os apertos organicos e o proprio catheterismo.

O que caracteriza o aperto espasmodico é o seu começo brusco, subito e inesperado.

Apertos congenitae

Os apertos congenitae constituem uma variedade pouco frequente, e resultam da má conformação do canal esophagiano, o qual apresenta desde o nascimento certas zonas com um calibre muito diminuto, chegando mesmo em alguns casos a haver imperfuração.

Estes apertos eram attribuidos, segundo uma antiga theoria de Deroïde, á falta de coaptação dos dois topos, superior e inferior do esophago, que por essa mesma theoria seriam formados, o primeiro á custa do folheto externo da blastoderme e o segundo á custa do folheto interno. Estes dois topos caminhavam um para o outro, e se o encontro se dava no mesmo eixo, o calibre do canal assim formado ficaria normal; mas havendo desvio de um dos topos ou fundos de sacco, a coaptação dar-se-ia em más condições, produzindo um aperto ou mesmo a imperfuração completa. Segundo esta theoria os apertos congenitae deviam dar-se sempre ao meio do esophago. Mas pelas observações de Chelius, Rokitansky, Berg, etc., a séde d'estes apertos pôde variar, apparecendo umas vezes á entrada do esophago, outras no meio, e finalmente

ainda outras ao nivel do sphincter diaphragmatico.

Foi por esta ordem de considerações que Duponchelle, (These de Lille—1884), rejeitando as theorias de Deroide, admittiu que o esophago é primitivamente constituido por um cylindro maciço formado de cellulas embryonarias, de que as mais centraes vão sendo reabsorvidas, deixando assim uma via livre.

Os apertos congenitae apparecem na infancia, e tendem em geral a accentuar-se com os progressos da idade. N'alguns casos os doentes vivem com a sua dysphagia durante bastantes annos.

N'outros casos porém, e semelhantemente aos casos de apertos atrophicos citados por Verneuil, o aperto accentua-se rapidamente arrastando dentro em pouco a morte por inanição.

As imperfurações do esophago, contra as quaes a cirurgia tem sido até hoje impotente, são sempre fataes.

Existem ainda outros casos anomaes d'este genero. Citaremos, por exemplo, o caso de que falla Perier, no qual a extremidade inferior do esophago se abria na trachêa.

CAPITULO II

SYMPTOMATOLOGIA, DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO

Na symptomatologia dos apertos do esophago figura em primeiro logar a dysphagia, commum a todos elles, e por tal fórma constante, que os antigos auctores a confundiam com aquella affecção.

Mais tarde porém, os medicos trataram de estudar melhor as lesões, preoccupando-se menos com os symptomas, e foi então que começaram a ser estabelecidas as diversas variedades de apertos, notando-se ao mesmo tempo que podia existir a dysphagia a par da integridade absoluta do esophago. De facto a dysphagia acompanha um certo numero de doenças, que não produzem alterações n'este orgão, e não constitue portanto um symptoma pathognomonicos dos apertos do esophago.

Quando se nos apresentar, portanto, um doente queixando-se de dysphagia, devemos socorrer-nos de outros meios a fim de estabelecer um dia-

gnostico seguro. (1) Esses meios são: a *auscultação*, o *catheterismo*, a *esophagoscopia* e a *radiographia*.

A auscultação do esophago pratica-se em diversas regiões, segundo a porção d'este canal que se pretende examinar; assim: para a porção cervical pratica-se, em geral, com o stethoscopio, applicando-o do lado esquerdo do pescoço, adiante do bordo anterior do sterno-mastoideo; para a porção thoracica, applicando o ouvido ou o stethoscopio ao longo do bordo esquerdo da columna vertebral; a porção abdominal póde auscultar-se como a thoracica, ou então sobre a região epigastrica.

Sempre que se proceda a esta operação, faz-se ingerir ao doente alguns goles de liquido; se o esophago estiver normal, ouve-se na porção cervi-

(1) Nos doentes portadores, ha muito, de aperto esophagiano observa-se um outro phenomeno, que constitue um bom signal de diagnostico, e que consiste na regorgitação chamada por Behier *vomito esophagiano*. Verifica-se este facilmente fazendo ingerir ao doente uma porção de um liquido qualquer. Dentro de alguns minutos ou mesmo de algumas horas, o doente póde provocar a expulsão de uma parte maior ou menor da substancia ingerida, não pelo mecanismo do vomito, pois que nem o estomago nem os musculos abdominaes para isso concorrem, mas por uma simples acção do esophago, que se realisa sem esforço nem abalo alguns.

Além d'esta differença ha tambem uma outra circumstancia que demonstra que o liquido ingerido não deu entrada no estomago, pois que não apresenta as modificações que o succo gastrico n'elle devia produzir.

cal um intenso ruido de gorgolejo, quando o liquido é deglutido; nas porções thoracica e abdominal ouve-se um pequeno ruido *imediatamente* depois da deglutição; logo porém que haja aperto, este ruido ouve-se mais tarde e mais enfraquecido. Se o aperto fôr muito pronunciado, deixa de se ouvir por completo o segundo ruido de que acabamos de fallar.

No caso de existir um diverticulo acima do aperto, ouve-se então um verdadeiro gorgolejo produzido pela queda do liquido sobre algum outro, que já esteja depositado n'esse diverticulo.

O catheterismo explorador pratica-se geralmente com uma haste flexivel de metal ou de barba de baleia, tendo n'uma das extremidades uma oliva de marfim de volume variavel. Faz-se sentar o doente, inclina-se-lhe a cabeça um pouco para traz, e introduzindo-lhe na bocca o indicador da mão esquerda faz-se caminhar a extremidade do catheter que tem a oliva, guiada por este dedo, até encontrar a parede posterior da pharynge. Ao encontrar este obstaculo o instrumento curva-se, obrigando-o então o operador com a extremidade do dedo a tomar a direcção do esophago. Em seguida impelle-se lentamente e sem fazer grande pressão, fazendo-o caminhar atravez d'aquelle canal. Convém lembrar aqui, que existem normalmente alguns pontos apertados, contra os quaes a sonda esbarra, sendo o primeiro á entrada do eso-

phago; um outro quando este canal se desvia para a direita pelo cruzamento com a aorta; e finalmente, um terceiro ao atravessar o sphincter diaphragmatico, principalmente se n'esta occasião houver um movimento inspiratorio. Qualquer d'estes pontos offerece pouca resistencia á passagem do catheter, não sendo difficil distinguil-os dos apertos pathologicos.

Quando por inexperiencia se haja introduzido a sonda pela trachêa, este erro é revelado pelo doente, que sente immediatamente uma dôr viva acompanhada de tosse violenta.

O catheterismo pratica-se algumas vezes pelo nariz.

ESOPHAGOSCOPIA.—Diversos apparelhos se tem construido a fim de observar *de visu* o esophago, desde o speculo de Waldenburg, tubo conico e recto, que se introduzia pela bocca, estando o doente deitado em decubito dorsal, e mantendo a cabeça n'uma deflexão exagerada, até aos esophagoscopios modernos compostos de dois tubos unidos em angulo recto, tendo um reflector no angulo interno e uma pequena lampada de incandescencia destinada a illuminar a região, que se pretende examinar. Estes apparelhos, ainda hoje pouco usados, são em geral mal supportados pelo doente, e quasi que só servem para examinar o aperto mais proximo da pharynge, pois que em virtude da espessura e rigidez do tubo, este mal poderá trans-

pôr o primeiro aperto, impedindo assim que se examine o resto do canal.

RADIOGRAPHIA.—As applicações da radiographia ao exame do esophago, até hoje, só têm tido uma importancia consideravel na pesquisa de corpos extranhos n'elle detidos; sobretudo, se o corpo extranho fôr metallico, distingue-se com extraordinaria nitidez a altura e a posição em que se encontra. Os aperfeiçoamentos successivos d'este processo de observação fazem-nos crêr, que elle ainda venha a ter um papel importante na investigação da séde e natureza dos apertos do esophago.

Por qualquer d'estes meios de diagnostico nós podemos reconhecer a existencia de um ou mais apertos, e, muitas vezes, a sua natureza; ha porém um certo numero de symptomas peculiares a cada uma das variedades, que convém conhecer, e que, por isso, passamos a descrever.

