

II

João Lourenço da Fonseca

N.º 241

3

Estenoses do Esófago

(A propósito de um caso clínico)

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

ABRIL DE 1926

218/2 FMP

————— 1926 —————
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
————— PORTO —————

Estenoses do Esófago

(A propósito de um caso clínico)

N.º 241

João Lourenço da Fonseca

Estenoses do Esófago

(A propósito de um caso clínico)

Tese de doutoramento apresentada

à Faculdade de Medicina do Porto

ABRIL DE 1926

— 1926 —

IMPRENSA NACIONAL

— de Jaime Vasconcelos —

204, Rua José Falcão, 206

— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

Prof. Alfredo de Magalhães

SECRETÁRIO

Prof. Hernâni Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE


Professores Ordinários

Higiene	Prof. João Lopes da Silva Martins Júnior
Patologia geral	Prof. Alberto Pereira Pinto de Agular
Patologia cirúrgica	Prof. Carlos Alberto de Lima
Dermatologia e sifillografia	Prof. Luís de Freitas Viegas
Terapêutica geral	Prof. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia patológica	Prof. António Joaquim de Sousa Júnior
Clínica médica	Prof. Tiago Augusto de Almeida
Anatomia descritiva	Prof. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clínica cirúrgica	Prof. Álvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria	Prof. António de Sousa Magalhães Lemos
Medicina legal	Prof. Manuel Lourenço Gomes
Histologia e embriologia	Prof. Abel de Lima Salazar
Pediatria	Prof. António de Almeida Garrett
Patologia médica	Prof. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doenças infecções	Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia cirúrgica	Prof. Hernâni Bastos Monteiro
Clínica obstétrica	Prof. Manuel António de Moraes Frias
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Vaga
História de medicina e dentologia	Vaga

Professores Jubilados

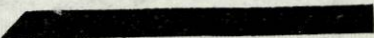
Prof. Pedro Augusto Dias

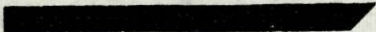
Prof. Augusto Henriques de Almeida Brandão



À memória do meu saudoso
e sempre chorado Pai

*Por mais que o tempo passe nunca posso
esquecer o que vos devo.*






À memória dos meus Maiores


Dr. Agostinho Albano da Silveira Pinto

Primeiro director efectivo da Régia Escola
de Cirurgia do Pôrto



Dr. José Pereira Reis

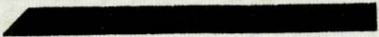
Primeiro professor por concurso da Régia Escola
de Cirurgia do Pôrto



A meu avô

Dr. Francisco de Paula Albano da Silveira Pinto

*Que o vosso exemplo de abnegação e tra-
balho sirva de guia à minha vida.*



À minha querida Mãe

*Nunca poderei esquecer quanto por mim
tendes feito. Se cheguei a atingir êste grau
a vós pertence uma boa parcela.*



A minhas Irmãs

Pelo amor que sempre nos ligou.

A ti Maria

e aos nossos

Jonjon e Marito

Uno-vos a todos num só abraço.

A meu Padrasto

*Os meus agradecimentos por tudo que
me tendes feito.*

A meus Sógros

*Não vos poderei esquecer pela amisade
que sempre me tendes distinguido.*

A meus cunhados e cunhadas

A meus Tios

A meus primos

A meu primo

Francisco Moreira da Cunha

*Pelos esforços que tendes empregado para
me ser útil os meus agradecimentos.*

Ao Excelentíssimo Senhor

Emídio Pereira do Vale

Que fique aqui exarado os meus agradecimentos, por tudo que por mim tendes trabalhado.

Ao Excelentíssimo e Reverendíssimo

Mgr. José de Sousa Vinhós

Ainda me não esqueci nem esquecerei da amizade com que sempre me distinguisteis.

Ao Ex.^{mo} e Rev.^{mo}

P.^e Eduardo Nogueira

Sempre vos serei reconhecido.

Ao Dr. Fernando Fernandes

Pelo vosso valioso auxílio o meu reconhecimento.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Sousa Feiteira

*Pela protecção que me tendes dispensado,
a minha gratidão e agradecimento.*

Aos meus discípulos

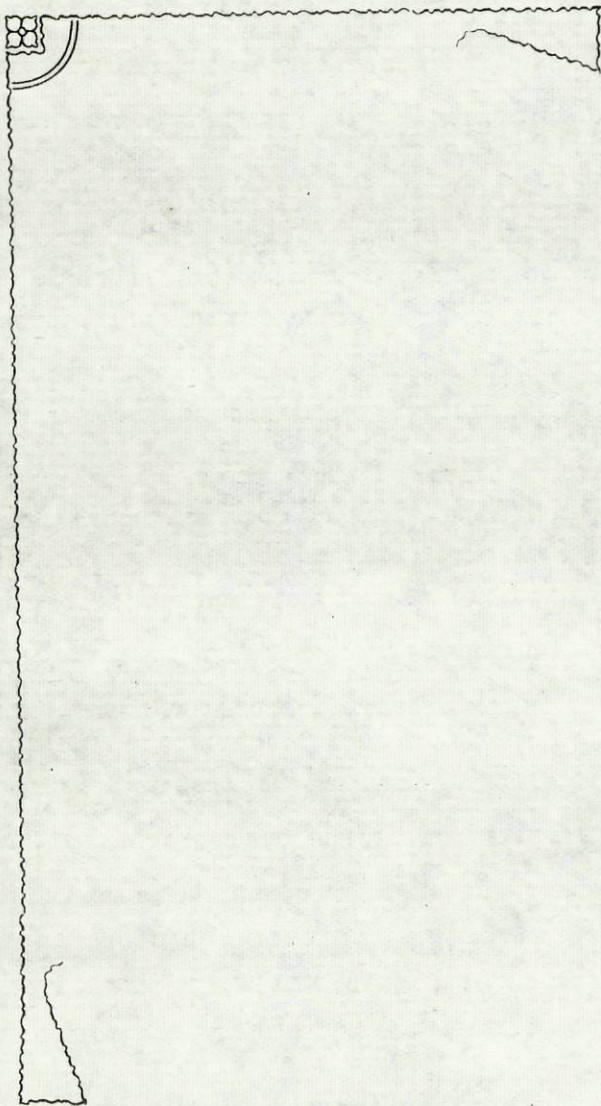
Ào Ilustre Corpo Docente
da
Faculdade de Medicina do Pôrto

Ào meu Ilustre Presidente de Tese

EX.^{mo} SENHOR PROFESSOR

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

*Admiro-Vos como Mestre e como "O
Grande Amigo," dos seus alunos.
Homenagem de gratidão do mais obscuro
e agradecido dos Seus discípulos.*



*A medida das fôrças próprias sempre mingua-
das, fêz nascer no meu espírito a confusão e o re-
ceio, ao pretender cumprir o preceito regulamentar
que me obriga a apresentar um trabalho a que
por convenção se chamou tese de doutoramento.*

*Ora sendo eu obrigado a cumprir com êste
preceito da lei, encontro-me deveras embaraçado,
pela escolha do assunto, pois é tão difícil arrancar
do meio de tantas dificuldades que a medicina me
apresenta, um tema que seja compatível com o meu
parco saber. Eis o primeiro escôlho que se me de-
pára ao encetar esta vida que quem sabe tantos
dissabôres me acarretará!...*

*Mas como a feição do homem é lutar, come-
cemos pois o degladiar da minha nova existência
apresentando um trabalho, não original porque*

para isso me faltaria tudo, mas a expressão mais simples que uma tese pode oferecer: a apresentação dum caso clínico.

