

1248

1906

José Villas-Boas  
N.º 3

BREVE ESTUDO

SOBRE

# STENOSES DO ESOPHAGO

(2 CASOS CLINICOS)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



Porto - Imp. C. Vasconcellos - Rua da Picaria, 35

1906

128/3 EMC



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

*(Regulamento da Escóla, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)*

# A meu bom Pae e a minha extremosa Mãe

*Devo-vos o pouco que sou; á custa dos vossos sacrificios e guiado pelos vossos conselhos, attingi o alvo das minhas aspirações. Aceitae, pois, o testemunho do mais acrisolado amor filial.*

---

*Ao Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Senhor*

**Carlos Lourenço Cruz**

*e sua Esposa Ill.<sup>ma</sup> e Ex.<sup>ma</sup> Snr.<sup>a</sup>*

**D. Maria Rita Barbosa Luiza da Cruz**

*Juntando-os n'esta mesma pagina, tenho em vista demonstrar-lhes d'este modo a muita estima e consideração que me merecem.*

*À Ill.<sup>ma</sup> e Ex.<sup>ma</sup> Senhora*

**D. Amelia Lima Cruz**

*Pertence-vos o meu futuro; permiti-me que  
resuma na palavra — affeição — o muito que  
poderia dizer-vos aqui.*

A meus Irmãos

A minhas Irmãs

A minhas Tias

A meus Tios

*e em especial a:*

Dr. Augusto da Cunha Rolla

Aurelio da Cunha Rolla

Dr. Alexandre da Cunha Rolla

*Como reconhecimento pelas provas  
de amizade recebidas.*

A MINHA MADRINHA

A ILL.<sup>ma</sup> E EX.<sup>ma</sup> SNR.<sup>a</sup>

*D. Camilla da Cunha Rolla*

*O afilhado reconhecido.*

---

*A minhas Primas*

*A meus Primos*

E EM ESPECIAL A

*Dr. Arnaldo Brandão de Vasconcellos*

*Um abraço do seu amigo.*

# A MEU TIO

O ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

*Dr. Antonio da Cunha Rolla Pereira*

*Seria um crime olvidal-o; aceite, pois, o testemunho da immensa gratidão e amizade que lhe devo.*

AO ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

*Dr. José Fernandes de Magalhães Bastos*

*Jámais esquecerei tantas finezas recebidas.*

**A MEUS CONDISCIPULOS**

---

**AOS MEUS CONTEMPORANEOS**

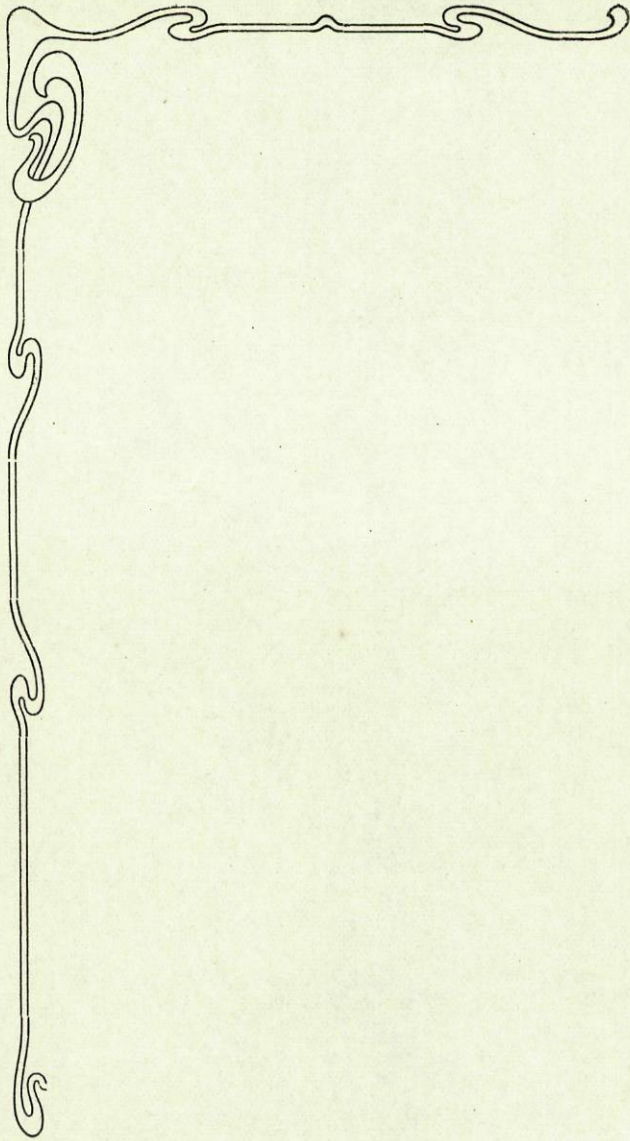
---

**A todos os meus Amigos**

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

E DISTINCTO CLINICO

*Dr. José Dias d'Almeida Junior*



Somos obrigados a apresentar, para conclusão do nosso curso, um trabalho qualquer escripto e forçam-nos circumstancias varias a apresentar esse trabalho n'esta epocha.

Hesitando na escolha e vendo o tempo passar-se, resolvemos aproveitar dois casos, que observamos, de stenose do esophago e tratar este assumpto.

A este proposito, expômos o quanto pudemos compendiar nas poucas horas, que a frequencia do 5.º anno nos deixou livres.

Como não escrevemos para, por ambição ou amor proprio, nos fazermos auctor, tendo apenas em vista cumprir um dever a que dura lei não nos deixa fugir, julgamos merecer, por isso, toda a benevolencia d'aquelle que se dê ao trabalho de nos lêr estas linhas escriptas por necessidade d'ocasião, sem fôrma litteraria, nem valor scientifico.

Ao Ex.<sup>mo</sup> Jury, que nos ha de julgar, pedimos mais uma vez toda a sua indulgencia.

.....

*Dividimos o nosso trabalho em tres partes: na primeira, lembramos algumas noções de anatomia e physiologia do esophago, assim como os meios habituaes da sua exploração, o que julgamos indispensavel para que o nosso trabalho fosse methodico; na segunda, occupamo-nos da etiologia, symptomatologia e diagnostico das stenoses organicas d'este conducto; finalmente, na ultima, apresentamos algumas noções sobre o tratamento das stenoses e citamos os casos clinicos que tivemos occasião de vêr.*

# PRIMEIRA PARTE

## Anatomia

É o esophago um canal musculo-membranoso que desce por diante da columna vertebral, estendendo-se desde o ligamento inter-articular, que separa a 6.<sup>a</sup> da 7.<sup>a</sup> vertebra cervical, até ao nivel do corpo da 11.<sup>a</sup> vertebra dorsal. Liga a pharynge ao estomago e, sob o ponto de vista clinico, o seu limite superior é o bordo inferior da cartilagem cricoidêa, correspondendo a sua extremidade inferior á inserção sternal da cartilagem da 6.<sup>a</sup> costella, isto é, á reunião do corpo do sterno com o appendice xiphoideu. Pelo toque pharyngeo mais profundo não se pôde atingir o orificio superior d'este conducto, que se acha situado, no adulto, a 15 centimetros atraz das arcadas dentarias.

O esophago atravessa successivamente a parte inferior do pescoço, o thorax em toda a sua altura e entra, emfim, na parte superior do abdomen. Divide-se, pois, em tres segmentos

que tomam o nome da região que atravessam: cervical, do comprimento de cerca de cinco centímetros, thoraxico que mede dezoito, e abdominal, que tem cerca de dois centímetros. O comprimento total é, pois, de 25 centímetros e, se a este numero juntarmos os 15 centímetros que separam as arcadas dentarias da sua extremidade superior, vê-se que um catheter esophagico deverá ter cerca de 50 centímetros de comprimento. D'uma direcção approximadamente vertical apresenta inflexões lateraes.

Assim, na sua extremidade superior o esophago e a trachêa estão situados exactamente no plano medio do corpo, esta por deante d'aquelle; mas, dentro em pouco, estes dois órgãos separam-se. A trachêa inclina-se para a direita de tal sorte que o esophago excede o bordo esquerdo do conducto aereo, mantendo-se estas relações em toda a porção cervical do esophago.

N'esta porção podem-se, pois, praticar a exploração directa d'este órgão sob o lado esquerdo do pescoço e a esophagotomia externa. E, chegado ao principio da porção thoraxica, o esophago, tendo de atravessar a parte esquerda do diaphragma, dirige-se immediatamente n'esta direcção, isto é, para a esquerda. Ao nivel da terceira vertebra dorsal, como encontra a crossa da aorta que o obriga a desviar-se um pouco do seu caminho, inclina-se então para a direita

e, logo depois de atravessar o bronchio esquerdo ao nível da quarta vertebra dorsal, isto é, cerca de oito centímetros abaixo da sua origem, retoma a sua primitiva direcção.

Durante o seu percurso ao longo do thorax, o esophago dirige-se ligeiramente para traz, não chegando comtudo ao contacto com as vertebbras, de sorte que, longe de seguir a curvatura da columna dorsal, é quasi rectilineo. Estas suas inflexões lateraes e antero-posteriores são bastante ligeiras para oppôrem qualquer obstaculo ao catheterismo do esophago no estado são; mas nos casos de retrahimento organico com amollecimento das paredes podem favorecer falsos trajectos, aliás muito frequentes.<sup>1</sup>

O diametro do esophago não é uniforme em todo o seu percurso. Normalmente achatado no sentido antero-posterior, é nos seus segmentos superior e inferior que este conducto é mais estreito.

Mouton determinou a sua largura com o auxilio de varias moldagens em gesso e achou: para o segmento superior até á altura da bifurcação bronchica, 14 millímetros; para o segmento medio 22 mill. e para o inferior 12 mill. Dilatando o esophago obteve, como maximo: 18 mill. para o segmento superior, 35 mill. para o medio e 25 mill. para o inferior. Estes algaris-

<sup>1</sup> Tillaux. Anatomie topographique.

mos tem grande valor pratico, porque mostram que, no catheterismo do esophago, não se deve fazer uso de instrumentos cujo diametro exceda 18 mill. e que, n'um esophago normal, se deve poder sempre introduzir uma oliva de 14 mill. de diametro. Os seus pontos mais apertados são: o cricoideu, logo na sua origem; o aortico, distante cerca de 7 cent. d'esta origem; o diaphragmatico, quasi na sua terminação. Os dois primeiros são devidos ás proprias tunicas esophagicas e o ultimo á compressão exercida pelas fibras musculares do diaphragma. É ao nivel d'estes pontos, sobretudo dos dois primeiros, que se observam mais vulgarmente os apertos d'este orgão principalmente os cicatriciaes, porque, sem duvida, os liquidos corrosivos introduzidos no esophago se demoram ahi um pouco mais do que em qualquer outro ponto d'este canal. Tambem alguns corpos extranhos, atravessando estes pontos mais estreitos do esophago e pouco dilataveis, poderão ulcerar este conducto e dar como consequencia uma stenose.

RELAÇÕES DO ESOPHAGO.—No pescoço, o esophago está situado por deante da columna vertebral da qual é separado pelos musculos prevertebraes, a aponevrose prevertebral e uma camada abundante de tecido celular, que se continua com a camada retro-pharingea, o que explica a descida d'um abcesso retro-pharingeo

ao longo do esophago, produzindo dysphagia por compressão. Deante de si tem, como já vimos, a trachêa da qual é tambem separado por uma camada de tecido cellular laxo, que facilita o deslizamento entre estes dois órgãos.

Um phlegmão profundo, destruindo este tecido, pode prejudicar a mobilidade do esophago e tornar-se tambem uma causa de dysphagia. Da saliencia, que a trachêa forma adiante do esophago, resulta que o ponto de reparo, por excellencia, para chegar sobre o esophago é este canal. Aos lados, o esophago corresponde á bainha dos grandes vasos do pescoço, mais proximo á esquerda que á direita, á arteria thyroidêa e aos lobulos lateraes do corpo thyroideu.