Os apertos extrinsecos, provindo de lesões dos órgãos visinhos do esophago, traduzem-se por symptomas especiaes, segundo a lesão de que se tratar. Assim, se a causa da compressão do esophago fôr um aneurisma, um derrame pericardico, mal de Pott, etc., encontrar-se-hão pelos processos geraes de diagnostico os symptomas respeitantes a cada uma d'estas affecções.

Portanto, sempre que ao clinico se apresentar um doente que se julgue portador de aperto do

esophago, aquelle terá primeiro que tudo de proceder a um exame dos órgãos que cercam este canal por meio da palpação, auscultação e percussão, e só depois d'isso se servirá dos meios directos de exploração esophagiana, de que fallamos ha pouco. Esta recommendação não é banal; basta saber-se, que tem havido casos, em que a exploração pelo catheterismo tem provocado a ruptura de aneurismas, que comprimiam o esophago, causando morte immediata.

Não nos deteremos aqui a descrever a symptomatologia de cada uma das affecções, que podem ser causa dos apertos extrinsecos, porque sahiriamos um pouco do plano principal d'este trabalho, tanto mais que não é por via esophagiana que teremos de atacar estes apertos, mas sim pelos processos de tratamento adequados a cada uma das affecções de que se tratar. Passaremos pois a descrever a symptomatologia dos apertos de causas intrinsecas, seguindo a mesma ordem pela qual os descrevemos no capitulo anterior.

APERTOS CANCEROSOS.—O cancro do esophago póde existir muito tempo no estado latente, e quando começa a manifestar-se, fal-o de uma maneira lenta e progressiva pelos symptomas communs a outros apertos: dysphagia crescente, regurgitações, soluços, etc. Ao mesmo tempo os doentes têm por vezes como que uma sensação de um corpo extranho permanecendo atraz do sternum. Ha

porém dois symptomas, que, se bem que incertos, caracterisam comtudo o cancro, e são: 1.º dôres lancinantes irradiando para o pescoço, as costas ou o epigastro; 2.º o mau halito que o doente exhala quando o neoplasma está ulcerado.—Algumas vezes o symptoma inicial é constituído por desordens laryngeas, attribuiveis á compressão dos recorrentes.

A tumefacção dos ganglios cervicaes supra-claviculares (signal de Troisier) tem pouco valor, já porque é inconstante, já porque póde ser indicio de qualquer cancro visceral (estomago, etc.). (Este signal nunca se manifestou na doente a que se refere o nosso *caso clinico*).

Um bom indicio para o diagnostico d'estes apertos é a idade. Effectivamente é rarissimo encontrar-os em pessoas com menos de 45 annos sendo, ao contrario, muito frequentes dos 50 aos 65 annos. São tambem mais raros no sexo feminino do que no masculino. O doente apresenta em geral uma côr amarello-palha, aspecto cachetico, e nas materias regorgitadas encontram-se por vezes destroços do tecido morbido, que não será difficil reconhecer. A analyse histologica d'estes detritos póde trazer bastante luz para o diagnostico.

A lesão começa depois a estender-se pelos órgãos visinhos; os troncos nervosos, sobretudo, ou participam da degenerescencia, ou são comprimidos pelo tumor, produzindo, em qualquer dos ca-

sos, perturbações da voz, soluços, convulsões, tremor generalizado e algumas vezes a morte subita. (Pomer, Howship, Raynaud).

Outras vezes o doente é atormentado por violentos acessos de suffocação ou por uma dyspnêa violenta, que podem provir, ou de uma acção reflexa ou da tuberculose pulmonar, que constitue uma complicação frequente d'esta variedade de apertos.

A fome e, sobretudo, a sêde torturam o doente, e apparece uma salivação muito abundante; a cachexia accentua-se rapidamente, as dôres exasperam-se, e o doente morre de inanição ou de cachexia cancerosa, quando alguma perfuração do aparelho pulmonar ou circulatorio não abrevia ainda mais os seus soffrimentos.

Segundo Behier, n'esta variedade de apertos encontrar-se-hia frequentemente uma dilatação mais ou menos consideravel acima do ponto apertado.

Estas dilatações ou diverticulos são produzidas pela accumulção das materias alimentares, que não podem transpôr o aperto, e são tanto maiores quanto mais adiantado e impermeavel este estiver.

Depois de o cancro entrar em ulceração, a marcha da doença é geralmente rapida, e se algumas vezes apparece uma attenuação nos phenomenos de dysphagia, esta é passageira e enganosa, significando apenas que houve deslocamento de al-

guma massa neoplasica, do que resulta um alargamento temporario no calibre do esophago.

Quando assim é, as complicações graves (hemorrhagias, infecções bronchicas, pulmonares e pleuraes) não tardam a apparecer, tornando-se a morte imminente.

APERTOS TUBERCULOSOS.—E' muito difficil estabelecer o diagnostico entre estes apertos e os de natureza cancerosa, por isso que uma grande parte dos symptomas são communs. Assim, a dôr, os accessos de suffocação, a dyspnêa, apparecem frequentemente n'esta variedade de apertos.

Por outro lado, a tuberculose pulmonar e intestinal apparece frequentemente nos doentes portadores de cancro esophagiano, não nos podendo servir portanto de commemorativo para o diagnostico do aperto tuberculoso.

A sua localisação é quasi sempre na parte inferior do esophago, mas o grau de coarctação não se accentua tão rapidamente como no aperto canceroso.

A côr amarello-palha, caracteristica da cachexia cancerosa, não é aqui tão accentuada, e muitas vezes não apparece.

O aperto tuberculoso é mais commum em edades pouco avançadas (30 a 45 annos), ao contrario do cancro, que, como já vimos, é mais frequente nos velhos.

Não obstante, Panlicki cita um caso de aperto tuberculoso em um individuo com 74 annos de idade.

Apesar d'estes elementos de differenciação, só a analyse bacteriologica de materias extrahidas da região apertada poderá concorrer para precisar o diagnostico.

O prognostico d'estas duas variedades de apertos, é sempre grave e, quaesquer que sejam os meios de tratamento empregados, a vida do doente fica sempre sériamente compromettida.

Os APERTOS CICATRICIAES são caracterisados por um certo numero de symptomas, que difficilmente os deixa confundir com quaesquer outros.

A primeira questão a attender, e que basta muitas vezes para estabelecer o diagnostico, é o conhecimento dos commemorativos. Geralmente a implantação d'estes apertos faz-se em duas epochas differentes, entre as quaes póde mediar muito tempo: semanas, mezes e até annos. Na primeira dá-se o accidente (queimadura, laceração, etc.), que se traduz sempre por symptomas de esophagite aguda, mais ou menos accentuados, manifestando-se por dôres atrozes e dysphagia. Depois tudo acalma e o doente julga-se curado.

Deccorrido um tempo mais ou menos longo começa então a manifestar-se uma dysphagia progressivamente crescente, não se acompanhando nem de dôr, nem de dyspnêa, nem mesmo de suffocação

ou de alterações da voz. O soluço, aqui, também é muito raro. (1)

Notemos ainda que, a não ser durante os ensaios de catheterismo, as hemorragias são muito raras, não se encontrando também o halito malcheiroso, que é tão frequente no cancro.

Em geral existe mais do que um aperto, sendo o primeiro quasi sempre situado á entrada do esophago ou na sua porção cervical. Quando os apertos chegam a obliterar completamente o canal, sobrevem rapidamente a cachexia por inanição, que não é acompanhada d'aquella côr amarello-palha característica da cachexia cancerosa.

As dilatações ou diverticulos supra-stenoticos são muito raras n'esta variedade de apertos, atten-

(1) Os diversos auctores não estão de accordo sobre o valor semeiologico do soluço nas diversas variedades de apertos. Laveran e Teissier (Path. int.) affirmam que o soluço é mais frequente no aperto canceroso, por causa da destruição das extremidades nervosas pelo processo morbido.