O assunto que se me ofereceu "estenoses do esófago" pareceu-me interessante, dada a modalidade de etiologia do caso e pena é que as minhas débéis faculdades intellectuais e o pouco tempo que disponho não permitissem dar-lhe o realce que o seu valor exigia. Certo porém de que à sólida illustração anda sempre aliada a generosa benevolência, eu nela confio e será a atenuante da ousadia do meu humilde e despretencioso trabalho.

Sumário

OBSERVAÇÃO DA DOENTE.

ANATOMIA DO ESÓFAGO.

FISIOLOGIA NORMAL DO ESÓFAGO.

PATOGENIA DAS ESTENOSES.

a) estenoses orgânicas { por retracção cicatricial
 { por compressão

b) estenoses funcionais { sintomáticas
 { idiopáticas
 { simpáticas ou reflexas

DIAGNÓSTICO DA DOENTE E SUA DISCUSSÃO.

PROGNÓSTICO.

TRATAMENTO.

CONCLUSÕES.

Doente, M. A. C. Idade, 18 anos. Estado, solteira. Profissão, lavradeira.

Entrou a 27 de Fevereiro de 1926.

Saiu a 5 de Março de 1926.

Diagnóstico

Estenose espasmódica do esófago.

Observação da doente

História progressa

Refere a doente que há cêrca de um ano e meio numa ocasião em que jantava, sentiu subitamente dificuldades na deglutição, dificuldades estas que se teem mantido com algumas intermitências. A alimentação tornou-se difícil, e até por vezes impossível donde resultou começar a emmagrecer e a sentir-se sem fôrças; o menor esforço a fazia cansar, e se às vezes persistia um pouco mais em qualquer serviço, era assaltada duma dispneia que a obrigava logo a imobilizar-se.

Nestas circunstâncias procurou um médico que a aconselhou a fazer uma radiografia do seu tubo digestivo, para discernir a causa da impermeabilidade do mesmo.

Antecedentes pessoais

Não refere qualquer doença aguda anterior.

Recorda-se sómente que lhe incharam os pés e mãos quando era criança, tendo cêrca de seis anos, mas que a dieta láctea foi o suficiente para a fazer regressar de novo ao estado hígido.

Ultimamente há cêrca de um ano e tal tem sentido uma aflição que de repente lhe aparece, oprimindo-lhe a garganta, quási que a impedindo de falar.

Êste estado de opressão em que a doente se encontrava a inibia de comer, pois tudo que ingeria, vomitava. Como começasse a emmagrecer muito foi alimentada algum tempo por clisteres compostos de leite e gêmas de ovo.

Nestas ocasiões como que sente um estado nauseoso, provoca o vômito o qual é constituido por uma aguadilha, a saída da qual lhe proporciona um bem estar relativo, mas pouco duradouro.

Tinha por hábito beber aguardente em jejum, mas já abandonou êsse vício porque sentiu que a prejudicava.

Quando a contrariam, toda se inerva e às vezes sente vontade de chorar ou rir sem contudo haver causas para isso.

Não pode lêr ou ouvir lêr uma carta de pessoa

ausente, pois que imediatamente se põe a chorar (emotividade fácil).

Antecedentes hereditários

Os pais atreitos de nervosia (sic) são portadores de padecimentos que a doente não sabe bem especificar.

Quanto ao pai, diz que sofre do estômago, anda sempre irritado por motivos fúteis, preferindo estar sosinho e se alguêm se dirige a êle quasi que o descompõe sem que para isso haja razão ou motivo.

A mãe sofre do ventre, não podendo pelos informes fornecidos classificar nosológicamente a doença e é também muito nervosa.

Teve dois ou três abôrtos e cinco filhos um dos quais sofre de asma e outro de bronquite. Os restantes são saudáveis. Tem uma tia que é muito nervosa, dando-lhe às vezes ataques que a família filia no seu nervoso.

Sintomatologia actual

Sintomas gerais.— O que logo impressiona na nossa doente à simples inspecção é o seu emmagrecimento muito acentuado, a anemia de pele e mucosas, o que dá à doente uma côr pálida e macilenta.

Quanto a anomalias apresenta uma escoliose dorso-lombar de concavidade direita não muito acentuada.

No que diz respeito à antropometria é de estatura regular.

A cabeça, tórax, abdómen e membros são de conformação normal, não tendo a pele qualquer discromia, cicatrís ou tatuagem a que se tenha de fazer referência.

Pela palpação verificamos uma micropoliadenia nas regiões de exploração, acentuando-se mais nas regiões inguinal e cervical aonde os gânglios são livres, rolam sob os dedos com facilidade, não estando aderentes à pele nem aos tecidos subjacentes.

A pele é sêca e descamativa por sítios, principalmente na face anterior do tórax e abdómen, aonde existe uma verdadeira descamação furfurácea.

A voz um pouco apagada não se ouve muitas vezes, porque a doente é pouco comunicativa. Qualquer serviço a faz cansar, o subir umas escadas são o suficiente para que a doente sinta como que uma opressão dentro do peito, não a deixando respirar e parece que o coração lhe quer saltar fóra do seu sítio (sic). Durante a estada no hospital tem-se conservado apirética, e apirética tinha entrado.

Apparelho digestivo

Acusa eructações com mau gôsto quasi constantemente; durante as refeições sente muitas vezes como que um obstáculo que impede a passagem da comida, vendo-se então obrigada a vomitar.

Esta impossibilidade de deglutição repete-se no mesmo dia e às vezes dias sucessivos, não a deixando alimentar.

O apetite está conservado, mas não obstante os seus males a inibem de comer, e se persiste, vomita.

Às vezes o vômito é constituído por uma aguadilha muito amarga.

Outras vezes ingere os alimentos sem grande dificuldade, tem ocasiões mesmo em que não pode engulir, mas teima e depois de alguns vômitos sente passar a comida ao estômago, seguindo o resto da refeição sem dificuldade. Desde que está internada sob tratamento e a dieta láctea consegue ingerir o leite sem custo. A língua está um pouco saburrosa mas húmida.