O recorrente direito corresponde ao bordo direito do esophago, emquanto que o esquerdo passa por deante, o que explica como certas affecções do esophago se complicam de paralyisia da glotte e outras perturbações da laringe. No thorax, o esophago está situado no mediastino posterior e em relação, para deante, com a bifurcação dos bronchios e, principalmente, com o bronchio esquerdo, que deixa a sua impressão sobre a face anterior do conducto. Esta relação é importante. O esophago, attacado d'um aperto organico a este nivel, adhire fortemente ao bronchio esquerdo (sobretudo nos casos de carcinose), podendo communicar espontaneamente com elle. Acontece, pois, que o

cirurgião, sem o menor esforço, pode penetrar com o cathéter n'este canal.

Abaixo dos bronchios o esophago tem deante de si os ganglios bronchicos n'uma extensão de 3 a 5 cent., os quaes, quando doentes, podem occasionar perturbações n'este conducto; além d'isso, está em relação com o mediastino posterior. Atraz, corresponde: ao canal thoraxico, grande veia azigos, arterias intercostaes direitas, tecido cellular laxo e ganglios lymphaticos, que o separam da columna vertebral. Aos lados: á direita, ao folheto direito do mediastino; á esquerda, á crossa da aorta e aos ramos que d'ella nascem: carotida primitiva e subelavia esquerda. A aorta, collocada primeiro á esquerda do esophago, passa dentro em breve para traz d'elle para attingir o orificio aortico do diafragma, que está situado atraz e um pouco á direita do esophago. Estes dois conductos cruzam-se, pois, em X, passando o esophago adiante da aorta. <sup>1</sup>

O esophago é primeiro costeadado pelos nervos pneumogastricos que se collocam em seguida: o esquerdo para deante e o direito para traz.

No abdomen, o esophago corresponde, para deante, ao bordo posterior do figado. Não é raro observar cancos da extremidade inferior

---

<sup>1</sup> Esta relação explica a influencia d'um aneurisma que pela compressão pode simular uma stenose.

d'este orgão e, coisa notavel, os doentes referem á extremidade opposta a difficuldade que experimentam na deglutição.

O esophago compõe-se d'uma tunica musciosa muito espessa que pode, pela sua contractura, produzir um aperto espasmodico. Além d'esta tunica, compõe-se o esophago d'uma tunica cellulosa e d'uma mucosa. Quando a mucosa, que tapeta a sua face interna, é destruida n'uma grande parte da sua extensão pela deglutição d'uma substancia corrosiva, d'ahi resulta a producção d'um tecido cicatricial que pode, com o tempo, dar um aperto organico que é caracterizado pela lentidão do seu desenvolvimento.

## Physiologia

Constitue o esophago com a pharinge, um canal encarregado de levar os alimentos da bocca ao estomago. Quando a mastigação tem convenientemente preparado o bolo alimentar, constituindo este uma massa unica sobre a superficie da lingua, é submettido a um apparelho que o faz caminhar ao longo d'esse canal. A ponta da lingua applica-se contra a abobada do paladar e o bolo deslisa para a base (1.º tempo da deglutição). Chegado entre os pilares anteriores do véu do paladar, o bolo alimentar, sempre impellido para a pharinge pela lingua, que chega a applicar-se pela base contra a abobada palatina, é então apanhado pela pharinge, que sobe adeante, graças á contracção das suas fibras longitudinaes.

A contracção successiva das fibras circulares da pharinge faz depois caminhar o bolo alimentar, que é assim impellido até ao esophago (2.º tempo), onde continúa a progredir (3.º tem-

po) por um peristaltismo analogo, isto é, pela contracção successiva das fibras musculares circulares, que expulsam o bolo adiante de si. (Mathias Duval).

Apoiando-se sobre uma experiencia engenhosa para calcular a passagem dos liquidos atravez do esophago, sobre a sensação percebida quasi instantaneamente no estomago depois da ingestão de liquido fervente, sobre a possibilidade de ingerir algum liquido depois da paralytia do esophago, Kröneker e Melzer não admittem a antiga theoria da deglutição.

Para elles, o bolo alimentar, lançado no conducto pela base da lingua, chega bruscamente sobre o cardia, onde, segundo a opinião de Ranvier, pára um instante; durante este tempo, as fibras musculares do esophago intervêm para expulsar os detricos, que podessem ter ficado adherentes á mucosa.

Chegaram a concluir que os liquidos percorrem o esophago em  $\frac{1}{10}$  de segundo. Como conclusão, Dupouchelle cita varias observações de aperto cicatricial, depois de queimaduras, cedendo no terço inferior.

Durante o precurso ao longo do esophago, o bolo alimentar não caminha com a mesma velocidade, que diminue ao nivel dos pontos apertados.

## Meios de exploração

INSPECÇÃO EXTERNA.— A inspecção directa do esophago pouco nos pode revelar. Apenas podemos observar a existencia de qualquer diverticulo ou dilatação sacciforme que exista na região cervical, notando o seu volume exagerado durante as refeições e a diminuição do mesmo com a regorgitação.

PALPAÇÃO.— Podemos por este meio reconhecer estes mesmos diverticulos e ainda o emphysema subcutaneo em caso de perfuração esophagica. O ar, sahindo do interior d'este canal, penetra no tecido celllular do mediastino, e d'ahi sob todos os tegumentos do pescoço.

CATHETERISMO OU PALPAÇÃO MEDIATA.— É este o melhor meio de exploração do esophago, motivo porque nos deteremos um pouco mais sobre a sua exposição.

Deve ser sempre praticado com as maiores precauções, seja qual fôr a affecção de que se trate, porque as paredes do esophago doente

amollecem por tal fórma (especialmente no cancro) que podem favorecer falsos trajectos.

O clinico só deve lançar mão do cathéter, quando se tiver convencido, depois d'um exame cuidadoso, de que não se trata d'uma causa de compressão esophagica e, sobretudo, devida a um aneurisma. Não é banal esta recommendação, visto que se tem observado casos de ruptura de aneurismas seguidos de morte immediata.

O catheterismo explorador pratica-se geralmente com hastes flexiveis de metal ou de barba de baleia, a cuja extremidade inferior se adaptam olivas de differente volume.

Porém, podem tambem empregar-se para este fim as sondas inglezas constituídas por um longo tubo flexivel e d'uma côr vermelho-escura, as quaes se adelgaçam n'uma das suas extremidades, terminando em cone e apresentando dois orificios ovalares, dos quaes um está situado mais acima do que o do lado opposto.

As sondas francezas negras quebram facilmente.

Estas sondas teem diametro variavel, nunca excedendo, porém, 18 mill. que, como dissemos, é o maximo de calibre que se obtém por dilatação do canal.

Convém, antes de nos servirmos das sondas molles, tornar o seu quarto inferior ainda mais malleavel e flexivel, mergulhando-as em agua quente, mas que não esteja á temperatura da

ebullicão, porque tornaria as sondas rugosas e improprias para uso.

As primeiras tentativas de catheterismo são quasi sempre penosas para os doentes, que experimentam uma certa difficuldade na respiração, e a sua face congestiona-se fortemente, as lagrimas deslisam-lhe sobre as faces, etc.

Convém, pois, algumas vezes e alguns dias antes da exploração, quando se trata de affecções chronicas, submeter o doente ao brometo de potassio para diminuir tanto quanto possivel a sensibilidade da pharinge, e, em todos os casos, 3 a 5 minutos antes de introduzir o catheter, pincelar a pharinge com uma esponja embebida com um soluto de cocaina, mas bem espremida, para que algumas gottas de liquido não caiam nas vias aereas, produzindo a sufocação.

Eis a maneira de fazer a exploração :

Fazendo sentar o doente, inclina-se-lhe a cabeça um pouco para traz, com o fim de regularisar a curvatura que, da sexta vertebra cervical, se estende ás duas primeiras dorsaes.

Esta attitude determinaria, segundo Follin, uma constrictão do orificio esophagico superior e expõe a uma direcção muito anterior do cathéter e, portanto, á sua penetração nas vias aereas, sobre o que a maior parte dos auctores não estão d'accordo.

Feito isto, o cirurgião, introduzindo na bocca

o indicador da mão esquerda, faz caminhar a extremidade do cathéter, lubrificada com um corpo gordo, guiando-a com este dedo até encontrar a parede posterior da pharynge. É bom que a sonda passe pelas partes lateraes para evitar o contacto com a base da lingua.

Ao encontrar este obstaculo, o instrumento curva-se, obrigando-o então o operador com a extremidade do dedo a tomar a direcção do esophago. Quando a sonda attinge o orificio esophagico, experimenta uma certa resistencia que não se deve procurar vencer, porque, geralmente, o esophago cede depois d'alguns segundos, sem que haja necessidade de augmentar a pressão.

Vencida esta resistencia, impelle-se lentamente e sem fazer grande pressão, condicção essencial, fazendo-o caminhar através d'aquelle canal até ao estomago, retirando-o todas as vezes que se encontra um obstaculo, para o fazer avançar de novo com a maior circumspecção.

Além do primeiro ponto, contra o qual a sonda esbarra, ha outros tambem apertados normalmente, como já dissemos, e ao nivel dos quaes póde ser detida igualmente: um, quando o canal se desvia para a direita pelo cruzamento com a aorta; outro, ao atravessar o sphincter diaphragmatico, principalmente se, n'essa occasião, houver um movimento inspiratorio. Se se

notar um ligeiro aperto ao nível do cardia é bom titillar ligeiramente a uvula, o que faz distender o cardia (Lubler).

Qualquer d'estes pontos offerece pouca resistencia á passagem do cathéter, não sendo difficil, por isso, distinguil-os dos apertos pathologicos. O principal accidente, que póde sobrevir no momento do catheterismo, consiste na introdução do cathéter nas vias aereas. Este erro é-nos revelado pelo doente que sente immediatamente uma dôr viva, acompanhada de tosse violenta e suffocação. Aconselhando então ao doente que respire largamente e deixando a sonda no logar, logo nos convencemos do facto pela impossibilidade que elle tem de o fazer, e, se o consegue, o ar entra silvando a cada inspiração (Eichorst).

Acontecê muitas vezes que, depois de transposto o orificio superior do esophago e em differentes pontos ás vezes, sobrevém bruscamente uma contracção espasmodica, que o pratico reconhecerá facilmente; porque, como no catheterismo da urethra, a sonda, depois de algum tempo, passa sem que haja necessidade de augmentar a pressão. <sup>1</sup> Se o obstaculo persiste, deve recorrer-se a sondas de menor calibre, que nos indicarão o grau de stenose pela sua

---

<sup>1</sup> N'um dos casos que citamos acontecia isto.

espessura, e a sede pelo comprimento da porção de sonda, que foi necessario introduzir. Além d'isto, o catheterismo dá-nos informações sobre a natureza do aperto, porque, em caso de stenose consecutiva á infiltração carcinosa, a sonda traz-nos particulas do tumor, que se deverão observar ao microscopio, o qual nos pode revelar ainda bacillos de Koch, cogumelos do farfalho, os quaes podem tambem, em alguns casos, originar stenoses.

Reconhece-se que ha apertos multiplos, porque a sonda, tendo atravessado um primeiro obstaculo, se acha de novo detida.

Algumas vezes, ao retirar do cathéter d'oliva (quando ella se emprega), esta, passando ao nivel do bordo inferior da cartilagem cricoidêa, dá um salto que parece devido a que o esophago, contrahindo-se, a applica contra o bordo inferior d'esta cartilagem. Além d'isto, esta mesma cartilagem pode espessar-se por tal forma que torne impossivel a sondagem do esophago.

Inconvenientes do catheterismo: determinação de vomitos que, entrando occasionalmente na larynge, poderão produzir a morte por asphyxia (Blanche), a pneumonia (Emminghaus); perfuração e penetração na aorta (aneurisma), no bronchio esquerdo, mediastino, etc. N'este ultimo caso, quando se procura transpor um aperto, nota-se que a sonda subitamente conseguiu transpô-lo (parece); mas, dentro em breve,

surgem as consequencias graves d'um tal accidente.

**PERCUSSÃO.**—Poucas illucidações nos pode dar a não ser nos casos de dilatação do canal, de diverticulos, etc. Então, fazendo ingerir ao doente uma solução de bicarbonato de soda e acido tartrico, obteremos uma zona de som tympanico ao nivel do diverticulo, que se acha distendido pelo gaz carbonico.