Ora, á medida que estas extremidades nervosas são destruidas, o tecido morbido invade novas regiões, e encontra-se por conseguinte em contacto com porções nervosas ainda sãs, que elle irrita pela sua presença. Ao contrario, no aperto cicatricial é simplesmente a mucosa que está alterada, e é pela sua retracção ou pela hypertrophia das suas glandulas que se produz a coarctação. E' portanto mais difficil admittir uma acção sobre os troncos nervosos. Dieulafoy admittir também que o soluço é mais frequente no aperto canceroso, e que só se observa nos apertos cicatriciaes durante a phase inflammatoria, quando as dôres são violentas e os reflexos exagerados.

dendo a que a tunica muscular conserva, em regra, a sua integridade; mas os traumatismos produzidos pela difficuldade da passagem dos alimentos parece que dão, por vezes, azo quer á formação de abscessos, quer mesmo á implantação do cancro e, n'este caso, as paredes esophagianas alteram-se e não tardam a deixar-se distender.

O prognostico não é grave, se se começar o tratamento quando o aperto ainda permittir a passagem da sonda, para effectuar o catheterismo progressivo. Em estado mais adiantado, isto é, quando o esophago esteja completamente impermeavel, está dependente do resultado de uma operação mais melindrosa, e portanto de alguma complicação que possa sobrevir. A existencia de um diverticulo supra-stenosico aggrava tambem o prognostico.

OS APERTOS SYPHILITICOS, de pathogenia ainda muito obscura, são comtudo de facil diagnostico, bastando para isso attender aos commemorativos. Assim, em presença de um individuo que apresente manifestações secundarias ou terciarias de syphilis, ou apenas os vestigios d'ellas, e apresentando ao mesmo tempo os symptomas de aperto organico, é sempre de suppôr que se trate de um aperto syphilitico.

Este diagnostico é facilmente confirmado pelas sensiveis melhoras que sobrevêm sempre á applicação do tratamento especifico antisiphilitico.

Os poucos casos d'este genero mencionados

nas estatísticas têm sido, em geral, seguidos de cura completa; este facto auctorisa-nos a estabelecer-lhes um prognostico benigno.

APERTOS ESPASMODICOS.—O esophago-spasmo é caracterizado pela maneira brusca e irregular com que se dá, sendo os apertos ora fixos, isto é, no mesmo ponto da parede esophagiana, ora variaveis, apparecendo agora n'um sitio e logo n'um outro. O apparecimento lento e gradualmente crescente é n'elles mui raro.

Sobrevêm quasi sempre em uma idade comprehendida, entre os 18 e os 35 annos e, como a sua causa é na maioria dos casos a hysteria, é muito mais frequente encontra-los na mulher.

A dysphagia, em geral, é electiva, passando em uns casos os liquidos mais facilmente do que os solidos, dando-se o contrario em outros casos; outras vezes passam os alimentos quentes e não os frios.

E' raras vezes indolor, acompanhando-se quasi sempre de uma sensação de queimadura ou de constricção, ou então faz lembrar uma bola que estivesse detida no pescoço ou no peito.

Algumas vezes o espasmo não se limita ao esophago, e estende-se aos musculos do pescoço, thorax, nuca ou larynge. Vem por accessos, cuja duração é muito variavel, durando ás vezes alguns minutos e prolongando-se outras vezes durante 24 e mais horas.

O diagnostico é, em geral, facil, attendendo á variabilidade dos symptomas. Quando se procede á exploração por meio do catheterismo com o dilatador olivar de Collin, a oliva detem-se brusca-mente em um ponto; mas fazendo uma pressão constante e um pouco demorada sobre o obstaculo, sente-se este desapparecer, ora gradualmente, ora de uma maneira brusca, podendo então o instrumento percorrer livremente o esophago até ao estomago; quando aquelle se retira *já não se encontra obstaculo algum á sua passagem*. Este phenomeno constitue uma caracteristica importante do espasmo.

O prognostico não é nada grave nos apertos idiopathicos; nos symptomaticos depende evidentemente da gravidade da causa.

APERTOS CONGENITAES.—Não nos referiremos aqui a essas anomalias, que consistem na imperfuração completa do esophago, e em que este canal termina a uma altura variavel, formando um fundo de sacco; nem tão pouco a ess'outras que consistem na abertura do esophago nas vias respiratorias. Para estes casos tem sido, até hoje, improficuos todos os esforços dos cirurgiões.

Fallaremos portanto, sómente d'esses estreitamentos, em geral annulares, especie de sphincteres que apertam o esophago, e que começam a produzir uma dysphagia mais ou menos intensa desde a mais tenra idade.

O seu diagnostico não é difficil de estabelecer; basta para isso que o doente refira ter sentido sempre uma certa difficuldade na deglutição, difficuldade que progride sempre com a idade. O doente, instinctivamente, escolhe sempre alimentos de consistencia molle ou pastosa, e, quando assim não seja, tem o cuidado de tritural-os bem na bocca, impregnando-os ao mesmo tempo de abundante saliva. As refeições são sempre demoradas, porque come com lentidão.

Estes apertos, ás vezes, não chegam a incommodar muito os doentes, e permitem-lhe uma longa vida sem accidentes; outras vezes porém, sobrevêm espasmos esophagianos, que complicam um pouco a sua marcha, augmentando rapidamente a dysphagia.

Segundo Rokitansky e Berg, estes differem dos apertos adquiridos pela grande tendencia, que ha para a formação de bolsas diverticulares acima d'elles.

Alguns auctores attribuem o aperto ao facto de existir préviamente um diverticulo esophagiano; é certo que a presença d'este, principalmente quando muito desenvolvido, augmenta um pouco a dysphagia, mas estamos convencidos que a primeira lesão a implantar-se é o aperto, sendo este portanto a causa da deformação diverticular.

O prognostico é benigno, e, a não sobrevirem complicações, o doente pôde chegar a uma idade

avançada sem ter soffrido grandes incommodos. As poucas observações, que ha, demonstram este facto.

Assim, E. Home cita um caso de uma mulher que morreu aos 59 annos com um aperto d'esta natureza, e na qual a atresia se accentuou lentamente desde a infancia, terminando por obliterar completamente o esophago.

N'um outro caso citado por Cassan ⁽¹⁾ o doente morre aos 77 annos depois de ter apresentado toda a vida symptomas de dysphagia.

COMPLICAÇÕES.—Qualquer das variedades de apertos, que descrevemos, está sujeita a complicações que podem aggravar, ou mesmo comprometter muito sériamente a vida do doente.

As mais frequentes são: ulcerações, hemorragias e esophagite; perfurações do esophago e comunicação com a trachêa, bronchios, ⁽²⁾ pleura, vasos do pescoço, aorta ou pericardio; gangrena pulmonar, attribuida por Millard e Behier á inanição, e que parece antes ser devida á invasão de microbios pathogenicos; compressão dos recorrentes (tratando-se de neoplasias) a ponto de produzir dys-

(1) Arch. gen. t. II. 1836.

(2) Quando existem fistulas esophago-tracheaes, os accidentes, que as traduzem, são sobretudo de ordem respiratoria, e manifestam-se a cada deglutição por dyspnêa e tosse. A morte sobrevem quasi sempre por lesões pulmonares, determinadas pela queda de particulas alimentares nas vias respiratorias.

phonia, ou mesmo asphyxia rapida; compressão das veias do mediastino posterior, produzindo edemas; finalmente, a tuberculose pulmonar, que vem frequentemente dar o ultimo golpe n'um organismo já depauperado pela doença e pela inanição.

CAPITULO III

TRATAMENTO

Uma affecção, que, na maioria dos casos, se apresenta revestida de uma gravidade consideravel, por interessar uma das mais importantes funcções do organismo, não podia deixar de attrahir, desde ha muito, a attenção dos medicos e cirurgiões, não só com o fim de a estudarem na sua essencia, mas principalmente com o de procurarem os meios para a sua cura, ou, ao menos, para debellar as suas perniciosas consequencias.

D'aquí resultou o apparecimento de uma multiplicidade de meios, uns curativos, outros simplesmente palliativos, de entre os quaes destacaremos, para os descrever, apenas os que tem dado resultados evidentes e que estão mais em uso, actualmente.

Convem esclarecer desde já que nenhum d'estes meios de tratamento tem applicação exclusiva sobre esta ou aquella variedade de apertos; pelo contrario, o mesmo processo póde ser tentado em diversas variedades, assim como, em um determinado aperto, se póde e deve recorrer successiva-

mente a todos os meios ao nosso alcance, até conseguir a cura, ou, ao menos, a melhora bastante para que o doente não morra de inanição.