Quando consegue alimentar-se faz bem as digestões, e não sente afrontamento nem asia após as refeições.

Acusa uma obstipação um pouco acentuada de dois dias, sendo as dejeções a mais das vezes

de fezes muito duras, outras vezes mesmo em forma de sibalas. O ventre está um pouco retraído é indolor à palpação excepto no ponto epigástrico aonde há um pouco de dôr. Há um ligeiro gurgulejo dos colones ascendente e descendente, o fígado é impalpável, dando os sinais percutórios uma altura que vai da quinta costela ao rebordo costal na linha mamilar.

O baço é impalpável, e a percussão dá um tamanho normal.

Apparelho cárdio-vascular

Pulso pequeno rítmico hipotenso e um pouco taquicárdico cêrca de oitenta pulsações por minuto, tanto na radial direita como na esquerda, tomadas simultaneamente. Há uma ligeira dissociação esfígmio-térmica, pois que para uma temperatura de $36^{\circ},5$ há um número de pulsações de cêrca de 80.

As tensões dadas pelo oscilamento de Pachon na humeral direita, foram respectivamente $T_M = 12$, $t_m = 6,5$ e $I_o = 3$.

O choque da ponta visível é palpável no iv espaço inter-costal um centímetro para dentro da linha mamilar.

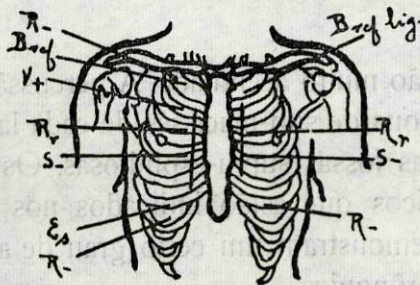
Ruidos cardíacos são duros em todos os focos, estando o 2.º aórtico batido e o 1.º um pouco ensurdecido.

Reflexo oculo-cardíaco positivo com uma diminuição de oito pulsações por minuto, hipotensão e diminuição de amplitude do pulso, sintetizando o síndrome vagotónico. O trabalho do coração pela fórmula de Amblard para o menor número de pulsações é:

$$T_{rc} = \frac{(T_M - t_m) \times p}{\frac{T_M}{t_m}} = \frac{5.5 \times 80}{1,846} = 238.$$

Aparelho respiratório

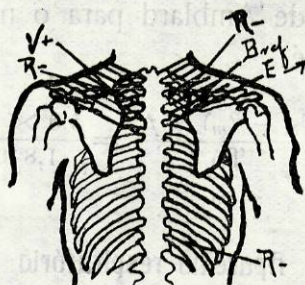
Acusa uma dispneia de esforço, os movimentos respiratórios são pouco amplos, contudo nota-



H. F. C. — Esquema pulmonar

-se nas excursões torácicas uma certa maleabilidade não se elevando o tórax em massa como às vezes acontece. À inspeção o tórax apresenta bem evi-

denciada a sua parte esquelética, tendo o ângulo de Luis saliente. As fossetas de Morenheim estão um pouco escavadas e nota-se uma rêde venosa



M.R.C. - Esquema pulmonar

torácica não muito acentuada. A percussão evidenciava uma zona de sub-macissês de cada lado do esterno e nas fossas supra-espinhosas. Os sinais estetocústicos que estão indicados nos esquemas anexos, demonstram um certo grau de adenopatia traqueio-brônquica.

Aparelho gênito-urinário

Foi menstruada aos treze anos pela primeira vez, tendo sido desde essa data sempre regular.

Há cerca de três meses que está amenorreica,

devido, possivelmente à fraqueza em que se encontra. Com uma diurèse regular, cêrca de 1500 grammas não acusa dôres à pressão nos pontos piello-ureterais. Feito o exame da urina que vai anexo, se vê que os rins desempenham bem as suas funções, não estando nenhuma delas perturbada.

Sistema nervoso

Acusa às vezes umas leves cefaleias não periódicas.

Não há alterações das sensibilidades gerais, superficiais e profundas, a todos os agentes de excitação, (calor, frio, pressão, dôr, diapasão).

Não há perturbações de visão, do gôsto de olfato nem do paladar, o campo visual está ligeiramente apertado.

Tem uma acentuada hipoestesia faríngea do veu do paladar e da base da língua.

O toque destas regiões com um papel não provoca reflexo vomitivo.

Tem anestesia dos pontos ováricos e hipoestesia muito acentuada dos pontos epigástrico, solar e frénicos.

Anestesia quási completa das glândulas mamárias e completa dos mamilos.

Não há Pitres.

Reflexibilidade

REFLEXOS NORMAIS:

Membros inferiores: REFLEXOS TENDINOSOS.

Reflexos patelares	}	Direito — levemente exagerado.
		Esquerdo — exagerado e brusco.

Reflexos aquilianos	}	Direito — muito exagerado e policinético.
		Esquerdo — um pouco exagerado.

Reflexos dos adutores — normais.

Membros superiores:

Reflexos olecranianos — normais.

Reflexos dos flexores	}	Direito — diminuído.
		Esquerdo — normal.

Reflexos radiais — diminuídos.

Reflexos cubitais — diminuídos.

REFLEXOS CUTÂNEOS:

Reflexo cutâneo-plantares — abolidos.

Reflexos cutâneo abdominais — levemente exagerados.

REFLEXOS ANORMAIS:

Reflexo de Openheim — Bilateralmente positivo e em leque, mais acentuado à esquerda.

Reflexo de Gordon — Bilateralmente positivo e em leque.

Dança da rótula — negativa.

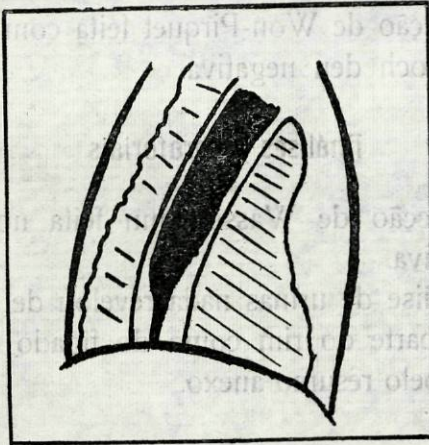
Trémulo epileptoide do pé — negativo.

As pupilas reagem bem à luz e à distância.

Signal de Romberg — negativo.

Não há discromatopsia.

Verificamos com as lãs de Holmgreen, havendo algumas faltas na denominação das côres, mas eram devidas mais à falta de determinação que propriamente a discromatopsia.



M. A. C. — Decalque Radiografico

Exame radiográfico do esófago

O exame que foi feito à doente revelou uma estenose baixamente situada, quási justa-cardíaca como demonstra o decalque radiográfico anexo.