**AUSCULTAÇÃO.**—Pratica-se, para a porção cervical, applicando o stethoscopio do lado esquerdo do pescoço adeante do bordo anterior do sterno-mastoideu; para a porção thoraxica, collocando o ouvido ou o stethoscopio ao longo do bordo esquerdo da columna vertebral. A porção abdominal pode auscultar-se como a thoraxica ou então sobre a região epigastrica.

Quando o esophago se acha normal, fazendo ingerir ao doente, sob um signal determinado previamente (pressão sobre o osso hyoide—Hamburger) alguns goles de liquido retido na bocca, ouve-se no momento da deglutição um intenso ruido de gorgolejo na porção cervical; nas porções thoraxica e abdominal, um pequeno ruido immediatamente depois da deglutição, <sup>1</sup> o qual

---

<sup>1</sup> Auscultando ao nivel da região thoraxica e á esquerda da columna vertebral, ouvia-se a queda do liquido sobre outro que lá existia já (1.º caso).

é enfraquecido e tardio quando haja aperto, deixando de existir, se o aperto é muito accentuado. No caso de existencia d'um diverticulo acima do aperto, produz-se um verdadeiro gorgolejo, devido á queda d'esse liquido sobre algum outro que já lá exista.

**ESOPHAGOSCOPIA** (*inspecção interna*).— Foi Kussmal que em 1868 fez as primeiras tentativas de esophagoscopia, inspirando-se no urethroscopio de Desormeaux e, em 1880, Mikulicz fazia construir por Leiter o primeiro tubo recto para penetrar no esophago. Em 1874, Rosenheim dedicara-se tambem a este estudo, fazendo já construir instrumentos relativamente completos; mas, este processo de exploração é posto por largo tempo de parte, por se lhe imputar lesões graves do esophago. Em 1902, inaugura-se em França <sup>1</sup> a esophagoscopia directa, a qual tem progredido pouco e se utiliza geralmente apenas no caso de diagnostico incerto de affecção do esophago, visto que estes aparelhos são mal supportados pelo doente,

Compõe-se o esophagoscopio d'um aparelho de illumination, que tem variado immenso desde o panelectroscopio de Seiter, a lampada electrica de Kasper, composta d'um cabo supportando uma ampola electrica, cujos raios se re-

---

<sup>1</sup> M. Mome.

flectem no tubo por meio d'um prisma, até á lampada de Kirsteins.

Compõe-se esta ultima d'uma ampola electrica encerrada dentro d'um tubo metallico, tendo uma lente plano-convexa para concentrar os feixes luminosos, a qual se póde approximar ou affastar da ampola para regular a projecção da luz. Um pequeno espelho é fixo por baixo da lampada e fazendo com ella um angulo de 45°, apresentando um orificio no centro pelo qual o observador examina o interior do tubo de sondagem. Além do aparelho de illuminação, o esophagoscopio compõe-se de tubos metallicos rectos, cujo comprimento varia desde 19 a 45 centimetros, tendo geralmente 11 a 13 mill. de diametro.

Brilhantes e polidos interiormente são munidos d'um mandrim, que excede um pouco a extremidade inferior dos tubos e termina em ponta recta ou obliqua, segundo a fôrma dos tubos.

Depois de anesthesiada a pharinge,<sup>1</sup> convenientemente desinfectado o aparelho e lubrificado, introduz-se á semelhança de qualquer sonda, collocando o doente na mesma posição e

---

<sup>1</sup> Alguns anesthesiam tambem o esophago com cocaina ou com soluto de adrenalina a  $\frac{1}{2}$  0/0. Nas creanças é ás vezes necessario recorrer á narcose.

procedendo com lentidão e com a mesma ou maior circumspecção que na sondagem. <sup>1</sup>

O tubo deve ser dirigido segundo a commissura labial para evitar melhor a larynge, e, chegado ao esophago, retira-se o mandrim tornado inutil.

Durante a introducção, illuminado o apparelho, o cirurgião vae seguindo o affastamento das paredes do esophago, examinando-o.

Acontece ás vezes que o exame se torna impossivel, porque mucosidades mais ou menos abundantes obturam o tubo, convindo n'este caso limpá-lo com pelotas d'algodão montadas n'uma longa haste de metal ou ainda uma bomba aspirante que se adapta no tubo.

O esophagoscopia presta, ainda assim, grandes serviços no caso de corpos estranhos, podendo determinar-se por elle a parte onde se acham retidos e permittindo melhor a sua extracção. E, no caso de apertos, podemos mostrar tambem o seu aspecto (tumores, ulceracões, etc.) e por consequencia a sua natureza. Por meio d'elle tambem podemos actuar directamente sobre estes apertos, applicando topicos.

RADIOGRAPHIA.—Por este meio de exploração podemos reconhecer uma dilatação parcial do

---

<sup>1</sup> A introducção é difficil no caso de fortes curvaturas da columna vertebral, de doentes excitados e teimosos.

mediastino no caso de cancro com adenopathia volumosa.

E, fazendo ingerir ao doente um copo de agua, <sup>1</sup> se o aperto fôr accentuado, vê-se produzir uma dilatação consideravel do esophago suprajacente, cuja imagem nos dão os raios de Röntgen.

---

<sup>1</sup> Outros utilizam a ingestão de purée com bismutho.

## SEGUNDA PARTE

### Stenoses do esophago

---

#### ETIOLOGIA, SYMPTOMATOLOGIA E DIAGNOSTICO

Deixamos de lado os casos tão numerosos de obstrucção esophagica, quer o obstaculo venha de dentro, como corpos extranhos, polypos; do exterior, como aneurismas dos troncos visinhos, principalmente da aorta, abcessos de visinhança, hypertrophia dos ganglios peri-esophagicos, tumôr da glandula thyroidea, do mediastino, derrames pericardicos volumosos; da mesma maneira que os casos de dysphagia anomala em que a subclavea direita passa entre o esophago e a columna vertebral, e menos vezes entre a trachea e o esophago.

Não nos occuparemos senão da diminuição de calibre causado pelas proprias tunicas do esophago, quer estas se retraiam sob a influencia da inflammacção, quer ellas sejam a sede

d'um trabalho hyperplasico que obstrua o conducto ou que as suas superficies se approximem sob a influencia da innervação.

Apresentando-se, pois, ao clinico um doente que se julgue portador d'um aperto do esophago, aquelle deverá sempre começar por excluir estas differentes causas de obstrucção, que podem simular os apertos organicos. Auscultando, percutindo, palpando este cuidadosamente o doente e attendendo á symptomatologia especial, que se observa geralmente em cada um dos differentes casos, o clinico poderá assim saber se está ou não em face d'um aperto organico.

E, tratando-se, pois, d'um aperto organico do esophago, póde elle pertencer a uma das tres fórmas: organica (prop. dito), inflammatoria e spasmodica ou ainda a algumas das fórmas raras de que tambem fallaremos.

## CAPITULO I

### **Apertos organicos**

Imitando os livros classicos, que só estudam, sob a designação de apertos inflammatorios, a dysphagia que acompanha as inflammações agudas d'este conducto, incluo n'este grupo de apertos organicos os apertos cicatriciaes, quer elles sejam devidos a uma ferida ou a uma quei-

madura, apesar de ter havido uma inflammação necessaria para a reparação.

E, sob esta denominação, tratarei dos apertos: cancerosos, tuberculosos, syphiliticos, primitivos, organicos, raros e cicatriciaes.

APERTOS CANCEROSOS.—O cancro do esophago, mais frequente no homem que na mulher, apparece geralmente em idade um tanto avançada (entre 55 a 60 annos).<sup>1</sup> Se, com effeito, tem sido encontrada a mesma affecção abaixo dos 35 annos, como aos 24 annos (Rokitansky, Watson), entre velhos de 86 annos (Potain), é, comtudo, proximo dos 60 annos, que se verifica o maior numero de casos.<sup>2</sup>

Como causa predisponente, devemos notar a hereditariedade, e, como causas occasionaes, podemos encontrar os excessos, os abusos de bebidas alcoolicas, o tabaco, etc.

Algumas vezes, tambem, um rheumatismo parece ter sido a causa do mal, outras vezes ainda um corpo estranho detido no esophago.

N'este ultimo caso, póde acontecer que a paragem do corpo estranho tenha sido o effeito e não a causa do aperto canceroso, porque algu-

---

<sup>1</sup> Segundo as estatisticas modernas é quasi tão frequente como o carcinoma do seio, e, das doencas do esophago, é a mais frequente (60 % dos doentes cirurgicos com doencas do esophago).

<sup>2</sup> Hisnann refere um caso n'um individuo de 19 annos.

mas vezes este ultimo revela-se bruscamente no momento d'uma refeição.

Eis a symptomatologia d'uma tal affecção: O doente, começando geralmente por perder o appetite (Leroyer) e parecendo atacado d'uma affecção de estomago (Mondiére), sente-se emmagrecer a pouco e pouco, até que vê sobrevir-lhe um certo grau de dysphagia, que vae augmentando d'ordinario lentamente e sempre progressivamente — symptoma dominante do cancro do esophago. Foi o que aconteceu no nosso caso clinico.

Muitas vezes, porém, esta dysphagia torna-se tão rapidamente accentuada que, dentro de duas a tres semanas, a propria deglutição dos liquidos é impossivel.

Póde manifestar-se, tambem, subita e bruscamente, como no esophagismo, por occasião da deglutição d'um bolo solido um pouco mais volumoso, ou no momento em que uma refeição mais abundante determinara o vomito. (Dieulafoy). Esta dysphagia póde ser quasi absoluta durante dois ou tres dias até que o estado normal reapparece, fazendo-se bem a deglutição durante algumas semanas, ao fim das quaes se manifesta novo accesso, e, assim successivamente, até que ella se torna definitivamente continua e progressiva.

A deglutição passa depois a fazer-se em dois tempos por um esforço estudado, que vae au-

gmentando até se tornar insufficiente para vencer o obstaculo. Então, a regorgitação segue immediatamente a deglutição, se o aperto cede na extremidade superior, produzindo-se mais tardiamente quando elle se acha na extremidade inferior. Muitas vezes, porém, forma-se acima do obstaculo uma dilatação na qual se demoram durante bastante tempo, ás vezes, os alimentos, sendo depois rejeitados sob a forma d'uma massa polposa de mau cheiro ou ainda acompanhados de materias sanguinolentas. A sua accumulção n'esse sacco determina uma sensação de angustia, a qual só termina com o vomito d'essas substancias.

A dysphagia faz-se acompanhar d'uma dôr que, segundo Broca, Schwrel, varia de localisação, devido a uma sensação reflexa e podendo irradiar para o pescoço, costas, ou epigastro. No nosso caso clinico era no epigastro a séde principal com irradiações para as costas.

A dôr, ás vezes, muito viva (Dr. Marchand) é para Valleix fixa para um determinado doente, variando comtudo com a séde do mal.

Notemos, de passagem, que os auctores não estão d'accordo sobre o lugar onde, de preferencia, se fixa o cancro esophagico. Cornil e Ranvier dizem ser ao nivel da bifurcação dos bronchios; Zenker e Zuirmermann opinam que seja na extremidade inferior, perto do cardia; finalmente Rokitansky e Makenzie obser-

varam-n'ò frequentes vezes na extremidade superior. Para G. Bairol a extremidade inferior do esophago é a parte onde se encontra mais frequentemente, e isto aconteceu tambem no nosso caso clinico. <sup>1</sup> Descrevemos o primeiro periodo do aperto canceroso, periodo que dura em media de 6 a 10 mezes. O segundo periodo é mais curto.

O doente, apresentando a côr amarello-folha característica, n'um estado de emaciação extrema, é muitas vezes atacado de hemorragias abundantes na occasião em que se faz o catheterismo, as quaes têm um alto valor sob ponto de vista do diagnostico. <sup>2</sup> O halito é em extremo fetido <sup>3</sup> e nas materias que o doente regorgita apparecem ás vezes detrictos do tecido morbido. A dysphagia torna-se agora extrema e continua. Ás vezes parece diminuir, e isto é devido a ter desaparecido o elemento spasmodico, que complicava o obstaculo mechanico. (Mondiére).

Muito vulgarmente, o doente é atormentado pelo soluço que pode ser devido a uma irritação dos troncos nervosos, a uma acção reflexa ou a

---

<sup>1</sup> Dieulafoy colloca em primeiro logar o terço medio e depois então o terço inferior.