Segundo, porém, a variedade de aperto de que se tratar, devemos dar preferencia aos meios que particularmente mais lhe convenham; se as tentativas feitas não forem coroadas de bom exito, estamos então auctorizados a servirmo-nos de qualquer dos outros, chegando até á gastrostomia, que, como veremos, póde hoje ser considerada uma operação benigna, cujas vantagens n'estes casos são innegaveis.

Os meios ou processos de tratamento, a que o clinico póde recorrer, pódem dividir-se em duas categorias, que são:

- 1.^a *Meios de ordem medica;*
- 2.^a *Meios de ordem cirurgica.*

Expol'os-hemos por esta ordem, indicando ao mesmo tempo as circumstancias em que, de preferencia, devem ser empregados.

Os meios de ordem medica comprehendem: o emprego dos *antispasmodicos*, dos *sedativos nervosos* e dos *anesthetics*; a *sugestão*; a *electrisação*; as *douches frias*.

A medicação antispasmodica, actuando, quer como reguladora das relações entre os centros nervosos superiores e os inferiores, quer diminuindo a hyper-excitabilidade muscular, tem uma acção manifesta nos espasmos do esophago. O medicamento preferido é a valeriana.

Os sedativos nervosos (brometos, belladona, etc.,) tem tambem uma applicação quasi limitada á mesma variedade de apertos.

Os anesthesicos (cocaina. chloral,) são, muitas vezes, não só empregados nos espasmos, mas applicados como tempo preparatorio para proceder ao catheterismo, ou á collocação de sondas.

A suggestão, as douches e a electrisação constituem um bom recurso, quer empregados isoladamente, quer associados, para o tratamento dos apertos espasmodicos, quando estes se manifestam em um individuo hysterico.

No tratamento dos apertos syphiliticos está indicado o tratamento especifico; mas se a lesão tiver chegado ao periodo de sclerose, esta applicação será infructifera. (1)

Os meios cirurgicos, geralmente empregados, são: o *catheterismo dilatador*; *esophagotomia interna e externa*; *esophagectomia*; *electrolyse*; *tubagem do esophago*; *gastrostomia*.

Catheterismo dilatador

O catheterismo dilatador pratica-se com diversos instrumentos, que visam ao mesmo fim: forçar mecanicamente o aperto até produzir um augmento de diametro.

(1) Duplay et Reclus.—Trait. de chir.

Póde empregar-se para isso o dilatador de Collin, que é formado de uma haste flexivel de barba de baleia ou de metal, tendo uma das extremidades terminada em rosca, á qual se póde adaptar uma serie de olivas, de calibre que vae desde 6 a 20 millimetros.

Ha tambem o catheter de Velpeau, que consta de uma haste flexivel, tendo 3 ou 4 dilatações olivares de dimensões crescentes, a começar da extremidade que deve ser introduzida no esophago.

Bouchard emprega umas velas cylindro-conicas, que tem a vantagem de penetrar atravez de apertos muito reduzidos. Estas velas são ôcas e pódem ser conduzidas por meio de um mandril; algumas vezes convem encher-as de grãos de chumbo, cujo pezo ajuda a forçar o aperto.

A dilatação é *progressiva temporaria* quando se fazem sessões intervalladas por um ou mais dias, e durante as quaes se mantem o dilatador no aperto apenas alguns minutos; *progressiva permanente* quando o dilatador (velas de Bouchard ou quaesquer sondas appropriadas) se deixa ficar no esophago no intervallo das sessões; em cada sessão a vela é substituida por outra de calibre maior; finalmente, póde ser *brusca*, quando se emprega um aparelho, como seja a pinça de Broca, que, introduzida no aperto, o dilata em uma só sessão. Póde fazer-se tambem por meio de balões, que se introduzem vazios, e depois se enchem de ar ou de agua. A dilatação brusca não é isenta de perigos.

A technica para a introdução dos varios dilata-
dores no esophago é a mesma que já descreve-
mos para o catheterismo explorador.

O catheterismo não se pratica sómente pela
bocca ou nariz; póde ser tentado pela fistula gasti-
ca de um doente, que tenha sido gastrostomizado, e
toma então o nome de *catheterismo recorrente*. Por
este processo tem-se conseguido dilatar apertos,
que eram completamente invenciveis, quando ataca-
dos pela bocca.

O catheterismo póde empregar-se em muitas
variedades de apertos, mas é nos cicatriciaes que
elle dá melhores resultados.

Esophagotomia interna

Esta operação consiste em introduzir um ins-
trumento munido de uma ou mais laminas cortan-
tes atravez do esophago, afim de seccionar os pon-
tos apertados.

Os instrumentos mais recommendaveis são o
esophagotomo de Trélat e o de Maisonneuve, modi-
ficado por Le Dentu. O primeiro secciona de baixo
para cima, e só é utilisavel, portanto, nos apertos
que lhe permittam a passagem. O segundo seccio-
na de cima para baixo, e é applicavel a todos os
apertos que dêem passagem á sua delgada extremi-
dade, que serve de conductor.

A esophagotomia interna é empregada quasi
exclusivamente nos apertos cicatriciaes, mas para

dar bons resultados precisa de ser seguida da dilatação progressiva. Os principaes perigos de insuccesso consistem em hemorragias e na perfuração do esophago.

Esophagotomia externa

Consiste esta operação na abertura momentanea do esophago, quer na porção cervical, quer na thoracica. Emprega-se, ou com o fim de destruir um aperto cicatricial, ou então para alimentar o doente, quando o aperto seja invencivel, e fique superior á abertura esophagiana. Quando a incisão se conserva aberta com este fim, a operação toma o nome de *esophagostomia*.

Para attingir a porção cervical pratica-se uma incisão do lado esquerdo do pescoço, que começa um pouco acima da extremidade interna da clavícula, e sobe parallelamente ao bordo anterior do sterno-mastoideo, até ao bordo superior da cartilagem thyroidêa.

Caminha-se até ao esophago, afastando cuidadosamente os orgãos importantes, que ahi se encontram, e tendo por ponto de referencia a trachêa, que é facil reconhecer.

Chegando ao esophago abre-se este, e pratica-se a incisão do aperto.

A collocação de uma sonda permanente atravez da abertura feita, e com o fim de alimentar o doente, é hoje vantajosamente substituida pela gastrostomia.

A esophagotomia externa intra-thoracica feita pelo mediastino posterior foi praticada por J. Potarca, e defendida por elle na sua these de doutoramento. A technica operatoria consiste em fazer uma incisão de 14 cent. sobre uma linha equidistante do bordo vertebral da omoplata direita e da espinha dorsal; resecar em seguida 3 cent. de costellas, descollar a pleura e penetrar no mediastino posterior, cahindo sobre o esophago ao nivel da 4.^a vertebra dorsal.

Henri Hartmann e Quénu já haviam tentado esta mesma operação, fazendo porém a incisão do lado esquerdo; a intervenção feita por esta tórma tem o inconveniente de encontrar a aorta antes de chegar ao esophago, e comprehende-se a gravidade que o caso póde acarretar.

Em qualquer dos casos, esta operação apresenta sérias difficuldades, e tem sido, por isso, praticada raras vezes.

Nasiloff propõe-a para a extirpação do cancro esophagiano, mas esta opinião é combatida por Hartmann.

Esophagectomia

Consiste na extirpação de uma parte do esophago, e é principalmente empregada como meio curativo do cancro esophagiano. Emprega-se sobretudo na extirpação dos cancros situados na porção cervical.

Esta operação foi praticada por Czerny em

1877 em uma mulher, á qual resecou 6 cent. de esophago attingido de cancro. Cinco mezes depois ainda não havia recidiva, e a doente julgou-se curada. Os operadores, que o imitaram já não obtiveram tão bons resultados. Assim Bohmer, em 12 operações, só lhe sobreviveram 4 doentes, que pouco tempo duraram.

Esta operação é muito grave, porque demanda quasi sempre a destruição de outros órgãos taes como: o corpo thyroide, larynge, parte dos nervos laryngeos, etc. Talvez que, melhorando a technica, com os progressos da cirurgia, a sua gravidade desapareça, tornando-se então a operação preferida no tratamento dos apertos cancerosos.