O esófago não apresenta nenhuma dilatação acima do obstáculo é sensivelmente cilíndrico e regular.

A estenose é completa não deixando passar além, nenhuma parcela da pasta baritada.

Reacção de Won-Pirquet

A reacção de Won-Pirquet feita com tuberculina de Koch deu negativa.

Análises laboratoriais

A reacção de Wassermann feita no sangue deu negativa.

A análise de urinas nada revelou de anormal, tanto da parte do rim como do fígado como se pode ver pelo resumo anexo.

Análise de urinas

Volume	1,500 ^{cc}
Côr	amarela
Aspecto	turvo

Depósito	pequeno
Cheiro.	normal
Consistência.	fluida
Reacção	ácida
Densidade a 15°	1,0109

Raras células das vias génito-urinárias e raros leucocitos.

Elementos normais

	Normal	Doente
Ureia	20,952 por litro	20,304 por litro
Acido úrico	0,608 ”	0,872 ”
Urobilina	0,100 ”	0,100 ”
Cloreto de sódio.	9,964 ”	9,126 ”

Elementos anormais

Albumina.	leves vestígios
Glucose	nula
Pigmentos biliares	nulos
Acidos biliares	nulos
Indican	pouco abundante

Resultados e conclusões

Pelo rápido exame a este quadro nota-se logo a normalidade destas urinas, o que vem demonstrar que tanto o rim como o fígado trabalham bem.

Anatomia do esófago

O esófago é um canal músculo-membranoso tenso entre a faringe e o estômago, atravessando sucessivamente o pescoço, o tórax, o diafragma e vem terminar no abdômen.

Dimensões. — O seu comprimento total é de vinte a vinte e cinco centímetros no adulto segundo Jonesco e nas crianças não atinge mais de nove centímetros. Quanto à sua largura é inteiramente variável segundo as regiões. O esófago parece achatado de diante para trás na sua porção cervical e é mais ou menos aberto na sua porção torácica. Apresenta três apertos fisiológicos com três dilatações fusiformes intermediárias. Êstes apertos são na sua origem, na bifurcação da traqueia e emfim à passagem no diafragma.

Tillaux, Mouton Rauber e Mickuliez vêem na entrada do esôfago o apêrto o mais importante, porque a êste nível dizem êles é quási completamente fechado.

Orifício superior.— Está a uma distância das arcadas dentárias de cêrca de quinze centímetros, e como veremos, conhecida esta distância é fácil diagnosticar a que altura está um apêrto por meio do cateterismo.

Direcção.— A direcção do esôfago é variável segundo os indivíduos (L. Sincert).

Fortemente desviado para a esquerda parece descrever a partir da sua entrada no tórax uma curva a grande raio com concavidade dirigida para a esquerda.

Relações do esôfago

Relações ao nível do pescoço.— O esôfago é um órgão mole móvel e fácilmente deslocável. Por isso o veremos nós muitas vezes em caso de tumor das regiões que êle atravessa, deslocado antes que comprimido. Apresenta a estudar relações ao nível das porções cervical, torácica, diafragmática e abdominal.

Porção cervical.—Está compreendida entre o corpo da 6.^a vértebra cervical e o bordo superior da 2.^a vértebra dorsal. Está situado entre a traqueia para diante, a coluna vertebral tapetada dos músculos prevertebrais para trás. Os lobos do corpo tiroideu e as lâminas aponevróticas, o separam das carótidas primitivas; lateralmente o flanco esquerdo do esófago a descoberto, afecta relações íntimas com o nervo recorrente esquerdo, a artéria tiroideia inferior, e o flanco direito é recoberto e occulto pela traqueia.

Porção torácica.—Está compreendida entre a 2.^a vértebra dorsal e a 7.^a. O esófago está no mediastino posterior, profundamente situado. As relações as mais interessantes a êste nível são as seguintes:

Para diante é recoberto pela traqueia, depois pelo pericárdio. Para trás repousa a princípio sôbre a coluna vertebral até à 4.^a vértebra dorsal, destaca-se dela e se dirige para diante e passa no meio dos órgãos que ocupam o mediastino posterior. A crossa da aorta que segue a seu lado, repele-o para a direita.

Segue o flanco direito da aorta torácica depois passa sôbre a face anterior do vaso e depois segue o seu flanco esquerdo. Estas relações íntimas com a aorta são muito importantes a conhecer para o

médico porque elas explicam as perturbações esofágicas no curso do aneurisma dêste vaso.

Porção diafragmática.—O esófago adere a êste nível ao canal muscular diafragmático.

Porção abdominal.—O esófago corresponde à face superior do ligamento triangular esquerdo e à face inferior do lobo esquerdo do fígado. Para trás está em relação com o pilar esquerdo do diafragma no ângulo que forma êste com a aorta abdominal. À esquerda corresponde ao diafragma à base do ligamento triangular esquerdo e à grande tuberosidade do estômago.

Estrutura.—A parede do esófago tem cêrca de dois milímetros de espessura e é formada por três túnicas ou camadas.

A camada muscular tem três assentadas, a superficial é formada por fibras lisas longitudinais, a média por fibras lisas circulares e a interna por novas fibras lisas longitudinais. Esta última não existe se não no terço superior do esófago.

A mucosa é muito rósea, unida à musculosa por uma túnica sub-mucosa. Uma linha dentada a separa da mucosa gástrica. O epitélio é pavimentoso estratificado.

Fisiologia normal do esófago

Seu papel na deglutição.—O esófago conduz os alimentos da faringe ao estômago. O bôlo alimentar progride no canal, graças à contracção peristáltica dêste último. Esta está sob a dependência do sistema nervoso. O peristaltismo nasceria duma excitação sucessiva das fibras do vago pelo próprio bôlo (excitação reflexa). O ponto de partida da onda esofágica é um reflexo faríngeo (Chauveau). O movimento de deglutição é indispensável para que as contracções esofágicas comecem, o esófago sendo incapaz de se contrair por si próprio. Uma excitação ou paralisia do vago pode conduzir perturbações nos fenómenos de deglutição. Êste movimento do bôlo alimentar no esófago é submetido igualmente à influência de causas secundárias; série de aspirações e de compressões

da parte do tórax (Gombaux). O esófago parece passivo para a deglutição dos líquidos.

Reflexos esofágicos: Reflexo esófago-salivar

Desde que um corpo estranho se detem no esófago um fluxo de líquido salivar se produz. Êste líquido conduz movimentos de deglutição segundo Roger e Carnot, que são o ponto de partida de movimentos esofágicos, a contracção primordial da faringe sendo indispensável para a consecutiva do esófago. Êste reflexo esófago-salivar está sob a dependência do pneumogástrico, e apresenta uma certa importância em patologia. Antony mostrou que a sialorreia é muito frequente no cancro do esófago, possivelmente, por o aperto canceroso reagir sobre a mucosa esofágica, provocando o reflexo esófago-salivar.