<sup>2</sup> Estas hemorragias nunca foram observadas no nosso caso clinico.

<sup>3</sup> Apresentava-o tambem o nosso doente.

uma irritação directa do diaphragma, quando o tumor está situado proximo do cardia. Este phenomeno é muito mais frequente n'esta especie de aperto do que em qualquer outra, mas nunca se verificou no nosso doente. Pode, ás vezes, encontrar-se e sentir-se por palpação um tumor, quando a lesão cede na parte superior, acima do qual tambem pode haver uma dilatação, onde os alimentos se accumularão e os quaes o doente procurará fazer passar pela pressão das mãos. A presença de ganglios tumefactos na parte inferior do pescoço (signal de Troidier) é d'uma certa importancia, apezar de tambem poder ser encontrado em qualquer cancro visceral (estomago, pulmão, etc.) <sup>1</sup>

Depois a lesão estende-se á vizinhança. Os órgãos vizinhos, sobretudo os troncos nervosos, participam de degenerescencia, ao mesmo tempo que o tumor pela sua presença ou a dilatação que o acompanha, actuam por compressão. É, então, que se observam as perturbações da voz, symptomas nervosos, podendo ir até ás convulsões, ao tremor generalizado, delirio, e algumas vezes a morte subita. (Pomer, Raynaud).

Sobrevém tambem algumas vezes uma dyspnêa violenta, a qual pôde ser devida a uma acção reflexa ou á tuberculose pulmonar, que,

---

<sup>1</sup> Não apresentava este symptoma o nosso doente.

muitas vezes, vem complicar esta affecção.

N'este periodo a cachexia é extrema; o appetite desapareceu desde ha muito, e, mesmo se algum alimento póde passar, o estomago tolera-o mal. O que mais fatiga o doente é a sêde que não pode satisfazer. Já não ha absorpção de liquido; pelo contrario, ha desperdicio continuo, entre outras vias, por uma salivação abundante, que raramente falta.

Supportando dôres continuas, com os membros inferiores edemaciados, o doente morre lentamente de inanição ou de cachexia cancerosa, a não ser que uma perfuração do aparelho pulmonar ou circulatorio ponha termo aos seus soffrimentos.

O diagnostico, firmando-se nos symptomas descriptos, é ás vezes, comtudo, difficil, podendo apenas chegar-se a elle só por exclusão. Deve, comtudo, attender-se principalmente á *idade do doente*, existencia de ganglios supra-claviculares, aspecto e cachexia, e ao estudo minucioso da phase preparatoria — primeira phase da doença.<sup>1</sup> A dysphagia, quasi sempre lenta a produzir-se, sempre continua e progressiva, não é para desprezar.

---

<sup>1</sup> Se acharmos pela sondagem uma stenose, faremos com 90 % de probabilidades, se se tratar d'um homem de mais de 40 annos, o diagnostico de carcinoma. (von Hebra).

A regurgitação de materias sanguinolentas misturadas com os alimentos é um signal em favor do cancro.

Sondando o doente e transpondo o aperto, sente-se que se passa atravez d'um obstaculo pouco rigido, que cede bem, e, retirando-se o catheter, vem frequentes vezes tingido de sangue (ainda que o catheterismo tenha sido praticado com habilidade) cheirando mal e muitas vezes pendente d'elle um tecido, que vem histologicamente reforçar o diagnostico. <sup>1</sup>

APERTOS TUBERCULOSOS. — É ainda a tuberculose uma causa de aperto. Porém, Behix não admitte a tuberculose primitiva do esophago e a sua propagação do apparelho respiratorio por contiguidade, dizendo que, se esta propagação se fizesse, devia observar-se não um aperto, mas sim uma perfuração das paredes. Rokitsansky não admitte ainda a tuberculose do esophago. Zenker e Ziemssen, tendo observado dois casos de tuberculose do esophago, affirma-

---

<sup>1</sup> No œsophagoscopia podemos reconhecer-o distintamente muito mais cedo. (Stadien). Ao principio vê-se a parede levantada, immovel com a respiração e apresentando claramente um logar onde se podem ver excrescencias em forma de cravo. Mais tarde vê-se um tumor em fórma de amora que apparece adeante do œsophagoscopia, obturando o calibre do œsophago com uma ulceração que avança para todos os lados.

ram duvidar do seu diagnostico. Barral cita um caso no qual, depois de feita a autopsia por M. Sappelier, se reconheceu a existencia de cellulas gigantes e do bacillo especifico. Follin, Chretien, Dechambre mencionam algumas observações. Weichelbaum cita varios casos em que o diagnostico da tuberculose foi nitidamente estabelecido pela presença tambem de cellulas gigantes e bacillo especifico.

A este proposito, Weichelbaum accrescenta que, se o esophago é tão raramente atacado de tuberculose, é porque as materias infectantes o atravessam rapidamente. A natureza e a espessura do epithelio do esophago, como refere Schrschman (Portes d'entrée de la tuberculose, 1885) talvez tambem desempenhe um papel util.

Mas, logo que se produz uma ulceração em virtude d'um traumatismo, uma irritação qualquer (tabaco, alcool), esta torna-se tuberculosa. Brans cita um caso de tuberculose pharingea, esophagica e estomacal, a qual sobreveio n'um phtysico, que procurou suicidar-se, ingerindo potassa caustica e em quem foram encontradas além de cicatrizes numerosas, que apertavam o esophago, ulcerações cheias de nodulos, nas quaes se reconheceu pelo microscopio a presença de cellulas gigantes.

O diagnostico, pois, da tuberculose do esophago, raro sempre, é tanto mais difficil quanto

é certo que o cancro leva muitas vezes o doente á tuberculose pulmonar. Nunca se deve suspeitar d'ella a não ser que se tenha seguido durante algum tempo o doente e se tenha adquirido a convicção de que a tuberculose pulmonar existia antes da dysphagia ou que os signaes de enterite tuberculosa se tenham observado ao mesmo tempo.

Ha casos em que o clinico poderá ficar em duvida, sobretudo se as lesões pulmonares acompanham as lesões do esophago, o que infelizmente acontece na maior parte dos casos.

Não é facil, por isso, fazer uma descripção especial, porque nada o distingue do aperto canceroso acompanhado de tuberculose pulmonar.

Comtudo, a lesão esophagica é a primeira a manifestar-se no aperto canceroso, e, pelo contrario, no aperto tuberculoso é a lesão pulmonar; a idade do individuo não é egualmente tão avançada, podendo, é claro; encontrar-se mais tarde, como no caso citado por Pauliki, em que o doente tinha 74 annos; a côr amarello-palha do canceroso não se observa no aperto tuberculoso.

Mas é, sobretudo, o microscopio que póde elucidar e fazer firmar o diagnostico, tão obscuras são as manifestações clinicas. A sede de lesão é muito variavel, tendo sido encontrada frequentes vezes na extremidade inferior do

esophago. O grau do aperto é tambem muito variavel e pôde ser levado ao extremo, tornando impossivel a deglutição dos liquidos.

A duração do mal é ainda muito difficil de precisar justamente por causa da coincidencia das lesões.

Algumas vezes (no caso de Pauliki) a lesão esophagica apparece trez mezes ou menos antes da morte, emquanto que duram tres annos, o doente no caso Krauss.

APERTOS SYPHILITICOS. — São raras as observações de aperto syphilitico. Em França, a maior parte das obras classicas negam esta variedade. (Behier, Nelaton, Follui).

Comtudo, já Ruysch citou um caso de aperto curado em um mez com pilulas de mercurio; Haller cura outro doente da mesma maneira. Chelins, pelo contrario, vê falhar o tratamento pelo mercurio n'um syphilitico, portador d'um aperto do esophago. West, defendendo esta variedade de apertos, cita uma mulher de 21 annos, atacada de syphilis e em quem, depois da manifestação de accidentes secundarios e terciarios, appareceu dysphagia e todos os symptomas d'um aperto organico.

Uma outra observação de Buimer refere-se a uma mulher de 25 annos, a qual tinha contraído a syphilis nove annos antes e que teve depois numerosos accidentes secundarios e terciarios.

Todos os symptomas desapareceram depois do tratamento anti-syphilitico.

West, tratando este assumpto diz: «a syphilis ataca o esophago sómente no periodo terciario». Cita uma mulher de 26 annos, com ulcerações na garganta, adherencias do veo do paladar á lingua e pharinge posterior e na qual o tratamento anti-syphilitico não deu resultado, sendo necessario fazer a dilatação com a sonda.

M. Potasie cita sete casos e Virchow relata ter encontrado dois.

Subiuski menciona duas observações de aperto syphilitico: uma n'um rapaz de 29 annos que contrahira a syphilis, havia annos, e em quem o aperto, provavelmente devido a uma gomma ulcerada, produzira uma dysphagia, quasi completa, em tres semanas. (Dieulafoy). Submettido ao tratamento mercurial, melhorou rapidamente. A outra n'um homem que havia sido atacado de syphilis lingual, ha 22 annos. Fournier admite tambem esta variedade de aperto.

A sua symptomatologia é a de todos os apertos: difficuldade na passagem dos alimentos (algumas vezes esta dysphagia é dentro em pouco completa), sensação de paragem, regorgitação dos alimentos, etc. Sómente se pôde ás vezes chegar ao diagnostico por exclusão e attendendo principalmente aos antecedentes do doente, tendo em vista reconhecer a existencia da syphilis.

Em caso de duvida, pode recorrer-se ao tratamento especifico, o qual dará resultado, sobretudo, quando se trate d'uma gomma ainda não ulcerada. Não tem influencia sobre as cicatrizes retracteis que resultem da ulceração. (S. Duplay).

APERROS PRIMITIVOS. — Sob esta designação estudamos uma outra especie de apertos, aos quaes dá origem a ulcera simples do esophago e que Debove assim denomina. Tem sido largamente discutida, na Allemanha e na França, a questão de saber se a ulceração simples podia produzir um aperto; mas este facto resalta claramente d'uma das observações de M. Debove, na qual a ulcera e o aperto consecutivo cediam a cinco centimetros por cima do cardia.

Vallux nega a existencia da ulcera simples e por conseguinte do aperto. Follui, pelo contrario, falla de apertos raros, que elle attribue a uma inflammação ulcerosa de origem espontanea e faz entrar n'este numero dois casos de Gendron e de Trousseau, consecutivos á diphtheria, assim como o caso de aperto consecutivo á variola.

Carswel, Maxon estudam a acção do succo gastrico sobre o esophago e concluem com Quinke que elle pode produzir a ulcera do esophago. Citam varias ulcerações, uma das quaes deu um aperto do canal.

M. Debove não admite o succo gastrico como causa da ulceração. Para elle é uma ulcera

simples do órgão, analoga á ulcera simples do estomago ou do duodeno, e devida a uma toxi-infecção.

Esta variedade de aperto tem uma symptomatologia especial. Durante esse periodo mais ou menos longo, o doente apresenta symptomas que recordam a ulcera do estomago. Dôres vivas, espontaneas ou provocadas pela ingestão dos alimentos, cedendo ao nivel do epigastro e da columna vertebral, irradiam para as espaldas, em volta do thorax ou n'outros sentidos; hematemeses, que podem ser abundantes, repetem-se differentes vezes. A esta primeira phase, que póde durar mezes e annos, succedem, lenta e progressivamente, a dysphagia e todos os outros symptomas habituaes de aperto esophagico, e assim, á medida que a dôr diminue, o obstaculo á passagem dos alimentos augmenta.

A successão e a evolução d'estes symptomas permitem chegar á descoberta da causa, e quasi sempre o que nos chama primeiro a attenção é a longa duração do mal. Remissões consideraveis seguem o tratamento pela dilatação, a qual é muitas vezes acompanhada de vomito de sangue.

APERTOS ORGANICOS RAROS.—Incluimos n'este grupo os apertos devidos a um endurecimento das paredes esophagicas, motivado pela degenerescencia fibrosa ou cartilaginea. Encontra-se geralmente no tecido cellulaer concreções moveis, elasticas, d'um branco azulado, do volume

d'uma fava a uma nóz, sob a fórma de placas, de aneis duros, osseos. (Gyser, Forster, Alber).