Electrolyse

Tem sido applicada, entre outros, por M. Fort no tratamento dos apertos organicos, com resultados satisfactorios. O tratamento, que parece convir mais, é a combinação da electrolyse linear com a dilatação.

E. Boechel, que curou dois casos de aperto cicatricial por este processo, pensa que a electrolyse não é um meio de destruição, mas sim uma maneira de modificar os tecidos, de os congestionar, de os tornar mais molles, mais succulentos, segundo a sua expressão. Crê pouco na electrolyse pura, e pensa que a sua acção se acompanha sempre de galvano-cauterisação chimica; por isso colloca o

reophoro negativo no esophago, porque as escaras dos alcalis são mais brandas que as dos acidos.

Stroem admitte que não somente a electrolyse torna permeaveis os apertos que o não eram, mas affirma, que ella póde só por si restabelecer o canal e produzir um resultado duradouro.

Guyon, nos seus cursos, affirma que a acção da electrolyse é semelhante á do catheterismo apoiado, e que n'um grande numero de casos a cura se deve antes á pressão do instrumento, que á acção electrolytica.

Tubagem do esophago

Consiste esta operação em introduzir atravez do aperto, deixando-a ficar, uma sonda ôca, pêla qual os alimentos são lançados no estomago.

D'antes usavam-se sondas compridas, cuja extremidade superior sahia pelo nariz, mas este processo tinha grandes inconvenientes. Em primeiro logar, o porte d'este instrumento era sobremaneira incommodo; a saliva, não podendo ser engulida, obrigava o doente a cuspir frequentes vezes; enfim, o aparelho, apoiando-se constantemente sobre a cartilagem cricoidêa, ulcerava esta ao fim de algum tempo.

Surgiu então o emprego de sondas curtas, chamado tambem *methodo de Symmonds*. Pratica-se por meio de pequenas canulas conicas de gomma elastica, munidas na extremidade superior de dois

fios de sêda, que vêm sahir pelo nariz ou pela bocca, e que servem para as retirar.

A sua collocação faz-se por meio de um mandril especial.

Estas sondas occupam apênas a região stenossada, e permitem ao doente saborear e engulir com bastante facilidade os alimentos, mas tem tambem os seus inconvenientes.

Assim, entre o bordo superior da canula e o esophago introduzem-se particulas alimentares, que ahi fermentam e sê decompõem, produzindo infecções; por outro lado, quando se trata de uma neoplasia, esta é irritada pela presença da sonda, produzindo dôres atrozes e hemorragias; outras vezes, a neoplasia, desenvolvendo-se acima e abaixo da canula, oblitera esta, e impede a sua retirada.

Gastrostomia

A gastrostomia é uma operação destinada a estabelecer uma fistula estomacal para nutrir os doentes, cujo esophago não permite a passagem normal dos alimentos, pondo ao mesmo tempo este canal em repouso, e facultando o ataque dos apertados por via recorrente.

Tal é a maneira como se deve encarar esta operação actualmente, pois que, em muitos casos, ella não é simplesmente um palliativo mas sim um

meio de cura de certos apertos organicos ou mesmo espasmodicos.

A ideia de praticar esta operação foi concebida pela primeira vez por Egeberg, depois de conhecer as observações de fistula gastrica accidental citadas por Voigtel e Elie de Beaumont; mas aquelle celebre medico, depois de estudar e descrever brilhantemente o processo operatorio, não chegou a pô-lo em pratica. Foi Sedillot o primeiro cirurgião que praticou a gastrostomia, em 1849, tratando-se de um caso de cancro do esophago em um doente, que já estava extremamente enfraquecido, e que succumbiu poucas horas depois.

D'então para cá a historia da gastrostomia comprehende dois periodos bem differentes; o primeiro, até á epocha da apparição do methodo antiseptico, conta numerosissimos revezes, o que faz com que aquella operação seja anathematisada pelos mais celebres cirurgiões d'essa epocha. E' assim que Alquié, em 1854, a descreve em um capitulo encimado por este titulo significativo: «De certaines folies operatoires de notre epoque ou de la ligature de l'aorte et de la gastrostomie».

Graças porém ao advento da antisepsia, a gastrostomia praticada por Verneuil, Schönborn e Howse começa a livrar doentes, portadores de apertos cancerosos, de uma morte inevitavel.

Mas uma outra questão importante se levanta, pois que apesar dos cuidados antisepticos, as esta-

tísticas, principalmente francezas, accusam uma mortalidade operatoria superior a 60 %. E' a questão do *momento da intervenção*.

As opiniões a este respeito podem dividir-se em dois grupos; o primeiro, de que fazem parte os antigos operadores taes como Sedillot, Fenger, Förster, etc., e muitos dos modernos cirurgiões francezes, reservam a intervenção para quando o aperto se tenha tornado completamente impermeavel, isto é, quando o doente está proximo de uma morte certa.

O segundo grupo, de que fazem parte Lowe, Mac Cormac e numerosos cirurgiões allemães, avançam que é necessario intervir o mais cedo possivel, havendo assim grandes probabilidades de prolongar a vida do doente pelo facto de este se encontrar menos esgotado de forças, e portanto, em melhores condições de resistencia, quer á operação, quer ao tratamento ulterior.

Petit acceta esta maneira de proceder, mas sómente nos apertos cancerosos.

Le Dentu demonstra com factos a necessidade de operar cedo, e Knie considera esta condição indispensavel.

Com esta pratica a mortalidade operatoria diminuiu consideravelmente como se póde vêr, por exemplo, da estatistica de Mikulicz, em que é ape-de 17 %.

Feito este ligeirissimo bosquejo historico, pas-

semos á descripção d'alguns dos mais notaveis processos de praticar a gastrostomia. (1)

Na historia da gastrostomia notamos em primeiro logar, que a intervenção é feita por uns cirurgiões em duas sessões, e por outros em uma só, embora sigam a mesma technica operatoria. D'aqui a criação de dois processos differentes. O primeiro, que consiste em fazer na primeira sessão a gastropexia, abrindo o estomago só passados alguns dias, quando a primeira incisão esteja cicatrisada, foi o processo empregado por Sedillot, Von Thaden e Jouon (de Nantes), e que Howse vulgarizou mais tarde.

O segundo, que consiste em completar toda a operação de uma só vez, foi praticado por Verneuil e Zezas, fundando-se em que por esta fórma o doente póde ser desde logo alimentado, o que evita algumas mortes por inanição.

Effectivamente, alguns doentes operados pelo primeiro processo, achando-se extremamente debilitados, falleceram antes da segunda sessão operatoria.

Este facto perde toda a sua importancia desde que a gastrostomia seja feita precocemente. Por

(1) No nosso caso clinico fazemos a descripção minuciosa da technica operatoria do processo de Poncet.

Por este motivo não nos deteremos aqui a descrever minuciosamente os diversos tempos da operação, que pouco differem nos varios processos.

isso nos parece que o primeiro processo tem vantagens incontestáveis. Primeiramente, evita-se, em um grande numero de casos, uma infecção peritoneal quasi certa, porquanto muitos doentes são atacados de vomitos durante a chloroformisação, e as contracções do estomago produzem a sahida do conteúdo estomacal pela fistula. Além d'isso têm-se notado casos de cura de esophagospasmos pela simples gastropexia.

Para praticar a segunda sessão é desnecessario chloroformisar o doente, porque a punção do estomago não é dolorosa.

Se no intervallo das sessões o doente se apresentar extremamente fraco póde recorrer-se, além dos clysteres alimentares, ao processo de Ficher, que consiste em fazer penetrar através da parede estomacal, que aflora na incisão, uma agulha de Pravaz, por meio da qual se injecta leite no estomago.

A maior difficuldade que se encontra ainda hoje na gastrostomia consiste em impedir o refluxo dos alimentos e succo gastrico pela fistula, o que produz uma grande irritação e mesmo a digestão dos seus bordos.

Para obviar a este inconveniente têm surgido numerosos processos, visando todos a tornar continente a bocca estomacal. Podemos reunil-os em dois grupos principaes.