Reflexo esófago-lacrimonal

Carnot notou a secreção exagerada das lágrimas na introdução esofágica da sonda, para se proceder ao cateterismo. Êste exagero de secreção lacrimonal coincide com a secreção salivar e cessa com ela. Êste reflexo é mais inconstante que o precedente.

Carnot teria enfim encontrado uma hipersecreção nasal mais inconstante ainda.

Esboço histórico das estenoses esofágicas

Hipócrates não fala senão na dispagia convulsa que acompanha o tétano; observou em dois doentes a expirar que regeitavam as bebidas pelo nariz (*convulsis enim pharingis et esofagi musculis*) (libr. III De morbis cap. XII). É sómente no século XVIII que Frédéric Hoffmann fêz as primeiras pesquisas precisas sôbre as doenças espasmódicas do esófago (*De morbis œsophagi spasmodicis opera omnia*). Depois um grande número de autores tem publicado casos ou memórias sôbre êste assunto. Os trabalhos de Mondière (*Recherche sur l'œsophagisme ou spasme de l'œsophage*) Archives générales de Medecine são os mais importantes que se tem publicado sôbre a matéria.

Os seus sucessores pouco ou nada tem acrescentado.

Etio-patogenia das estenoses

A estenose do esôfago é um síndrome clínico caracterizado anatômicamente por uma diminuição de calibre do canal esofágico e clinicamente pela disfagia e pelos vômitos.

A estenose do esôfago reconhece várias ordens de causas: A mais das vezes ela é devida a lesões das paredes esofágicas, mas pode ainda ligar-se à presença de corpos estranhos ou ainda à compressão por tumores vizinhos tais como aneurismas aórticos, tumores do mediastino, adenopatias traqueo-brônquicas, pericardite com derrame, abscessos prevertebrais, etc.

Podemos dividir o grande grupo das estenoses esofágicas nos dois sub-grupos complementares:

a) ESTENOSES ORGANICAS.

b) ESTENOSES FUNCIONAIS.

a) A patogenia das *estenoses orgânicas* é fácil de compreender, pois que sendo constituídas pela *retracção cicatricial* e *pela compressão*, estas designações são suficientemente elucidativas para explicar o mecanismo destas estenoses.

b) Quanto às *estenoses funcionais* estas obedecem a um mecanismo diferente mais ou menos aclarado pela célebre teoria que o fisiologista alemão Goltz tentou estabelecer.

Para êste fisiologista tanto a contracção patológica ou espasmo como a contracção fisiológica do acto da deglutição estão sob a dependência do sistema nervoso.

Ora, segundo Meissner e Auerbach existem no esófago, como aliás em todo o tubo digestivo, plexos ganglionares, que presidem ao acto de deglutição e que estão em relação com o bolbo por nervos especialmente e pneumogástrico que serve de via centrífuga. O arco reflexo descrito por Goltz é assim constituído: plexos ganglionares, via centrípeta, bolbo, via centrífuga.

Para êste fisiologista a excitação feita pelo bôlo alimentar na periferia dos nervos sensitivos da mucosa esofágica é transmitida ao bolbo e reenviada pelos filetes centrífugos do nervo vago aos plexos ganglionares que determinam uma contracção peristáltica do esófago.

Uma acção directa sôbre o esófago ou a exci-

tação do nervo vago, produzem uma contracção da mesma natureza.

Segundo Goltz a acção do bolbo sôbre a musculatura do esôfago seria uma acção moderadora. Suprimindo esta influência por destruição do cerebro e da medula ou pela secção do nervo vago, o fisiologista alemão viu nas rãs uma contratura do esôfago e do estômago sobrevir e persistir durante algumas horas. Uma excitação muito forte sôbre outros nervos centrípetos doutra região como por exemplo os sciáticos, os nervos das ansas intestinais isoladas, etc., daria lugar ao mesmo fenómeno. Donde êle conclui que os plexos intrínsecos do esôfago a exemplo dos gânglios cardíacos sofrem pela influência bulbar uma diminuição de excitabilidade. Esta influência suprimida a excitabilidade dos plexos aumenta, a ponto de que excitações mínimas mesmo não perceptíveis bastam a tetanizar o músculo.

Com esta hipótese o espasmo do esôfago succedendo à irritação dos nervos periféricos se explicaria, se se admite que a impressão transmitida ao bolbo por êstes nervos tem por efeito diminuir a actividade do centro moderador hipotético de Goltz.

Pouco importa aliás sob o ponto de vista clínico, qualquer que seja o mecanismo preciso, que realisa a contracção do esôfago, a presença de

gânglios motores intrínsecos neste órgão, as suas relações com os centros nervosos por fibras centripetas e centrífugas, bastam para conceber a patogenia do espasmo. A excitação directa do canal esofágico actuando directamente sobre os plexos ou por intermédio das fibras sensitivas, pode determinar um *esofagismo sintomático*.

Perturbações na inervação do pneumogástrico ou dos seus ramos, uma influência transmitida ao bolbo pela irritação dos outros nervos sensíveis periféricos podem realizar o *esofagismo reflexo ou simpático*.

Emfim as influências morais diversas na histeria hipocondria, as paixões depressivas podem reagir directamente sobre a modalidade funcional dos centros bulbares e realizar o *esofagismo essencial ou idiopático*.

Estenoses orgânicas.— Compreendem as *estenoses por retracção cicatricial* e as *estenoses por compressão*.

A) A estrutura das estenoses por retracção cicatricial é a dum tecido fibroso de cicatriz que forma um anel mais ou menos apertado duma altura variável.

Causas diversas há, que ocasionam este tecido de cicatriz; uma vez é a ingestão propositada ou accidental de líquidos cáusticos, ou líquidos muito

quentes, dando lugar à esofagite mais ou menos aguda segundo as circunstâncias, e consecutivamente à retracção cicatricial.

Outras vezes é devido à ingestão de corpos estranhos que fazendo erosão na mucosa a sua reparação pode acarretar o apêrto. Ainda pode ser devida à abertura de abcessos sub-mucosos, cuja cicatrização estenose o canal. Os apêrtos podem ser consecutivos à úlcera simplex do esófago, à úlcera sífilítica, mas as mais das vezes em cêrca de 85 0/0 de casos, os apêrtos são devidos às neoplasias.

Nas estenoses orgânicas podemos ainda compreender a estenose congênita do esófago. Nesta afecção deve distinguir-se dois grupos de casos:

Um, em que o canal está completamente obliterado e a sua porção média está transformada em uma corda fibrosa; e o outro que é mais freqüente, em que a parte baixa dêste órgão se abre na traqueia ou em um dos brônquios.