As varizes do esophago, occupando a visinhança do cardia e podendo algumas vezes dar origem a hemorragias temiveis, podem produzir symptomas de aperto. Estão ligadas as mais das vezes a um estado cirrhotico do figado. (Frank). Ainda n'este grupo fazemos entrar os apertos determinados por abcessos existentes nas proprias paredes do esophago ou por um espessamento muscular da tunica d'esse nome. Pela sua symptomatologia confundem-se ordinariamente com os outros apertos e o seu diagnostico, sempre difficil, é a maior parte das vezes só firmado no momento da autopsia.

APERTOS CICATRICIAES. — N'este grupo comprehendemos os apertos que resultam da cicatrização das lesões produzidas por um traumatismo externo (instrumento cortante, arma de fogo), um traumatismo interno (por ex.: extracção difficil ou contacto prolongado d'um corpo estranho) ou ainda um liquido caustico ou ardente.<sup>1</sup>

N'esta variedade, do mesmo modo que nos apertos devidos á ulcera do esophago, temos quasi sempre duas phases na sua evolução:

---

<sup>1</sup> O farfalho, a actinomycose, a escarlatina, a diphteria, a erysipela e a variola podem tambem atacar o esophago e darem cicatrizes que apertem este conducto.

uma de inflamação aguda, outra propriamente de aperto, devido á cicatriz, motivo porque alguns auctores, nomeadamente Dieulafoy, os reune debaixo da mesma e unica designação — apertos cicatriciaes.

E, assim, suppondo um caso de queimadura, apparecem logo os accidentes agudos, a dysphagia manifesta-se e o doente é atacado de dôres atrozes. Depois, tudo se acalma e, passado um mez ou dois, a dysphagia reaparece e com ella todos os signaes habituaes de aperto.

Por isso, o começo é brusco, salvo nos casos em que uma inflamação ligeira actua por muito tempo sobre as paredes do esophago.

Mondnic cita uma creança que durante 13 annos trouxe uma moeda no esophago.

O aperto cicatricial cede d'ordinario nos pontos apertados normalmente, porque os liquidos corrosivos ou ardentes deglutidos não caminham com a mesma velocidade ao longo do esophago, demorando-se um pouco mais ao nivel dos pontos, onde o calibre do esophago é menor. A sua localisação, porém, na extremidade superior é principalmente favorecida pela differença de calibre entre a pharinge e o esophago, contribuindo tambem para que a extremidade inferior seja uma sede de predilecção o sphincter que aperta o esophago ao nivel do diaphragma.

O aperto, d'ordinario, é duplo ou triplo e se-

parado por partes da superficie da mucosa sã.<sup>1</sup>

Para explicar o facto pôde-se admittir uma susceptibilidade nervosa especial, determinando um reflexo que pára ou detem o liquido no momento da passagem, ou ainda invocar uma alteração prévia (Michel).

A dôr é quasi nulla depois do desaparecimento do periodo agudo e apenas o catheterismo ou a dilatação pelo alimento podem despertar-a ligeiramente.

O soluço, caracteristico do aperto carcinoso, não se observa senão raramente n'esta especie de aperto (Dieulafoy) e as dilatações, formando sacco acima do ponto apertado, são tambem excepcionaes (Behièr) por causa da integridade dos tecidos acima da lesão.

Hemorrhagias, a não ser ás vezes na occasião do catheterismo, não se observam, e bem assim a fetidez do halito.

O diagnostico parece-nos relativamente facil, attendendo aos symptomas apontados e aos commemorativos. A sondagem, que ás vezes é muito difficil n'estes doentes,<sup>2</sup> pôde indicar-nos diferentes pontos apertados no esophago, tendo ás vezes alguns centimetros de extensão. Quando

---

<sup>1</sup> O esophago pôde ser transformado em todo o seu comprimento n'uma cicatriz (Mesari).

<sup>2</sup> Não se deve fazer emquanto que durar o periodo inflammatorio — o 1.º periodo.

o aperto é annullar a oliva parece dar um salto depois de transposto; sente-se passar aavez d'um obstaculo que não cede.

Isto não é caracteristico d'esta especie de apertos, porque se nota tambem nos syphiliticos e primitivos, nos quaes póde haver egualmente a formação d'um tecido cicatricial annular.

## CAPITULO II

N'este capitulo entramos já no estudo dos apertos espasmodicos, pondo de parte os apertos inflammatorios sobre cujo titulo os livros classicos estudam, como já dissemos, esses casos de dysphagia, que acompanha as inflammacões agudas do canal.

### **Apertos espasmodicos (esophagismo)**

Denominam-se assim os espasmos do esophago, os quaes podem ser: idiopathicos, symptomaticos e sympathicos.

APERTOS IDIOPATHICOS. — Teem sido observados quer na infancia, quer na velhice; mas as estatisticas provam que é na idade media da vida que, sobretudo, esta especie de apertos se têm encontrado em maior numero. No nosso caso clinico o doente tem 28 annos.

Mais vulgar este genero de apertos na mu-

lher do que no homem, porque a hysteria é uma das suas causas mais frequentes, pode ainda ser motivado pela hypocondria, uma certa susceptibilidade nervosa, e emoções vivas. Os vomitos muito prolongados, o mal do mar, uma contusão no epigastro, podem tambem fazer apparecer o espasmo esophagico, e, entre os individuos predispostos, uma simples corrente de ar, o estado electrico da atmospherá, uma causa futil basta para provocar o accesso, que a propria imaginação do doente pode fazer repetir-se.

Pode ser hereditario o espasmo do esophago, assim como o mostra o caso citado por Stevenson, que viu um aperto espasmodico n'uma mãe e filha.

Eis a symptomatologia d'uma tal affecção: Bruscamente, sem motivo, no principio ou no meio d'uma refeição, o bolo alimentar é subitamente detido e o doente é atacado de angustia, uma sensação penosa de constricção, que cede a maior parte das vezes no terço superior do esophago (Dieulafoy). O nosso doente loca isava esta sensação atraz da parte superior do sterno.

Algumas vezes os alimentos não passam e são regeitados, outras vezes, depois de bem mastigados e fortemente misturados de saliva, são lentamente deglutidos. Mas o doente continua a experimentar essa sensação de constricção, parecendo-lhe que o canal está fechado.

E, começando de novo a comer, no momento da nova deglutição, elle tem a confirmação do que já antes suppunha, porque os alimentos não passam e são novamente rejeitados ou, então, só muito difficilmente conseguem transpôr o esophago.

Algumas vezes o esophago parece fazer uma escolha, deixar passar os solidos e não os liquidos (isto acontece tambem no começo da doença no nosso caso clinico), as mais das vezes os liquidos com exclusão dos solidos (e era justamente o que acontecia agora) outros, os quentes melhor que os frios e vice-versa.

Acontece tambem, muitas vezes, que os alimentos, divididos em bocados pequenos e deglutidos d'uma certa maneira, passam mais facilmente. O nosso doente tambem nos fez notar que mastigando muito bem, deglutindo a pouco e pouco e d'uma certa maneira que elle estudara, conseguira até certo ponto evitar a constricção que, muitas vezes, a simples vista dos alimentos era sufficiente para provocar.

Contava elle que, quando lhe apresentavam a comida, muitas vezes previa que não a deglutiria em virtude do apparecimento d'essa sensação de constricção atroz do sternó, o que acontecia geralmente quando estava triste, aborrecido. O espasmo pode apresentar-se sob a fórma de accessos, não durando senão algumas horas, uns minutos, outras vezes prolonga-se durante

semanas, mezes e annos. Zimmermann, Raynaud e Lasègue citam casos em que durou 5, 20 e 30 annos. Porém, Trousseau, Behier, Follin não admittem uma tal duração.

O seu diagnostico é fundado no começo brusco, na dysphagia caracteristica, intermitente, a qual está em relação com as condições physicas ou moraes, em que se encontra o individuo d'ordinario hysterico.

A sondagem do doente pôde permittir muitas vezes reconhecer-se um obstaculo n'um ponto sempre o mesmo; mas, transposto esse obstaculo, para o que basta manter o cathéter applicado contra elle, sem augmentar a pressão, na volta o instrumento percorre todo o canal sem parar.

Umaz vezes, o aperto deixa-se transpôr com muita facilidade, outras vezes, é impossivel; mas, no dia seguinte, n'uma dada occasião, a sonda passa facilmente. Tambem em certas occasiões o catheterismo com oliva volumosa é mais facil que com uma oliva mais pequena. A altura a que a sonda é detida é ás vezes variavel, passando hoje bem onde hontem não era possivel, o que não acontece com os outros apertos. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> O esophagoscopio pôde muitas vezes, em caso duvidoso, resolver a questão. Uma senhora de 53 annos foi tratada durantes mezes como hysterica por nevrolol-

APERTOS SYMPTOMATICOS.—N'este caso o espasmo é subordinado á causa que o fez nascer.

São, pois, estas causas que importa conhecer.

Em toda a affecção do esophago intervem o elemento espasmodico para augmentar a dysphagia. Assim, a um aperto organico fraco vem-se juntar a maior parte das vezes o elemento espasmodico, que augmenta extraordinariamente os seus effeitos.

Duguet cita um caso de esophagismo no curso d'um cancro do esophago. Umas vezes o espasmo produz-se sobre o ponto já apertado; outras vezes, é mais ou menos longe, acima ou abaixo da lesão organica.

As lesões do estomago, cedendo ao nivel do cardia, um cancro por exemplo, as affecções bastante dolorosas da pharinge e larynge podem igualmente acompanhar-se de espasmo do esophago. Viu-se o espasmo do esophago apparecer como symptoma em certas affecções cerebraes.

M. Peter cita um caso de peri-encephalite intersticial, no começo do qual apparece este symptoma. Viu-se na meningite (Robert), hemorragia cerebral (Brien) e encontra-se algumas vezes na meningite espinal aguda e no mal de Pott cervical.

---

gos; pensavam em cardio-espasmo. Pela esophagoscopia reconheceu-se um tumor carcinomatoso ao nivel do hiato esophagico.

Certas nevroses complicam-se de esophagismo, por ex.: epilepsia e algumas vezes a angina do peito. Aparece ainda em certas intoxicações e infecções: tetano, raiva, intoxicações pela dulcamara, belladona, noz vomica, etc.

Na raiva, com effeito, ha uma dysphagia espasmodica, mas nem todos os auctores concordam sobre a sua natureza.

Bouley suppõe ser um espasmo real produzido pela extrema irritabilidade dos centros bulbares.

Outros vêem n'isso a repulsão pelos liquidos, a hydrophobia. Jaccoud pensa que se trata d'uma difficuldade de deglutir sob a influencia de perturbações respiratorias.

APERTOS SYMPATHICOS.—O espasmo sympathico acompanha as affecções do intestino, a helminthiase principalmente. Assim a tœnia pôde dar origem não só a convulsões e contracturas mais ou menos generalizadas, mas ainda ao espasmo do esophago. (Leroux e Legendre). Encontra-se o espasmo do esophago nas doenças do utero (metrites, dysmenorrhœa) nas dos ovarios e na gravidez. Parece provado que a menopausa tem uma certa influencia sobre a sua apparição. Ainda tambem as dyspepsias se podem fazer acompanhar d'esta complicação (Poot, *Dublin Journal*), as affecções do figado, do pancreas (Spring), dos rins (Jaccoud), dos pulmões (Follin), do pericardo (Bourscret) e, segundo H. Leney, a amygdalite.

Estas tres especies de aperto estão bastante ligadas entre si por transicções insensíveis, pois que as causas organicas precitadas só actuam as mais das vezes produzindo o espasmo esophagico n'um terreno manifestamente predisposto pela nevropathia.

## TERCEIRA PARTE

### Tratamento

As doenças do esophago foram só estudadas mais minuciosamente desde ha cerca de 25 annos. Porém, os resultados materiaes do diagnostico e tratamento são de data mais recente.

Expondo os meios, quer chirurgicos, quer medicos, de que hoje dispomos, quando collocados em face d'um caso de stenose do esophago, nós trataremos em primeiro logar dos apertos cancerosos, depois dos cicatriciaes, em seguida dos apertos espasmodicos e, por ultimo, em conjuncto, das outras differentes especies de stenoses.

APERTOS CANCEROSOS.—Dois fins deve ter em vista o clinico, em presença d'um aperto d'este genero: primeiro, alimentar o doente até ao fim, luctando contra a inanição; segundo, procurar destruir tanto quanto possivel o tecido morbido.