Ao primeiro grupo pertencem os processos operatorios de Championniere, Larger, Bryant, Ter-

rier, Poncet, etc., chamados processos simples, nos quaes a obliteração se faz por meio de uma pelota que comprime a fistula, pondo nos bordos d'esta vaselina ou carbonato de magnesia. Como veremos na descripção do nosso caso clinico, este processo foi completado por meio de uma tira de adhesivo, collocada transversalmente sobre a incisão e repuxada, de maneira a obliterar a fistula, obrigando a pelle a fazer uma prega.

Ao segundo grupo pertencem os processos de Hahn, Ceccherelli, Jaboulay, Golding-Bird e Fischer, etc., nos quaes se obtem a oclusão por meio da sphincterisação, que consiste em fazer passar a fistula através de um trajecto muscular, formado pelas fibras dos intercostaes ou do grande recto do abdomen, ou por meio da valvulação, como succede nos processos de Fontan e Forgue, em que as tunicas estomacaeas são de tal maneira dispostas ao nivel da fistula, que abrem de fóra para dentro, conservando-se fechadas pela pessão do conteúdo estomacal. Citemos ainda um processo de Ullmann, que consiste na torsão do cone estomacal, que atravessa a incisão abdominal, produzindo assim a obturação.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES.—A gastrostomia, apesar de ser considerada actualmente uma operação pouco grave, não deve fazer-se sem estar absolutamente indicada. Para isso a primeira questão a investigar é a natureza do aperto.

Quando se tenha apurado, que este é canceroso ou tuberculoso a operação está indicada, e mais do que isso, deve fazer-se o mais cedo possível. Efectivamente, n'estas duas variedades de apertos, os outros meios de tratamento, que indicamos, são impotentes e até prejudiciaes, pois que os attritos repetidos não fazem mais do que exasperar o mal. Se praticarmos a gastrostomia precoce evitamos toda a causa de irritação, facto que alliado á facilidade da alimentação, contribue para prolongar bastante a vida do doente.

Nas outras variedades de apertos, a gastrostomia só está indicada quando o esophago se torne impermeavel ás sondas, isto é, quando ficarmos impossibilitados de pôr em pratica os outros meios cirurgicos. Tem-se visto muitos casos de desappareição de um espasmo violento, desde que o esophago esteja alguns dias em repouso; outros em que, sendo o catheterismo impossivel até á data da intervenção, elle póde em seguida praticar-se por via retrograda, produzindo a cura. Hjort, tendo transposto um aperto por via estomacal, pratica por ahi a electrolyse, e ao fim de 12 dias o doente engole facilmente alimentos solidos. Kraske e Abbe, passando um fio, que entra pela bocca e sahe pela fistula, praticam com elle uma serragem do aperto, semelhante á esophagotomia interna, com que obtêm algum resultado. Loreta pratica pela fistula estomacal alargada, a *divulsão digital* do piloro

apertado; Bond faz esta mesma operação em 1896, com um bom resultado.

De tudo isto se conclue que a gastrostomia não é um simples meio palliativo, mas que, em muitos casos, é um bello recurso para uma cura completa.

As contra-indicações dependem principalmente do estado geral do doente; se a sua saude fôr muito precaria, quer pela natureza do aperto, quer pela inanição, o resultado é quasi sempre fatal. Apesar d'isto, e embora peze ás estatisticas, a operação dêve ser praticada sempre que se veja que o doente está condemnado a morrer á fome e á sêde. Parece-nos pouco racional e pouco humanitario deixar morrer um doente n'este estado, sob o pretexto de que é de curta duração a supervivencia, que ella lhe póde trazer.

CASO CLINICO

(*Observação pessoal*)

M. F., natural de Paços de Ferreira, com 64 annos de idade, casada, vendedeira.

Entrou para o Hospital de Santo Antonio no dia 13 de setembro de 1901, sendo recolhida na enfermaria n.º 12. Em 19 de novembro do mesmo anno foi transferida para a enfermaria n.º 8, sala de Santa Henriqueta (Clinica cirurgica da Escola), onde me foi distribuida.

Deu motivo á sua entrada no hospital a impossibilidade em que se achava de engulir alimentos solidos, podendo apenas ingerir alguns liquidos, o que ainda assim não fazia sem difficuldade.

Antecedentes

(a) **hereditarios.** Seu pae morreu em idade avançada, de enfermidade desconhecida da doente. Era saudavel, não obstante entregar-se frequentemente á embriaguez. Era, talvez, um alcoolico. De sua mãe pouco sabe dizer, porque falleceu ha muito; apenas consegui saber, que não teve padecimentos que possam suppôr-se de natureza syphilitica, tuberculosa ou neoplasica. Egualmente não conta nos collateraes parentes, a que possam imputar-se estas mesmas doenças.

(b) **pessoas.** Teve sarampo quando pequena, e mais tarde também teve variola. Depois d'isto gosou sempre saúde até aos 35 annos pouco mais ou menos, idade em que lhe appareceu uma bronchite, que se tornou chronica, não a largando mais até ao presente. Teve seis filhos, dos quaes sobrevivem tres, que gosam saúde.

Dos tres, que falleceram, um foi de tenra idade, victima de doença, que desconhece; o segundo morreu no Brazil, victimado pela febre amarella; finalmente uma filha, que morreu syphilitica, doença que lhe foi communicada pelo marido, que depois a abandonou. Por este motivo recolheu a casa da mãe, onde foi por esta tratada durante um anno. Convém notar que a nossa doente se servia dos mesmos utensilios, que a filha usava para comer e beber.

Historia da doença

No mez de março de 1901 começou a doente a sentir na região epigastrica, estendendo-se ás vezes até á base do pescoço, uma sensação de formigueiro (segundo a sua expressão), que lhe fez pensar na existencia de lombrigas, que lhe subissem pelo esophago. Devido a esta supposição comprou pastilhas e pós anti-helminticos, que tomou durante algum tempo.

Os taes formigueiros, porém, accentuavam-se cada vez mais. Dentro em pouco começou sentindo difficuldade na deglutição, parecendo-lhe que o bolo alimentar se detinha a uma certa altura do canal esophagiano, só conseguindo fazel-o passar para o estomago á custa de reiterados movimentos da pharynge.

A difficuldade de engulir accentuava-se dia a

dia, sem que comtudo houvesse dôr ou qualquer outro symptoma, o que fez com que a doente, depois de consultar varios medicos, dêsse entrada no hospital em 13 de setembro.

N'esta data ainda conseguia engulir, com custo, leite, caldos de farinha de pau e um pouco de arroz.

Interrogada sobre se teria em alguma occasião ingerido qualquer liquido caustico, disse que apenas lhe succedeu por duas ou tres vezes tomar uns caldos demasiadamente quentes.

Na occasião, em que tomei a doente a meu cargo, quæixava-se ainda da mesma dysphagia, a qual augmentára desde a sua entrada no hospital, não obstante os catheterismos que lhe foram feitos na Enfermaria n.º 12.

Exame da doente

O aspecto physico da doente é perfeitamente o de uma pessoa sujeita, ha muito, a privações consideraveis: magresa grande, rosto pallido, emaciado e cheio de rugas, andar titubeante; tinha apenas 38 kilg. de peso.

Observando-a no momento da ingestão de algum leite, notei que o liquido era propellido normalmente até á cavidade pharyngea, dando em seguida entrada no esophago. Mas logo em seguida, chegado a uma certa altura d'este canal, suspendia a sua marcha, fazendo então a doente novos esforços de deglutição em secco, e exercendo com os dedos uma pressão sobre a parte antero-esquerda do pescoço, atraz do bordo posterior do musculo sterno-mastoideo e logo acima da clavícula. No dizer da doente, era n'aquella direcção que se quedava o alimento.

A *palpação* d'esta mesma região não revelava absolutamente nada de anormal.

A *auscultação* do esophago na sua porção cervical dava o gorgolejo normal e característico da passagem do liquido; auscultando, porém, a porção thoracica, sentia-se um novo gorgolejo, mas muito menos intenso, ahi pela altura da 6.^a ou 7.^a vertebra dorsal, não sendo possível ouvir nada mais desde esta altura até ao estomago.

Catheterismo. Foi realizado primeiramente pelo illustre Professor de Clinica Cirurgica, por meio de uma haste metallica, flexivel, munida n'uma das extremidades de uma oliva de marfim com 8^{mm} de diametro (dilatador esophagiano de Collin). Este dilatador, tendo penetrado até 26 centímetros de distancia a partir da arcada dentaria superior, ahi encontrou um obstaculo que foi impossivel transpôr.