A estenose cicatricial pode desenvolver-se em qualquer altura do esófago e nos casos extremos pode chegar a interessar o esófago inteiro, mas a mais das vezes está situada na parte alta, perto da faringe ou na parte baixa junto ao estômago. A estenose pode ser elevada a tal grau que não deixe passar a mais pequena parcela de alimento ou pode ser muito pouco pronunciada.

B) Nas êstenoses *por compressão de visinhança* o apêrto é a mais das vezes incompleto afecta uma forma variável, umas vezes é uma saliência diminuindo a luz do canal, outras vezes é o achatamento do esófago.

Ora estas estenoses por compressão podem ser ocasionadas por vários agentes.

Um aneurisma da aorta, gânglios linfáticos hipertrofiados, o engurgitamento do corpo tiroideu, tumores de localização mediastinal, um derrame pericárdico, abcessos prevertebrais, todos podem ser causadores da compressão e provocar a estenose. Nunca devemos pois esquecer que em face duma estenose esofágica, primeiro se deve estudar cuidadosamente o doente, para evitar que um cateterismo vá provocar a ruptura dum aneurisma, ou a perfuração do esófago, quando os agentes da estenose forem, quer a ectasia aórtica, quer o neoplasma esofágico.

O apêrto do esófago devido a uma lesão das paredes, pode localizar-se em um ponto qualquer, mas é mais freqüente ao nível dos pontos normalmente retraídos, isto é para trás da laringe e acima do cardia. Pode ser único, duplo ou múltiplo e o grau de estenose é variável.

Sintomatologia.— O apêrto do esófago dá lugar a *sintomas funcionais* e a *sinais físicos*.

1) Entre os sintomas funcionais o que primeiro aparece, é a perturbação da deglutição que se instala progressivamente como nos casos de estenoses cancerosas ou que principia bruscamente como no espasmo esofágico.

A perturbação da deglutição uma vez instalada, acentua-se cada vez mais e nos casos de estenoses orgânicas, acompanha-se duma dôr entre os hombros, atrás do esterno ou ao longo do pescoço. Durante um tempo variável algumas vezes bastante longo, a deglutição pode ainda fazer-se mas sob grandes esforços de mastigação, depois a deglutição dos sólidos ou dos alimentos semi-líquidos torna-se impossível e só a ingestão dos líquidos é permitida ao doente.

Esta disfagia provoca fenómenos de inanição, o doente emmagrece, e morre de fome se não vierem em seu auxílio. Quando a estenose é chegada a êste grau, o esófago sofre acima do obstáculo uma dilatação mais ou menos considerável devido à pressão exercida pelos alimentos sôbre as paredes e doutra parte, devido à diminuição de tonicidade de estas. Nesta bolsa acumulam-se os alimentos, aonde sofrem fermentações e a saliva deglutida. Esta acumulação provoca uma perturbação e uma opressão que não desaparecem senão pela saída destas matérias por regurgitação ou por vômitos.

Êstes vômitos produzem-se geralmente, logo

após a ingestão sem nenhum esforço do doente. São seguidos dum alívio muito apreciável, excepto na estenose cancerosa, onde as mucosidades se reproduzem constantemente.

Quando a dilatação esofágica é muito acentuada, podem observar-se fenómenos de compressão dos nervos recorrentes, dando perturbações da fonação e da respiração.

Pode ainda observar-se o soluço em consequência duma excitação do frénico pela ampola esofágica ou por a adenopatia cancerosa.

Sinais físicos. — Os sinais físicos são fornecidos pelo exame do esófago por meio do cateterismo da percussão, da auscultação, da radióscopia e da esófagoscopia.

O *cateterismo* pratica-se com uma sonda; esta é introduzida no esófago, com grande lentidão e suavidade, e uma vez a sonda detida no obstáculo, deve-se medir a distância que vai do seu tópo interno à arcada dentária superior, pois assim saberemos a que altura está o apêrto.

Medidas já estabelecidas nos elucidam sôbre estas distâncias. Assim quando a cabeça está em extensão forçada, o orifício superior do esófago segundo Morosoff, está a quinze centímetros dos incisivos superiores e a desassete centímetros dos mesmos incisivos quando a cabeça está na posição

normal. Corresponde exactamente ao corpo da sexta vértebra servical e para diante ao bôrdo inferior da cartilagem cricoide. O orifício inferior do esôfago está situado à esquerda da linha média, corresponde à décima ou décima primeira vértebra dorsal para trás. Para diante corresponde à extremidade interna da sétima cartilagem costal esquerda e do sexto espaço intercostal esquerdo, e está distanciado cêrca de 40 centímetros dos incisivos superiores na extensão forçada.

O cateterismo informa-nos da dureza do apêrto e permite-nos também saber se a estenose é única ou múltipla.

É freqüente nos apêrtos neoplásicos a sonda trazer um pouco de sangue, mesmo quando o cateterismo tem sido feito com a maior suavidade ou trazer restos de neoplasma que podem servir para exame microscópico.

Ainda o cateterismo nos pode elucidar se estamos em frente dum apêrto orgânico, ou se é um simples espasmo.

Neste caso, fazendo o cateterismo apoiado durante alguns minutos o obstáculo que impede a progressão da sonda, termina deixando-a ir por diante. Se é um apêrto orgânico, as sondas dum certo calibre não passam e as de menor passam sentindo-se um resalto ao tira-las, o que demonstra a permanência do orifício estenosado.

Percussão.—A percussão informa sôbre as dimensões de dilatação esofágica, e permite limitar uma zona sonora ao nível da bolsa, quando se tem feito ingerir ao doente uma mistura de ácido tartárico e bicabornato de soda.

Auscultação.—A auscultação permite ouvir ao nível do apêrto um ruído de glu-glu, enquanto o doente engole um pouco de líquido. Pode-se além disso constatar que o ruído produzido pela passagem do bôlo alimentar está atenuado abaixo do apêrto.

Radióscopia.—A radióscopia permite constatar o aumento da largura da sombra projectada pelo mediastino em virtude da distensão da bolsa esofágica, e ainda a que altura se encontra o apêrto.

Ora a prova radiográfica pode obter-se de três maneiras:

- 1) Pelo bismuto ou qualquer outro corpo opáco e impermeável ao Raio X em suspensão na água a 2 %;
- 2) Pela hóstia de bismuto;
- 3) Pela mastigação de pão e ingestão de leite de bismuto.

A prova de leite de bismuto convém sómente às estenoses apertadas. O pó de bismuto se depõe

e tapéta as paredes do esófago até à séde da estenose.