No começo da doença, quando a alimentação não é possível ou só passa quantidade insufficiente de alimento, não é difficil sondar o doente todos os dias de maneira a manter o canal aberto e fornecer-lhe assim uma alimentação semi-liquida por intermedio da sonda. Os proprios doentes aprendem muitas vezes a sondar-se. Mas é conveniente fazer de vez em quando o catheterismo dilatador, affastando mechanicamente as paredes.

A proposito, convém notar que n'esta variedade de apertos as perfurações são muito frequentes, o que de resto está em relação com o amollecimento e necrose caracteristica das paredes e que se deve proceder sempre com a maxima prudencia.

Com os progressos da doença a sondagem, porém, offerece muitas vezes sérias difficuldades n'um esophago desviado e deformado pelo cancro.

N'este caso, é necessario recorrer ou á alimentação artificial por meio d'um dreno permanente ou á gastrostomia quando o aperto se torne intransponivel. Nós achamos preferivel recorrer desde logo á gastrostomia, pois que d'este modo evitamos a irritação continua produzida pelo dreno e sondas, o que deve certamente exasperar o mal, não contando já com os falsos trajectos a que está sujeito o doente pela introdução repetida dos diversos drenos e cathéter.

*Drenagem permanente.*— A necessidade de catheterisar o doente atacado de cancro do esophago para o alimentar e a difficuldade em o conseguir, sobretudo, fizeram suggerir a Krishaber a ideia de deixar permanentemente, n'este caso, uma sonda molle de cautchouc, introduzida por uma das fossas nasaes.

Mais tarde Simonds em Inglaterra e depois d'elle Leiden na Allemanha preconisaram o emprego d'uma simples canula conica de gomme elastica, occupando a região stenosada, para substituir a sonda de Krishaber. Mas, nem um nem outro d'estes methodos entrou na pratica geral. M. Schiele teve a ideia de substituir a sonda ou canula esophagica, empregada por estes auctores, por um simples dreno que deixava em permanencia: é um tubo de cautchouc de 30 centimetros de comprimento e provido de numerosas aberturas lateraes, que se introduz com o auxilio d'uma haste de baleia com oliva terminal. Para facilitar a manobra liga-se a extremidade do dreno com um fio de catgut e pratica-se uma abertura lateral perto da extremidade do tubo.

Desde que o resalto caracteristico avisa que o estreito canceroso foi transposto, retira-se o mandrim e o tubo fica no seu lugar. Uma boa precaução consiste em adaptar á extremidade superior do dreno um fio, que se fixa pela outra parte aos dentes do doente. Este póde, então,

puxando pelo fio, collocar o tubo em boa posição, se movimentos de deglutição o arrastarem muito fundamente. Não deve, comtudo, este fio estar muito tenso, porque os movimentos executados pela lingua, no momento da mastigação e da deglutição, poderiam fazer subir o dreno acima do aperto. A ligadura do catgut, que estrangula a extremidade inferior do tubo, não tarda a dissolver em contacto com o succo gastrico, tornando assim permeavel esta extremidade inferior. Para esperar este momento e permittir aos liquidos passar desde o principio, é preciso dar dimensões sufficientes á abertura lateral inferior na qual se introduz a oliva do mandrim, no momento da collocação do dreno. As aberturas em grande numero na parte superior do tubo são egualmente uteis, porque ellas deixam passar para o interior do dreno os liquidos que, tendo deslizado ao lado da extremidade superior do tubo, teem tendencia a accumular na dilatação esophagica precancerosa.

M. Schiele fez uso do dreno permanente em varios doentes e diz ter tirado d'elle um excellento resultado. Os seus doentes chegaram rapidamente a deglutir não sómente os liquidos, mas mesmo uma alimentação semi-liquida, composta de purées, ovos quentes, etc. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Munch. Med. Wocheusch, 9 fev. 1904.

*Gastrostomia.*—Esta operação, que é empregada n'este caso de apertos cancerosos como meio palliativo, facultando a alimentação do doente através da fistula estomacal, póde em outros apertos permittir a cura, em virtude de se poder atacar por esta via as regiões stenosadas.

Foi Egeberg quem descreveu pela primeira vez esta operação; mas só Sedillot, em 1849, a praticou n'um individuo portador d'um cancro do esophago, o qual falleceu horas depois. Varios cirurgiões depois d'elle a praticaram, mas o exito não foi melhor. E, só depois da descoberta da antisepsia é que Verneuil, Schouborn e Howse começaram de vingar um maior numero de casos; mas, ainda assim, a mortalidade que as estatisticas accusavam, 60 %, era elevada.

Julgando então uma questão do momento da intervenção o motivo de tal mortalidade, uns, como Sedillot, Fenger, Förster, etc., aconsellham a intervenção apenas quando seja completamente intransponivel o aperto; outros, (Lowe, Mac Cormac, Denter, Knie, etc.) intendem que se deve intervir o mais cêdo possivel.

As estatisticas de Miculicz vieram depois provar que a mortalidade operatoria diminuia consideravelmente, passando a ser de 17 %, quando a operação fosse feita cêdo, no momento

em que se podia contar com as condições de resistencia do individuo.<sup>1</sup>

Esta operação é feita por uns cirurgiões: Sedillot, Vou, Jouon (Nantes), Howse, em duas sessões; outros, porém, executam-n'a d'uma só vez (Verneuil, Zezas, etc.) Os primeiros julgam d'essa maneira evitar uma infecção peritoneal pelo vomito do doente durante a chloroformisação e fundam-se ainda, para assim obrar, em casos de cura de esophagoespasmos pela simples sutura do estomago á parede abdominal (gastro-pexia). Porém, a operação feita d'uma só vez permite fornecer logo ao doente os alimentos necessarios, que o aperto não deixava ha muito, ás vezes, já fornecer-lhe. Parece-nos mais rasoavel, pela sua segurança, a operação em dois tempos e, tanto mais, quanto mais cedo se operar, em condições de boa resistencia. Além d'isso, a segunda sessão (abertura da parede do estomago) não requer a chloroformisação do doente, em virtude de não ser dolorosa a penetração do estomago, e, se o doentes e apresentar fraco no intervallo das duas sessões, podemos atravez d'uma agulha de Pravaz, que

---

<sup>1</sup> Vê-se assim pessoas operadas de gastrostomia viverem 1 a 1 1/2 anno e ainda aptos para o trabalho. Pela sua fistula gastrica restabelecem-se consideravelmente, o que é muito favoravel não só physica como sobretudo moralmente (Won Hebra).

perfore o estomago, ir alimentando por esta via o doente, auxiliando, d'esta sorte, todos os outros processos de alimentação de que possamos dispôr (clysteres alimentares, etc.). Mas casos ha em que não podemos ir aggravar o estado já precario do doente que, ás vezes, não se alimenta, ha já muito tempo, como acontecia no nosso caso clinico. A operação, pois, effectuada d'uma só vez, parece-nos indicada aqui e só n'estes casos. Assim se procedeu com relação ao nosso doente.

A sahida do succo gastrico, que ia atacar os bordos da ferida, bem como o refluxo dos alimentos pela fistula preoccuparam os operadores, que forcejaram por obviar a este inconveniente.

Championnière, Larges, Bryant, etc., inventaram processos simples de obliteração a qual era feita por uma pelota, que comprimia a fistula; os seus bordos eram recobertos de vaselina ou carbonato de magnezia. Hahn, Ceccherelli, Jaboulay, Golding-Bird, etc., obtinham a oclusão pela sphincterisação, que consistia em fazer passar a fistula atravez do grande recto ou das fibras dos intercostaes ou, ainda, por meio da valvulação, como succede nos processos de Fontan e Forgue em que as tunicas estomacaeas estão de tal maneira dispostas ao nivel da fistula, que abrem de fóra para dentro, conservando-se fechadas pela pressão do conteúdo estomacal.

Como dissemos, não é só praticavel nos apertos cancerosos a gastrostomia; ella póde e deve aproveitar-se como meio curativo em outros apertos de que, aliás, em breve fallaremos.

O segundo fim que o clinico deve ter em vista em presença d'um aperto canceroso é, dissemos nós, destruir tanto quanto possivel o tecido morbido. A este proposito Niemer e muitos outros aconselham não lhe tocar. Tem-se em alguns casos empregado os antimoniacaes, as preparações mercuriaes sem grande resultado. O professor austriaco Mosevig-Moorhof empregou em alguns casos de epithelioma superficial, n'um caso de papilloma muito extenso, uma solução concentrada d'acido lactico.

Segundo affirma, este agente dissolve os tecidos de nova formação, poupando tudo que é são em volta d'este tecido. Por meio d'uma sonda ôca, na qual introduzia uma haste de baleia supportando uma pequena esponja na sua extremidade, levava esta solução ao contacto do mal. O acido arsenioso é tambem empregado. O *tratamento pelo radio* parece ter dado algum resultado.

M. Alfred Exener submetteu á academia das sciencias de Vienna o resultado que obteve nos seis casos de cancro do esophago.

Para fazer as applicações adaptava á extremidade inferior d'uma sonda esophagica uma capsula de cautchouc cylindrica, contendo a

substancia radifera. Em cinco casos pôde observar pela continuação d'estas applicações, uma dilatação consideravel do aperto. Esta dilatação, sendo devida a uma necrose do tecido canceroso, persiste depois da cessação do tratamento, emquanto que, á continuação da dilatação mechanica, o aperto se reproduz desde que se cessa de praticar o catheterismo. M. Exner espera que se poderá d'esta maneira evitar com vantagem a gastrostomia. <sup>1</sup>

*Os raios de Rontgen* mostraram em algumas formas de carcinoma da pelle resultados muito favoraveis, mas no esophago são as condições essencialmente diversas. Aqui, só podemos chegar ao cancro pela bocca. Se o carcinoma já está n'uma phase adeantada, só podemos ver no esophagoscopia a parte superior e, portanto, os raios de Röntgen tambem só podem do mesmo modo influir n'esta parte superior. O tubo de Röntgen tambem fica demasiadamente longe do cancro.

Por estas razões, parece que devem ser postas de parte taes irradiações, que não fazem senão expor o individuo ás inconveniencias que pôde trazer consigo a introduccão do esophagoscopia. <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> (Semana medica 1904)

<sup>2</sup> Von Hebra -- Semana medica 1905.

*Esophagectomia.*—O melhor processo de cura do cancro esophagico consistiria na sua ablação, mas graves obstaculos se oppõem a esta intervenção. A maior parte dos carcinomas está no interior do thorax e, para lá chegar, é preciso abrir o mediastino posterior, o que até agora tem sido sempre ainda uma das mais graves e perigosas operações. Todas as tentativas de ablação do carcinoma esophagico por mediastinotomia causaram a morte do doente (Rehn, Miculicz, Tuffiér, Faure).

Geralmente morre o doente no colapso, com hemorragia forte ou por causa da abertura da pleura. Para obviar a estes inconvenientes escolheu-se a via posterior, entrando ao lado da columna vertebral, o que dá accesso mais facil para o esophago. E, para tornar possivel esta abertura posterior ao mediastino, inventou Sauer Bruch, assistente de Miculicz, uma camara que tomou o seu nome. A cabeça do doente fica fóra da camara e, por conseguinte, sob a pressão normal do ar, a qual existe, por isso, tambem nos pulmões, e o resto do corpo está no interior da camara sob uma pressão inferior. D'esta maneira impede-se que depois da abertura do mediastino haja colapso dos pulmões. No animal, como no cadaver, executa-se a reseccão do esophago muito facilmente, mas, depois de se ter reseccado tres centimetros, é muito difficil juntar as duas extremida-

des. Os pontos cortam facilmente o canal e d'ahi a periesophagite, mediastinite e pleurite que conduzem á morte. A esophagectomia da parte cervical tem dado alguns resultados. Assim Bohmer, de 13 doentes operados, salvou 4. É, comtudo, ainda uma operação muito grave, porque exige a destruição de órgãos importantes, taes como: corpo thyroideu, larynge, parte dos nervos laryngeos, etc.

APERTOS CICATRICIAES.—Tem-se proposto uma multiplicidade de meios para combater este genero de apertos.

A sua cauterisação por esponjas embebidas em solução caustica parece hoje abandonada por causa do perigo que origina, sendo difficil limitar a acção caustica.