No dia seguinte fez-se nova tentativa de catheterismo com a mesma oliva, conseguindo então atravessar um primeiro aperto que se achava á distancia já mencionada, encontrando-se um segundo aperto 4 a 5 centímetros abaixo do primeiro, que não se conseguiu ultrapassar.

DIAGNOSTICO. Por todos os dados obtidos, não resta duvida alguma de que estamos em presença de apertos do esophago, dois pelo menos, os quaes constituem a causa da dysphagia, que a doente apresenta. Estes apertos são situados na porção thoracica do esophago; o superior é muito breve, e fica situado a 11 cent. da entrada d'este canal; o segundo, que se encontrou, apesar de não permittir a passagem da sonda, é comtudo ainda um tanto permeavel, pois que deixa passar o leite com que a doente se alimenta.

A etiologia dos apertos não ficou determinada

desde logo, porque os symptomas apresentados e a historia da doente não davam esclarecimentos sufficientes para serem estabelecidas as causas com precisão. Effectivamente, se, por um lado, a ingestão de uns caldos demasiado quentes, que a doente tomou ha mais de um anno, poderá fazer lembrar o aperto cicatricial, pela retracção da cicatriz da possível queimadura, por outro lado a edade, o mau halito que lhe sae da bocca, a cachexia, não farão suppôr a existencia de um neoplasma?

Deixo, portanto, reservado o esclarecimento ácerca das causas dos apertos até observações ultteriores, porventura mais completas, notando que para o tratamento a instituir n'este caso pouco se adiantaria com a pesquisa das causas.

A alimentação da doente consistia em 3 litros de leite com 50 gr. de pó de carne e dois ovos crus.

Todas as tentativas de catheterismo, que fizemos com os aparelhos de que se dispunha no hospital, até ao dia 30 de novembro, foram infructiferas. Por este motivo resolveu o Ex.^{mo} Snr. Professor Roberto Frias praticar a operação da gastrostomia.

Operação

Gastrostomia feita em duas sessões, com um intervallo de 5 dias; a 1.^a sessão fez-se no dia 2 de dezembro, e consistiu em fixar a parede do estomago á ferida abdominal (*gastropexia*); a 2.^a, em 7 de dez., consistiu em abrir a parede estomacal.

Operou o illustre Professor de Clinica Cirurgica, auxiliado pelo Ex.^{mo} Snr. Professor Clemente Pinto e alumnos Fernandes da Silva e Lima Elias.

1.^a SESSÃO. Depois de chloroformisada a doente e tornada aseptica toda a região epigastrica, bem

como o hypochondrio esquerdo, deu-se começo á operação.

1.º tempo. Praticou-se uma incisão de 7 cent. de comprimento, parallelá ao rebordo costal esquerdo, começando a 4 cent. da extremidade do appendice xiphoideu, e terminando approximadamente ao nível da 9.ª costella. Secção da camada musculoponevrotica, que era mui tenue, até cahir sobre o peritoneo parietal. Hemorrhagia insignificante. Abertura do peritoneo, levantando-o préviamente com uma pinça. Aberto este n'uma extensão de 5 a 6 cent. notou-se que as visceras, longe de tenderem a sahir pela abertura, estavam, ao contrario, bastante retrahidas. Os bordos da secção peritoneal são pinçados com 4 pinças de forcipressura e um pouco revirados para fóra.

2.º tempo. Procura do estomago. Introduzindo dois dedos pela abertura assim feita, procurou-se o estomago, que se achava bastante retrahido e afastado da parede abdominal anterior; serviu, para isto, de ponto de referencia o bordo esquerdo do figado; encontrado por fim, puxou-se para fóra para verificar, se effectivamente seria o estomago ou qualquer ansa intestinal que se antepozesse áquelle. Tendo-se verificado que era o estomago, que tinhamos á vista, foi este pinçado, n'um ponto da sua parede anterior, proximo da grande curvatura, por meio de uma pinça longa de garras, e esta segura por um ajudante.

3.º tempo. Sutura. Com uma pequena agulha de Hagedorn munida de sêda fina, começou fixando a serosa do estomago á serosa parietal, tendo o cuidado de fazer com que a agulha sómente atravessasse as tunicas serosa e musculosa do estomago. Da parte da ferida os pontos interessavam a serosa e a camada musculoponevrotica.

O resto da ferida é em seguida suturado acima e abaixo do botão estomacal, também com sêda fina, de fôrma a fechar completamente a cavidade peritoneal. Finalmente, passam-se alguns pontos separados com a agulha de Reverdin, a fim de unir os lábios da camada cuticular. Estes pontos são feitos com crina.

Durante a operação, que durou cerca de 30 minutos, a doente teve alguns vomitos.

Penso secco, salolado, com gaze e algodão esterilizados. Faixa de flanela.

Diario

Dia 2 de dez. A temperatura, que anteriormente oscillava entre 36,5 e 37, elevou-se na tarde d'este dia a 37,2. São-lhe ministrados clysteres alimentares da fórmula seguinte:

Leite.	200 gr.
Gemmas d'ovo	n.º 2
Peptonas liquidas.	40 gr.
Chloreto de sodio	1 gr.

Para um clyster. 3 por dia.

Cessaram os vomitos causados pela chloroformisação.

Dia 3. Temp. de manhã, 37,4; de tarde, 37,2; estado geral regular; continua-se com os clysteres.

Dia 4. Temp. de manhã, 37,1; de tarde, 37,3. Toma algum leite pela bocca. Clysteres.

Dia 5. Temp. m. 37; t. 37,1. Alguma diarrhêa.

Dia 6. Temp. m. 37; t. 37,3. Estado geral regular.

Dia 7. Procede-se á segunda sessão da gastrostomia.

A doente não é chloroformisada. Levantando o penso nota-se que o estado da ferida é bom, e em perfeita via de cicatrização. Procura-se entre os lábios da incisão a pequena porção de parede estomacal, e, encontrada esta, faz-se com um bisturi fino uma simples punção, interessando toda a espessura, até penetrar no estomago. No orificio assim feito introduz-se uma algalia Netalon n.º 10, que fica justamente applicada aos bordos da pequena incisão estomacal. Cobre-se esta com carbonato de magnesia afim de neutralisar algum succo gastrico que sahia, e cobre-se tudo com um penso secco, tendo o cuidado de obturar a algalia. Temp. á tarde, 37,2. Continua-se com a administração de clysteres alimentares.

Dia 8. Temp. m. 37; tarde 37,1 estado geral satisfactorio.

Dia 9. Levanta-se o penso; o estado da fistula é bom, não tendo havido irritação pelo succo gastrico. Faz-se a primeira alimentação pela sonda gastrica, consistindo em:

Leite	150 gr.
Pó de carne	20 gr.
Gemmas d'ovo	n.º 1

Para tomar 3 por dia.

Para se introduzir este alimento no estomago adaptava-se um funil de vidro á extremidade da sonda, e ahi se lançava o alimento em pequenas porções, um pouco espaçadas umas das outras, imitando quanto possivel a deglutição natural. Suspendem-se os clysteres.

Dia 10. Temp. m. 37; tarde, 37,2.

Dia 11. Temp. m. 37; tarde, 37,1. Retira-se a algalia da fistula pois que os bordos estão cicatri-

sados. A obliteração d'esta faz-se da fôrma seguinte: depois de dado o alimento retira-se lentamente a sonda, conservando a doente sentada; sobre a fistula deita-se um pouco de carbonato de magnesia, cobrindo-se logo com uma pelota de gaze; segura-se esta por meio de uma tira de adhesivo, que se adapta primeiramente á parede abdominal, e se estende perpendicularmente sobre a incisão, indo prender-se a outra extremidade sobre as costellas do lado esquerdo. Por esta fôrma fica a fistula bem obturada.

Dia 14. Temp. m. 37. Aparecem algumas perturbações intestinaes; gases, diarrhêa. Prescreve-se-lhe:

Cognac	100 gr.
Sub-nitrato de bismutho.	0,5 gr.

Para juntar uma colher de sopa a cada refeição.

Dia 18. Temp. m. 36,9; t. 37. Estado satisfactorio.