A prova da hóstia de bismuto mostra a sombra desta última detendo-se num ponto dado. Depois a hóstia sofre os movimentos rítmicos de ascensão e descida, movimentos esofágicos emfim, a mais das vezes ela se adelgaça, se fragmenta e franqueia lentamente a passagem apertada. Béclère, aconselha fazer engulir ao doente um bocado de pão bem mastigado, depois quando êle experimenta a sensação de detem do bôlo alimentar, faz-se-lhe ingerir, quer uma hóstia, quer leite de bismuto.

Chega-se assim a reconhecer os apêrtos baixo situados (abaixo do diafragma) a existência do espasmo ou de paresia do canal, a presença de divertículos.

Bertelotti recentemente propoz um método um pouco diferente, que consiste em fazer ingerir ao doente posto em posição e radioscopado, uma mistura efervescente.

Os gases produzidos refluem pelo cardia no esófago, cujo trajecto se desenha em claro sôbre o écran, contrastando assim com a opacidade do mediastino.

A imagem obtida permitiria apreciar a regularidade do canal, a existência de estenoses ou de compressões e emfim avaliar a elasticidade do mediastino.

Esófagoscopia. — A esófagoscopia permite com um aparelho especial diagnosticar qual a causa do apêrto, se cicatricial se cancerosa, se devida a uma compressão.

Seria o ideal fazer-se de início a esófagoscopia, mas não só é trabalho de especialista, como ainda não se pode fazer em indivíduos caquetisados quer por uma longa inanição, quer propriamente por uma caquexia cancerosa, quer ainda por que a compressão seja devida a um aneurisma, e a introdução do esofagoscópio vá fazer com que o saco aneurismal se lacere e dê em resultado uma hemorragia fulminante.

Diagnóstico

Para fazermos o diagnóstico à nossa doente não parece difícil, pois que o seu padecimento é simples na sua tradução "não podia engulir," quer os líquidos, quer os sólidos que ingeria, porque os repunha em seguida e isto datando de cerca de um ano e meio.

As dificuldades de deglutição cada vez se acentuando mais, deixou de se alimentar chegando a oferecer todos os sintomas de emmagrecimento.

Não apresenta contudo alterações lesionais palpáveis e exteriorizáveis do seu tubo digestivo.

O cateterismo do esófago oferecia uma certa resistência, que a radiografia veio demonstrar tratar-se de uma estenose na parte inferior do esófago.

Qual seria o processo que deu origem a esta estenose?

Seria uma estenose cicatricial?

Mas a anamnese nada nos elucida a tal respeito que podesse provocar esta estenose, não houve ingestão de cáusticos nem de corpos estranhos.

Seria consecutiva a uma úlcera esofágica? Também não deve ser pois a doente não acusa dôres nem tão pouco hemorragias.

Seria uma úlcera sifilítica, cuja cicatrização arastasse o apêrto?

Mas geralmente a úlcera sifilítica é contemporânea do período secundário ou terciário, e na doente não há informes que nos esclareçam que se trata duma sifilítica. Temos ainda em abono desta hipótese, que a reacção de Wassermann deu negativa.

Tratar-se há duma estenose neoplásica?

Pomos de parte tal diagnóstico, porque a idade da doente, 18 anos e ainda o comêço brusco da disfagia, e ausência de dôres, ausência de adenopatia supra-clavicular, contrariam tal hipótese.

Seriam fenómenos de compressão que alimentam o apêrto?

Para o caso do aneurisma, a auscultação era muda a tal respeito, e mesmo o estudo do pulso e a radiografia, vieram provar-nos que não se tratava nem de aneurisma, nem tão pouco de qualquer tumor mediastinal.

Poderia ser um gânglio traqueio-brônquico

que estivesse fazendo a compressão do canal, mas a situação baixa do apêto, invalida ainda tal diagnóstico. Postas de parte as lesões orgânicas do esófago e as compressões, ficam-nos sómente as perturbações funcionais.

Assim o cateterismo apoiado foi o suficiente para vencer o obstáculo e ultimamente após três sessões de cateterismo não só passavam as sondas finas como as mais grossas sem dificuldade.

Dentro das perturbações funcionais ou espasmódicas a que classe estaria sujeito o nosso espasmo? ao esofagismo simpático, ao sintomático ou ao idiopático?

Quanto ao esofagismo simpático o exame meticoloso tanto quanto possível da doente não informou de qualquer lesão a distância, que pudesse repercutir-se sobre o esófago causando o espasmo.

No que diz respeito ao esofagismo sintomático, sabemos que êste está dependente duma lesão do aparelho nervoso do canal.

Ora a teoria de Goltz considera o bolbo como tendo uma acção moderadora sobre o esófago; o esofagismo ou espasmo esofágico estaria sob a dependência duma abolição desta função, causada por doenças nervosas encefálicas, por estados infecciosos ou tóxicos, por febres eruptivas, febre tifoide, difteria, pneumococcias, etc.

Nada nos confirma nem na anamnese nem no

estado actual, que tais causas motivem o esofagismo.

Resta-nos por fim o esofagismo idiopático ou essencial que se encontra em indivíduos duma certa tara nervosa na histeria, etc.

Ora segundo Gilles de la Tourette muitas vezes o espasmo esofágico é o único sintoma da grande nevrose polimorfa, a histeria.

São estas formas monosintomáticas que mais interesse despertam e em que muitas vezes o diagnóstico não está ligado à sua verdadeira causa.

Analisando o nosso caso, notaremos que a sua disfagia teve um início brusco (quando estava a jantar), não consecutiva a uma emoção ou desgosto (houve portanto uma anomalia de causa determinante) mas que o simples cateterismo apoiado foi o suficiente para vencer a disfagia. Além disso a análise das sensibilidades da doente, nos mostrou a anestesia dos pontos ováricos, glândulas mamárias e mamilos, hipoestesia da faringe uvula e base da língua, e ainda um certo apêrto do campo visual, aumento de alguns reflexos, tara nervosa tanto hereditária como pessoal, emotividade fácil, e todos estes elementos militam a favor da—ESTENOSE ESPASMÓDICA DO ESÓFAGO DE ORIGEM PITIÁTICA.

Prognóstico

O prognóstico do nosso caso em face das causas da estenose não se nos afigura grave.

De resto, três sessões sómente de cateterismo e ainda a sugestão causada pela mudança para o meio hospitalar, tão diferente do da sua aldeia, foram suficientes para que o espasmo cedesse, e a doente agora já não encontre obstáculo à deglutição. Mas casos há em que o espasmo persiste, prolongando-se meses e anos e acarreta pela inanição prolongada uma fraqueza orgânica notável e uma predisposição à tuberculose.

É preciso ter sempre em vista que o espasmo esofágico é enxertado numa doença orgânica local ou retirada ou sobre uma nevrose geral, (histeria, hipocondria) e é esta doença de que o espasmo esofágico não é senão um sintoma, que domina o prognóstico.

Tratamento

O tratamento varia conforme as causas da estenose esofágica.