A *dilatação* é preferivel. Este methodo comprehende varios processos operatorios: a dilatação brusca, forçada; a dilatação permanente e progressiva e a dilatação temporaria e progressiva.

Esta ultima é a que mais se emprega e, com effeito, a dilatação temporaria e progressiva dá excellentes resultados. Pode usar-se para esse fim o dilatador de Trousseau, que é formado d'uma haste flexivel de barba de baleia ou de metal, tendo uma das extremidades terminada em rosca. A ella se podem adaptar olivas de calibre variando entre 6 a 20 millime-

tros. <sup>1</sup> Ha tambem o cathéter de Velpeau composto d'uma haste flexivel, tendo 3 ou 4 dilatações olivares de dimensões crescentes, a começar da extremidade que se deve introduzir no esophago. O professor Bouchard deu o seu nome a um methodo especial.

Consiste em introduzir duas vezes por dia, no começo com muita lentidão e doçura, velas cylindro-conicas de gomma cada vez mais volumosas e que se deixam no esophago durante 5 a 8 minutos. <sup>2</sup> Mais tarde espaçam-se as sessões e, chegando-se a uma vela media, não se dilatará senão todos os oito dias. É preciso continuar a dilatação durante toda a vida do doente. O catheterismo dilatador pratica-se da mesma maneira que o catheterismo explorador; a technica é a mesma. Pode ser oral, isto é, praticado pela bocca, e estomacal ou recorrente quando o cathéter se introduz primeiro pelo cardia atravez d'uma fistula gastrica.

Não se deve praticar a sondagem durante a primeira phase de inflammação mais ou menos aguda, que precede o aperto cicatricial, porque

---

<sup>1</sup> Segundo o que dissemos no principio, quando fallamos da distensão do esophago, 18 millimetros seria o maximo calibre que se obteria pela distensão e portanto os numeros que vão acima são perigosos.

<sup>2</sup> Foi este processo que seguimos no nosso 2.º caso para catheterisar o doente do espasmo.

é muito facil a perfuração do esophago, cuja parede cede facilmente durante este estado inflammatorio (von Hebra). Cita este mesmo auctor casos nos quaes d'este modo foram causadas perfurações, seguidas de mediastinite mortal e phlegmões da larynge. No caso de queimadura, consoante o seu grau, o que na verdade só se pode determinar aproximadamente pelas lesões na bocca, pela difficuldade no engulir e pelo estado geral, deve-se esperar sete, oito ou mais semanas.

Depois, praticando a sondagem, se não se consegue passar o aperto com uma corda delgada de tripa de dois millimetros de diametro, os doentes não se alimentarão sufficientemente. Deve-se então executar a gastrostomia.

Tambem, muitas vezes, procedendo-se á sondagem, sobrevem uma exasperação da inflammção que conduz a uma obliteração completa do canal, e o aperto, pelo qual se passava ainda hontem, torna-se hoje intransitavel. Outras vezes, apparecem fortes dôres nas costas provenientes da dilatação da cicatriz, acompanhadas ou não de febre. Em qualquer d'estes casos é necessario praticar egualmente a gastrostomia e esperar algumas semanas, alimentando o doente sómente pela fistula gastrica.

Assim pára a irritação dos ingestos sobre a superficie da ulcera, a inflammção desapparece e, muitas vezes, tornam-se apertos, antes in-

transitaveis, agora já transitaveis para cordas de tripa ou mesmo velas delgadas. E, conseguindo a passagem da corda de tripa, é melhor para a therapeutica tirar logo pela fistula a extremidade inferior d'esta, ligar-lhe um fio de sêda e então extrahil-a pela bocca.

Agora, fica o fio de sêda como conductor e, ligando n'elle um dreño delgado de cautchouc, pode-se passar este pelo aperto, esticando-o, o que o torna muito delgado. Deixando de o puxar elle torna-se, graças á sua elasticidade, mais espesso no aperto, alarga-o e permite fazer passar um numero maior. Von Hacker que apresentou este processo chama-o: *sondagem sem fim*.

Em casos mais ligeiros basta o tratamento pela sondagem ordinaria; cada numero deve permanecer no esophago durante um quarto a meia hora, introduzindo-se depois um numero mais alto. Assim se chega a obter excellentes resultados no decorrer d'algumas semanas. Mas, é preciso continuar esta dilatação ainda por mezes e, ás vezes, por annos, visto que depressa volta o aperto.

S. Teleky recommendou em 1902 a applicação de theosinamina que, segundo a affirmação de H. von Hebra, pôde amollecere não só as cicatrizes da pelle, mas ainda as que apertam o esophago.

Depois da dilatação preconisou-se a

*Electrolyse.*— Por meio d'uma sonda provida d'uma armadura em cobre, em comunicação com o polo negativo, enquanto o polo positivo está no exterior, Bocckel, de Strasbourg, obteve bons resultados. Segundo Guyan, a acção da electrolyse é semelhante á do catheterismo apoiado e a cura, que se dá em alguns casos, é devida não á acção electrolytica, mas antes á pressão do instrumento.

*Esophagotomia interna.*— A operação dos apertos cicatriciaes só pôde prometter bom exito em apertos curtos e membranosos. Segundo Von Hacker, opera-se melhor no esophagoscopia com um bico galvano-caustico em varias sessões, pois que a esophagotomia é um apalpar ás escuras, que facilmente pôde conduzir á perfuração e médiastinite. O mesmo se pôde dizer do serrar o aperto com um fio de sêda (processo de Abbés), como o prova um caso que Will Meyer publicou, ha pouco, em Nova York, e que foi fatal. A esophagotomia interna consiste em introduzir um instrumento cortante atravez do esophago com o fim de sectionar os pontos apertados.

O methodo segundo o qual se construíram os apparelhos de Maisonneuve, Lannelongue, Reybart, consiste em dividir a parede esophagica de cima para baixo. Tem por fim evitar a hemorragia. Pelo contrario, Dolbeau, Trelat, Makenzie, dividem os tecidos de baixo para cima.

Trelat diz que, se a incisão não attingir uma porção de tecido são, a hemorragia não é para recear. Deve-se sempre ter a precaução de desviar a incisão um pouco para a direita para não attingir a aorta.

Além da hemorragia deve-se temer também o phlegmon peri-esophagico. A esophagotomia interna deve ser seguida de dilatação do canal para assegurar d'este modo bons resultados.

*Esophagotomia externa.*—Foi Terrier quem, em 1870, a estudou bem, empregando-a quer como meio paliativo, quer como methodo curativo.

É paliativo quando se tem em vista, abrindo o esophago por baixo do aperto, alimentar o doente por esta via até que se possa forçar o aperto. É curativo quando se incide ao nivel ou por cima do aperto.

No primeiro caso, ou esophagotomia, é preciso que o aperto esteja bastante elevado para não ferir os grossos vasos. No segundo caso, pôde-se ser obrigado a combinar a esophagotomia interna com a externa. Este methodo expõe comtudo á perfuração dos vasos, septicemia, abcessos do mediastino, cedema da glotte, etc.

Pratica-se esta operação na porção cervical, fazendo uma incisão parallelá ao bordo anterior do sternó mastoideu e estendendo-se desde um ponto situado logo acima da extremidade ex-

terna da clavicula até ao bordo superior da cartilagem thyroidea. Vae-se cortando cuidadosamente de maneira a poupar os órgãos importantes e, chegando-se ao esophago, pratica-se a incisão do aperto. No thorax, tem-se praticado<sup>1</sup> fazendo uma incisão de 14 cent. sobre uma linha equidistante do bordo vertebral do homoplata e da espinha dorsal; reseca-se em seguida 3 cent. de costellas e, descollando a pleura, entra-se no mediastino posterior onde vamos encontrar o esophago ao nivel da 4.<sup>a</sup> vertebra dorsal. É preciso evitar a aorta, que se apresenta ao cirurgião immediatamente depois da abertura do mediastino. É raramente empregada semelhante operação.

*Esophagectomia.*—A resecção d'estes apertos pôde-se só executar quando a cicatriz está na porção cervical e é de pequena extensão. Infelizmente este caso dá-se raras vezes.

APERTOS ESPASMODICOS.—Os apertos espasmodicos são aquelles sobre os quaes nós podemos actuar mais energicamente, apesar de que, em muitos casos, reproduzem-se passado pouco tempo os mesmos accidentes.

Seria difficil citar todos os antiespasmodicos, os narcoticos empregados no tratamento d'esta affecção. Interiormente tem-se administrado a

---

<sup>1</sup> J. Petarca, Quenu.

tropina (Jacond) o acido cyanhydrico (Swiniy), a strychnina, o chloral, o brometo de potassio, a camphora, o iodeto de potassio. Fazem-se toques directos com tintura, ether acetico, vinagre. Empregaram-se os vapores de assafetida, applicaram-se cataplasmas de meimendro e fizeram-se fricções com diversas substancias irritantes. Applicaram-se pontas de fogo, empregou-se a electricidade, que tem dado, em alguns casos, bons resultados.

Porém, melhores se têm conseguido com a dilatação. Aqui, a dilatação pôde fazer-se n'um tempo só, dilatação brusca, mas não forçada.<sup>1</sup> O melhor instrumento de que se dispõe para a effectuar, é o de Broca, modificado por Lefort e aperfeiçoado por Collin. E' uma pinça d'articulação excentrica cujos ramos se abrem ficando parallellos. O professor Lefort ajuntou a um dos ramos uma bola de gomme que serve de conductor. Collin accrescentou-lhe um index notando o afastamento dos ramos. Broca, que se serviu d'este instrumento, diz ter obtido curas radicaes e immediatas. Emquanto aos apertos symptomaticos nada temos a dizer do seu tratamento; é preciso sobretudo tratar a causa.

OUTRAS ESPECIES DE APERTOS. — Quasi nada temos a dizer dos outros apertos. Assim, em

---

<sup>1</sup> No nosso caso empregamos a dilatação temporaria e progressiva.

presença d'um aperto syphilitico, empregar-se-ha, juntamente com as fricções mercuriaes, o iodeto de potassio tomado internamente e em doses successivamente crescentes, sem desprezar, comtudo, as tentativas de dilatação. Para os apertos primitivos são justificaveis os mesmos processos que para os apertos cicatriciaes, e os tuberculosos pódem ser approximados, no estado actual da sciencia, dos apertos cancerosos. E' preciso acalmar a dôr, sustentar as forças do doente e impedir por um catheterismo regular que o canal se feche e o doente morra de inanição.

# OBSERVAÇÕES

---

## Casos clinicos

### I

A. F. com 53 annos de idade, casado, moleiro, residente na Maia, entrou para o Hospital de Santo Antonio no dia 29 de Novembro sendo recolhido na enfermaria n.º 1.

Dera motivo á sua entrada a dysphagia que experimentava e a qual o impedia por completo de se alimentar.

*Antecedentes hereditarios.*— Nada sabe dizer de seu Pae. Sua Mãe era robusta e apenas soffria de ligeiros ataques de rheumatismo, não teve padecimentos que possam suppôr-se de natureza syphilitica, tuberculosa ou neoplasica. Eguamente não conta nos collateraes parentes que tivessem as mesmas doenças, sobretudo tuberculose e cancro.

*Antecedentes pessoases.*— Teve a febre typhoide em rapaz; depois d'isso gosou sempre saude magnifica até ao presente. Tem filhos todos saudaveis.

*Historia da doença.*—Em Agosto de 1904, começou a sentir-se muito fraco, faltando-lhe por completo o appetite. Attribuindo isso ao calor e aos muitos cuidados que tinha n'essa occasião, não se preocupou muito com a doença. Mas, decorridos dois mezes, como não tivesse melhorado com os seus remedios caseiros e, ao contrario, se sentisse cada vez mais falta de forças, pois não comia por falta de appetite (tudo lhe aborrecia) resolveu ir consultar um medico. Este receitou-lhe umas hostias contendo um pó branco e um remedio que tomava ás gottas, dizendo-lhe que soffria do estomago.

Mas, uma dada occasião, pareceu-lhe, quando ía comer, que não podia engulir facilmente como costumava e que a comida lhe parava a uma certa altura do canal esophagico. Effectivamente, nas refeições seguintes, e cada vez com mais intensidade, o mesmo facto se lhe apresentou ao espirito até que, passado algum tempo, já só conseguira fazer passar o bolo-alimentar para o estomago á custa de reiterados movimentos da pharinge.