Dia 20. A doente é pesada, e accusa 37,8 kilos.

Dia 24. Declara-se-lhe uma bronchite aguda, que é combatida com a medicação adequada.

Dia 2 de jan. 1902. Estado satisfactorio. Peso, 37,9 kilos.

Começam as tentativas de catheterismo progressivo com as sondas esophagianas de Porgès.

Dia 11 de jan. Os resultados do catheterismo são os seguintes: a sonda n.º 15 encontra o primeiro aperto a 26 cent. da arcada dentaria; depois de atravessar este, encontra um outro aperto 5 cent. mais abaixo. Com algum esforço ultrapassa este segundo e penetra no estomago. A sonda n.º 16 já não consegue ultrapassar este segundo aperto. Peso,

38 kilos. A doente tem tomado sempre 1 a 2 litros de leite pela bocca, diariamente.

Dia 25 de jan. E' impossivel fazer penetrar até ao estomago as sondas de Porgés além do n.º 16. Peso, 39 kilos.

Dia 1 de fev. Começa a fazer-se o catheterismo recorrente e progressivo por meio de algalias de gomma. Os apertos deixam-se atravessar por todas as que não excedam um diametro de 6^{mm}. Existe ulceração suppurada ao nivel do aperto inferior.

Dia 15 de fev. Em consequencia do catheterismo recorrente a fistula dilatou um pouco, deixando sahir por vezes algum succo gastrico; para obviar a este inconveniente substituiu-se o carbonato de magnesia pela seguinte formula, que deu magnifico resultado:

Tannino. 5 gr.
Carbonato de magnesia. 15 gr.

M.º e M.º

Dia 18 de fev. Tenta-se o catheterismo recorrente por meio do dilatador de Collin, munido de uma oliva de 6^{mm}, feita propositadamente. Esta oliva passa os apertos, mas a immediata (8^{mm}) já não consegue fazel-o.

Dia 25 de fev. Passa-se por meio do catheterismo recorrente com o dilatador de Collin um fio de sêda grossa, que entrando pela bocca, lhe sahe pela fistula. Este fio vae servir para fazer uma especie de serragem nos pontos apertados. Peso, 38 kilos. A doente está novamente atacada de bronchite aguda, tendo tido um pequeno periodo febril.

Dia 4 de março. Com a serragem pouco se tem conseguido; mas o fio tem a grande vantagem

de servir de conductor ás sondas dilatadoras, evitando assim uma perfuração ou um falso trajecto, que podiam ser fataes.

Como a doente mencionasse na sua historia ter tratado durante um anno de uma filha que lhe morreu syphilitica, houve a ideia de que se poderia tratar aqui de um aperto d'essa natureza, se bem que não se notassem outras manifestações d'essa doença.

N'esta supposição, instituiu-se-lhe o tratamento anti-syphilitico, da fórma seguinte:

Benzoato de mercurio um gr.
 Agua distillada. cem gr.
 Chloreto de sodio sete decigr.

Uma injeção hypodermica de 1 cent. c. por dia.

Iodeto de potassio. hydrosoluto a 5^o/₁₀
 3 colheres, das de sopa, por dia.

Dia 30 de março. O tratamento anti-syphilitico não produziu effeito algum até hoje. Peso, 37,2 kilos.

Dia 8 de abril. A doente queixa-se desde algum tempo de uma dôr lancinante, que, partindo da região hepatica, irradia para o estomago e região sternal. E'-lhe administrada uma poção calmante, e pomada de belladona para applicação local. A analyse da urina feita no dia 5 revela de anormal uma enorme quantidade de indican. Este é attribuido a perturbações intestinaes, que se manifestam, sobretudo, quando a doente passa alguns dias sem tomar alimento pela bocca. Para as combater foi-lhe prescripta:

Agua sulfo-carbonada. . Uma colher por dia.

Peso, 36,5 kilos.

Dia 25 de abril. As dôres lancinantes, que a doente tem sentido no epigastro e região hepatica, tem exacerbações, uns dias por outros, tão consideraveis que a doente não pôde dormir nem socegar.

Passa por isso a fazer uso diariamente da seguinte poção:

Codeina um decigramma
 Agua distillada. cem grammas

Para tomar tres colheres por dia.

Com o uso d'esta poção as dôres abrandam consideravelmente.

Uma nova analyse de urinas, completa, denota ainda a presença de indican em grande abundancia; alguma diminuição de urêa e de acido urico. Não contem albumina, nem glycose, nem pigmentos ou acidos biliares.

Os ensaios de catheterismo recorrente, se não tem conseguido produzir dilatação, tem impedido ao menos a obliteração completa do pequeno orificio que existe ao nivel dos apertos.

Isto faz com que a doente continue sempre tomando pela bocca uns dois litros de leite por dia, facto este que verifiquei ter uma grande importancia para a regularidade das digestões e para o bem estar geral da doente. Peso, 35,6 kilos.

Dia 11 de maio. A tosse constante, com expectoração muito abundante e a existencia de crepitações e submatidez no vertice dos pulmões, sobretudo do esquerdo, levaram-me a proceder a uma analyse bacteriologica dos escarros. Estes revelaram a presença de numerosos bacillos de Kock. Temos portanto a implantação de uma tuberculose

pulmonar, complicação frequentíssima das neoplasias esophagianas. Peso, 35,3 kilos.

Dia 21 de maio. A fim de vêr se haveria tuberculose no esophago, procedi a uma leve raspagem nos apertos, e fiz a pesquisa bacteriologica nas materias d'ahi extrahidas. Estas não contêm o bacillo de Kock, mas apresentam umas cellulas de descamação epithelial, que, na opinião do Ex.^{mo} Snr. Professor Aguiar, podem attribuir-se a uma neoplasia; provavelmente um epithelioma. Peso, 35,1 kilos.

Dia 18 de junho. A doente pede alta, e sahe do Hospital depois de convenientemente instruida a respeito da maneira como ha de ser alimentadã pela fistula, continuando a tomar a poção de morphina, e a applicar os pós de carbonato de magnesia e tannino na proporção de 3:1 sobre a bocca estomacal. Peso ao sahir, 35 kilos.

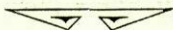
Notas

O catheterismo recorrente foi feito primeiramente com algalias de gomma, americanas, introduzindo-se desde o n.º 7 até ao n.º 13 (6.^{mm}). Depois fez-se por meio de um dilatador pneumatico, semelhante a um balão de Tarnier, mas em que se introduzia ar por meio de um bomba de compressão. Mais tarde ainda empregou-se um dilatador urethral, metallico, adaptado ás circumstancias, cuja extremidade se alargava desde que fosse introduzida através do aperto, podendo produzir uma dilatação de um cent. de diametro. Immediatamente depois das dilatações os tecidos retrahiam-se de novo, sendo portanto infructíferas estas tentativas.

Das analyses hematologicas, a que procedeu

o meu condiscipulo Coelho da Silva, não posso tirar illações a respeito da natureza dos apertos; mas a marcha da doença e o exame histologico não deixam duvida, de que se trata de um neoplasma esophagiano, talvez um epithelioma.

Porto, junho 1902.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. A localização do centro da linguagem articulada é, ethnographicamente, variavel.

Physiologia. A propriedade, que caracteriza essencialmente a materia viva, é a divisão plástica diaria.

Pathologia geral. A malaria é uma doença infecto-contagiosa.

Anatomia pathologica. O leucocyto é um grande defensor do organismo, mas é tambem, muitas vezes, a sua ruina.

Therapeutica e materia medica. A verdadeira therapeutica racional ha de ser a therapeutica celular.

Pathologia cirurgica. Nos apertos graves do esophago deve fazer-se a gastrostomia precoce.

Pathologia medica. A hydrotherapia tem um papel importante no tratamento das lesões valvulares do coração.

Medicina operatoria. A gastrostomia não é sómente uma operação palliativa.

Hygiene. Entre as medidas que a Camara de Lisboa tomou ultimamente, a unica, que aproveita á prophylaxia anti-tuberculosa, é a importação de carne para consumo.

Medicina legal. A responsabilidade criminal, se existe, não é individual.

Obstetricia. A menstruação é a miniatura de um parto.

Visto.

O PRESIDENTE

Ilídio do Valle.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR

Moraes Cabral.