O esofagismo é sintomático duma lesão local, ou simpático duma lesão dum órgão distante ou duma nevrose e é à doença que provoca o espasmo que deverá dirigir-se a terapêutica. Combater-se há a esofagite, a gastrite, a nevropatia, a histeria, etc., por uma medicação apropriada. Neste último caso devem afastar-se da doente as perturbações morais capazes de influenciar o sistema nervoso do esófago, proibir-se há as bebidas ou alimentos que pelas suas qualidades térmicas mecânicas ou outras, a experiência terá demonstrado, próprias a determinar o espasmo. Se a causa escapa ao diagnóstico ou se o esofagismo persiste, sobrevindo por assim dizer à causa que lhe deu

nascimento, pertence à terapêutica lutar directamente contra o espasmo. Métodos diversos tem sido tentados com êste fim.

Recorreu-se às emissões sanguíneas gerais ou locais recomendadas por Hoffmann o que aliás não contam exitos averiguados. Hoje já não se recorre a elas senão em casos excepcionais se há sintomas inflamatórios concomitantes ou ainda se há razões para pensar que a supressão dum fluxo hemorroidário ou menstrual gosa o papel etiológico.

Todos os antispasmódicos tem sido tentados, contra o espasmo, a valeriana, a beladona, a assa-fétida, cânfora, musgo, meimendro, são recomendados sob diversas formas, clisteres, poções, pomadas, etc.

Os brometos, são empregados, e algumas vezes com exito, porque diminuem a excitabilidade reflexa dos centros nervosos.

Mas a medicação por excelência e a recomendada por Mondière em todos os casos de apêto espasmódico do esófago é o cateterismo. Às vezes a introdução da sonda é o suficiente para resolver o espasmo como succedeu na nossa doente.

Outras vezes o seu contacto prolongado modifica pouco a pouco a excitabilidade da mucosa e a contratura diminui progressivamente.

Bonnier aconselha ainda a provocação do re-

flexo oculo-cardíaco, como processo terapêutico do espasmo do esôfago.

Nos casos de espasmos de origem pitiática, a psicoterapia também tem grande influência, sendo muitas vezes esta medicação suficiente para que a deglutição se faça sem dificuldade. Ainda à sugestão se devem bastantes curas de espasmo desta origem.

A nossa doente esteve submetida à medicação polibromada e a sessões de cateterismo, conseguindo que a sua alimentação se fizesse sem o menor obstáculo o que já há muito tempo não acontecia.

Nos casos de apêrto canceroso, recorre-se à gastrostomia, bôca esta feita no estômago atravez da parede abdominal por onde se alimenta a doente. Mas êste meio é sómente paliativo, pois que a caquexia cancerosa não tarda a produzir-se, ou qualquer complicação victimará o doente.

No apêrto canceroso, ainda Renvers e Krishaber aconselham a tubagem esofágica que dispensa recorrer à dilatação quotidiana, que a mais das vezes acaba por perfurar a parede do esôfago, e fazer comunicação, quer com a pleura, quer com os órgãos do mediastino, da qual resulta inevitavelmente a mórte. Consiste esta tubagem na aplicação permanente duma sonda que passa por uma das narinas, e pela qual se injecta líquidos para a alimentação do doente.

Nos apêrtos cicatriciais, recorre-se à dilatação repetida e progressiva por meio de sondas a olivas. As sessões de dilatação devem ser repetidas várias vezes por semana ao princípio, depois mais espaçadas e finalmente não se praticam senão de longe em longe. Contudo o doente deve permanecer sob a vigilância do médico e fazer cateterizar o seu esôfago de tempos a tempos, porque a tendência à retracção do tecido cicatricial dura durante alguns anos.

A dilatação progressiva do esôfago permite a alimentação numa certa medida.

Quando a alimentação é impossível em virtude da coartação extrema e da dureza do apêrto, recorre-se então à gastrostomia, operação que como já dissemos permite alimentar o doente por uma bôca artificial criada na face anterior do estômago.


Os apêrtos infrangíveis situados na porção cervical do esôfago são justificáveis da esôfagostomia, mas esta operação é muito mais grave que a gastrostomia.

O apêrto de origem sifilítica, além da dilatação, exige o emprêgo da medicação específica. O iodeto de potássio e sobretudo o mercúrio em altas doses, está aconselhado, se bem que êste tratamento seja improfícuo contra lesões já organizadas.

Alguns autores aconselham fazer uma injeccção sub-cutânea de *thiosinamina*, antes da dilatação,

porque êste produto, tem a faculdade de tornar menos rígrado o tecido a dilatar.

Tem-se usado contra o esófago-espasmo a electricidade, mas com poucos exitos; assim como ainda os revulsivos (pontas de fogo) no pescoço e no peito e a hidroterapia geral e local sob a forma de duches de jacto de pulverisação projectado sôbre o estômago. De todas estas medicações a que tem obtido melhores resultados, é sem dúvida o cateterismo.



Conclusões

1.^a) A doente M. A. C. é portadora duma adenopatia tráqueo-brônquica, traduzida pela sub-macissês e rudeza respiratória para esternalis, e ainda pelos sinais de compressão brônquica revelados pelos esquêmas pulmonares.

2.^a) A estenose esofágica que a doente apresenta, é da variedade espasmódica e de origem pi-tiática.

3.^a) A cura do espasmo foi devida ao cateterismo, à sugestão e ainda em parte à medicação bromada.

Visto

Thiago D'Almeida
Presidente.

Pode imprimir-se.

Pelo Director,
Alberto de Aguiar

Bibliografia

Lições de Clínica Médica. — Pôrto. — Prof. Thiago de Almeida.

Portugal Médico. — Pôrto, 1917, pág. 369.

” ” ” 1923, pág. 66.

Apareil digestif. — Paris. — Sergent Ribadeau-Dumas et Babonneix.

Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales.
— Paris.

Pathologie Interne. — Paris. — Debove et Sallard.

” ” ” — Collet.

Manuel des maladies du tube digestif. — Paris. — Debove, Achard et Castaigne.

Tratado de Medicina Interna. — Madrid. — Enriquez.

Patologia interna. — Barcelona. — G. Osler.

Pathologie interne. — Paris. — G. Lemoine.

Manuel de Pathologie Interne. — Paris. — G. Dieulafoy.

Leçons de clinique thérapeutique. — Paris. — Dujardin — Beaumetz.

Archives des maladies de l'appareil digestif et maladies de la nutrition. — Paris, t^omo xv.

Presse Médicale. — Paris, 1925, n.° 25.

“ “ “ “ n.°s 31 e 57.

Traité de Thérapeutique. — Paris. — A. Manquat.

Diagnostic clinique. — Paris. — A. Martinet.

Du symptôme à la maladie. — Paris. — Felix Coste.