Como se accentuasse de dia para dia esta difficuldade de engulir, sem que houvesse dôr<sup>1</sup> ou outro qualquer symptoma (o que lhe causa-

---

<sup>1</sup> Não sentia dôr no momento da deglutição, mas sim dôres no epigastro e costas que elle attribuia ao estomago.

va muita admiração), veio ao Porto consultar o distincto clinico Dr. Franchini, que o sondou e lhe disse ser portador d'um aperto do esophago. Continuando a consultar o citado clinico e decorridos alguns mezes, quando já a passagem dos alimentos solidos não era possivel, propoz-lhe elle uma operação, a gastrostomia. Não quiz então o doente sujeitar-se e continuou a soffrer apenas o catheterismo dilatador de vez em quando. Mas, o aperto tornava-se cada vez mais forte, permittindo, por fim, só difficilmente a passagem aos liquidos e ultimamente nem estes eram consentidos.

Foram feitas olivas especiaes para a sondagem, mas nem com essas o catheterismo era já possivel. Tendo assim decorrido um anno com este tratamento, sujeitou-se emfim á operação para o que entrou para o hospital, sendo recebido na enfermaria n.º 1.

*Exame do doente.* — O aspecto physico do doente é perfeitamente o de uma pessoa sujeita a privações consideraveis: magreza accentuadissima (tem pelle sobre o osso), rosto pallido, emaciado e cheio de rugas, andar titubeante. Havia já dois mezes que se encontrava n'um completo estado de inanição, pois só muito difficilmente podia passar uma pequena quantidade de leite.

Observando-o no momento da ingestão d'algun leite, notei que, em seguida á ingestão do

liquido, o doente fazia depois varias deglutições em secco, acabando por regorgital-o. Este leite regorgitado tomava uma côr escura e tinha um cheiro intoleravel, bem como o halito do doente.

A palpação não revelava absolutamente nada de anormal.

A auscultação do esophago ao nivel da porção thoraxica pela altura da 7.<sup>a</sup> vertebra dava um ruido especial devido á queda do liquido, que se fizesse deglutir, sobre outro que já lá estivesse.

O catheterismo feito por meio d'uma haste metallica, flexivel, munida d'uma oliva com 8 millimetros de diametro (dilatador esophagico de Collin) revelava um obstaculo situado proximo da terminação do esophago e que foi impossivel transpôr. Retirado o cathéter, trazia uma massa esbranquiçada, cheirando mal.

*Diagnostic.* — Não parecia restar duvida sobre a natureza do aperto, attendendo á dysphagia progressiva e constanté, á idade do doente, á ausencia de quaesquer outras causas de apertos, (por ex.: ingestão de liquidos queimantes, substancias corrosivas, etc.), ao cheiro particular do halito, á cachexia e aos dados fornecidos pelo catheterismo. Effectivamente, a gastrotomia fez esta confirmação.

*Tratamento.* — Em virtude do estado de depressão em que se encontrava o doente, que já se não podia alimentar ha muito, foram-lhe mi-

nistrados uns clysteres alimentares e umas injeções de sôro artificial. Assim se levantou um pouco o seu estado geral, preparando-se o doente para a gastrostomia, que foi effectuada no dia 1 de Dezembro pelo illustre clinico Dr. Franchini, auxiliado pelos Srs. Drs. Forbes Costa e Couto Soares. A operação foi feita n'uma só sessão e, abrindo-se o estomago, notou-se que a dysphagia era effectivamente devida a um cancro, que tomava toda a região do cardia obturando por completo o esophago. Já tinha invadido as partes visinhas: diaphragma, estomago, etc. A operação correu admiravelmente e, estabelecida a fistula pela qual se alimentava o doente, este melhorou extraordinariamente nos quatro dias seguintes. O leite era muito bem tolerado, mesmo em grande quantidade; via-se o doente nutrir dia a dia. Porém, de noite, de 5 para o dia 6, quando nada o fazia suppôr, succumbiu. Parece que uma perfuração do esophago seguida de mediastinite foram a causa da morte.

## II

A. F., natural de Felgueiras, de 28 annos de idade, casado, jornaleiro, deu entrada no Hospital de Santo Antonio, no dia 2 de Dezembro de 1905, sendo recolhido na sala de Clinica Medica da Escola, onde me foi distribuido.

Entrára queixando-se de dysphagia.

*Antecedentes hereditarios.*— Seu pae morreu em edade avançada de enfermidade desconhecida do doente. Era saudavel e algum tanto alcoolico.

Sua mãe é robusta, um pouco gaga; foi sempre saudavel. Irmãs lymphaticas, porém, nunca estiveram doentes. Um irmão morreu tuberculoso e outro de doença desconhecida.

*Antecedentes pessoases.*— Teve, ha cerca de dois annos, o sarampo, que o deixou muito fraco, sendo depois d'essa doença que lhe sobreveio a dysphagia.

A não ser ligeiras dôres de cabeça e alguns ligeiros ataques de influenza, nunca teve outras doenças.

*Historia da doença.*— Há dois annos, depois do ataque de sarampo de que fallamos, ficou muito fraco e, passado um mez, na occasião em que andava a trabalhar, como sentisse sede, foi beber agua fria a uma fonte. No acto da deglutição sobreveio-lhe uma angustia, um estado de suffocação, como se de repente lhe apertassem fortemente a garganta, o que o obrigou logo a rejeitar a agua. Fazendo novas tentativas, só conseguiu passado tempo que ella passasse mas, ainda assim, só aos goles. Vindo para casa e chegada a hora da ceia, notou igualmente difficuldade em deglutir os alimentos. Mas, estes passavam, ainda assim, melhor do que o vinho

ou agua fria (dizia que, se aquecesse a agua, ella era melhor deglutida).

Esta difficuldade na deglutição durou-lhe cerca de oito dias. Desapparecera e, decorrido um anno sem que a tornasse a sentir, estando um dia a jantar em casa d'uns seus parentes, no momento em que engulia um bocado e quasi no fim da refeição, notou que este foi detido de repente, voltando novamente a ter essa sensação que tivera, havia um anno. Parecia-lhe que lhe apertavam o pescoço (era a sua comparação).

Quasi suffocado, lançou logo fóra a comida, visto que todos os resultados para a fazer caminhar resultavam improficuos. Tentou continuar a sua refeição, mas a tentativa teve mau exito; nova paragem, nova angustia e teve de desistir.

N'esta occasião andava tambem muito fraco, devido ao excesso de trabalho e á fraca alimentação que tinha, pois tudo lhe aborrecia. Desde então, não cessou de manifestar-se esta dysphagia. Havia occasião em que deglutia perfeitamente liquidos e solidos, outras em que, no começo ou no meio das refeições, lhe sobrevinha novamente a constricção e quasi sempre não podia acabar essa refeição.

Quando andava triste e aborrecido, aggravava-se-lhe este padecimento e a vista dos alimentos, ás vezes, encommodava-o porque, segundo affirmava, era o sufficiente, em muitas occa-

siões, para lhe despertar aquella sensação de constricção ao nível da parte superior do sterno. Quando experimentava essa sensação, era inutil procurar comer, porque não o conseguia apesar de todos os esforços. Notava ainda que, quando fazia mal a mastigação e o bolo alimentar ia asperoso, provocava-lhe logo o espasmo e a regurgitação, conseguindo comtudo, algumas vezes, depois de fazer bem a mastigação, engulil-o então.

*Exame do doente.*—E' um homem robusto, mas que chegou ao hospital n'um estado de depressão moral accentuada. Julgava-se incuravel e perdido, visto que havia peorado consideravelmente. Examinando os differentesapparelhos e procurando os symptomas da histeria, não os accusava. Notei, comtudo, um grao accentuado de anesthesia pharyngea; o doente permitia titillar-lhe a uvula e sem que isso despertasse o menor reflexo. Parece um hypochondriaco, exalta-se facilmente e é muito irrascivel, a julgar-se pelo que diz. Conservou-se a leite durante alguns dias, o qual deglutia só aos goles, não podendo fazel-o d'uma maneira continua. Porém, decorridos oito dias, foi-lhe retirada a dieta e permittido comer. Umaz vezes fazia-o regularmente, tendo comtudo o cuidado de mastigar muito bem a comida e, ás vezes, beber conjunctamente. Outras vezes, sobrevinha-lhe a constricção e então viamos o doente regorgitar a

comida. Não sentia dôr alguma; apenas, no momento em que sobrevinha o espasmo, este despertava-lhe então a sensação afflictiva de constrictão na parte superior do sterno. Sondado, pela primeira vez, pelo illustre professor de clinica medica e depois, durante vinte dias; por mim, notei-lhe o seguinte:

Tomando uma sonda de calibre medio e introduzindo-a, ella parava um instante na parte superior do esophago; havia uma constrictão espasmodica, que nem sempre se apresentava. Mas, premindo docemente a sonda, ella avançava para ser novamente sustida na parte inferior do esophago, talvez ao nivel do cardia.

Ainda sem augmentar a pressão da sonda, mas, mantendo-a durante algum tempo applicada contra o obstaculo, este desaparecia, deixando a sonda seguir o seu caminho. Continuando a empregar sondas de calibre maior, experimentava-se ás vezes menos difficuldade em introduzil-as do que com as de calibre inferior.

Se, depois de chegados, por exemplo, ao numero 14, voltassemos a introduzir uma outra de calibre inferior, sentia-se agora difficuldade em fazel-a passar, quando, ainda ha pouco, esta mesma havia atravessado facilmente o canal. Uma dada sonda, que passava bem n'um dia, no dia seguinte, muitas vezes, só podia avançar depois de applicada durante algum tempo sobre o obstaculo.

A palpação e os outros methodos de exploração do esophago não revelavam nada.

*Diagnostico.*— Por todos os dados obtidos, não resta duvida de que estamos em presença d'um aperto espasmodico. A maneira subita como a doença começou, a dysphagia intermitente e em relação com o estado moral do doente, o facto de sondas, que hoje passam facilmente, ámanhã serem detidas e, ás vezes, em pontos differentes, a não existencia de aperto organico, (porque então as sondas seriam sempre detidas no mesmo ponto e não o transporiam se fossem volumosas) e, sobretudo, a ausencia de qualquer causa que podesse originar um aperto cicatricial, bem como a idade do doente, que fazia excluir o carcinoma, fazem firmar o diagnostico de espasmo do esophago.

*Tratamento.*— O nosso doente soffreu apenas o catheterismo durante uns quinze dias, retirando-se melhorado.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia** — A fibra estriada não é exclusiva da vida animal.

**Histologia** — Os tumores caracterizam-se pelas suas cellulas.

**Physiologia** — Os nervos são infatigaveis.

**Materia medica** — Não ha classificação pharmacologica satisfatoria.

**Anatomia pathologica** — As suppurações podem ser produzidas sem intervenção de microbios.

**Pathologia geral** — A infecção é uma intoxicação.

**Hygiene** — Não sou de opinião favoravel ao espartilho.

**Medicina operatoria** — Nos apertos cancerosos do esophago o tratamento que mais beneficia o doente é a gastrostomia precoce.

**Pathologia cirurgica** — Em face d'uma osteite tuberculosa com complicações pulmonares adiantadas não intervenho.

**Pathologia medica** — O alcool em excesso predispõe á tuberculose.

**Obstetricia** — As hemorragias do ultimo mez da gravidez significam uma inserção viciosa da placenta.

**Medicina legal** — A virgindade da mulher não consiste na integridade do hymen.

---

Visto,

*Dias Almeida.*

Presidente.

Pode imprimir-se,

*Moraes Caldas.*

Director.

# ERRATAS

Pag.	Linhas	Onde se lê:	Leia-se:
33	22	Dupouchelle	Duponchelle
49	28	Zuirmermann	Zimmermann
50	2	Bairol	Barral
51	13	Troidier	Troisier
53	13	Behix	Behier
54	15	Schrschman	Schaschman
54	21	Brans	Braus
56	14	Follui	Follin
56	26	Buimer	Birmer
57	12	Subiuski	Subuiski
58	16	Vallux	Valleix
58	17	Follui	Follin
61	15	Mondnic	Mondiere