

## Assuntos de atualidade

### Estado atual da cirurgia do Esôfago

por

E. J. Kanan

Realizou-se, em Madrid, de 15 á 18 de março do corrente ano, o IX Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia. O ato inaugural foi presidido pelo Presidente da Republica da Espanha, sr. Alcalá Zamora, tendo á sua direita o sr. Manuel Arana, presidente do Conselho de Ministros, e á sua esquerda o sr. Fernando de Los Ríos, ministro da Instrução Pública.

Assistiram a inauguração os srs. Verhogen, presidente do Comité Internacional; de Quervain, presidente do Congresso; Giordano (Veneza) que presidiu o VII Congresso; Henri Hartmann, presidente do VIII Congresso; Mayer, secretario geral da Sociedade; Recasens, presidente da Academia Nacional de Medicina; de La Peña, presidente da Academia Medico-Cirurgica Espanhola; e Goyanes, presidente da Associação de Cirurgia de Madrid.

Estavam, tambem, presentes os varios delegados de cada país: srs. Proust (França), Gray Turner (Inglaterra), Shoemaker (Holanda), Sauerbruch (Alemanha), Lilienthal (Estados Unidos), Alessandri (Italia), Shiotta (Japão), Barey (Finlandia), etc., vendo-se, ainda mais, uma coorte de cirurgiões vindos de todas as partes da Europa e America.

Foram relatadas e discutidas quatro questões:

1. Estado atual da cirurgia do esôfago.
2. Tratamento das supurações pulmonares não tuberculosas.
3. Diagnostico e tratamento dos tumores da medula.
4. Anestesia.

Os srs. Deniker e Thalheimer publicaram ótimos e interessantes resumos das quatro teses apresentadas, nos numeros 27, 28, 29 e 30 da Presse Médicale do corrente ano.

Logo abaixo está a transcrição da primeira questão.

#### Estado atual da cirurgia do esôfago

O sr. Grégoire (Paris), **relator**, mostra a importancia tomada pela cirurgia do esôfago desde 30 anos, isto é, desde o dia em que os **raios X** duma parte, a **esofagoscopia** doutra parte, permitiram não sómente uma exploração e diagnosticos muito precisos mas ainda, senão a descoberta, ao menos uma descrição exata e indicações terapeuticas razoaveis para três lesões esofagianas, até aí muito mal conhecidas: **a ulcera peptica, os diverticulos, as dilatações idiopaticas**. O relator estuda sucessivamente estes três capítulos, depois os dos **corpos estranhos** e do **cancer** sob o duplo ponto de vista clinico e terapeutico.

A. **Úlcera peptica do esofago** — Além das ulcerações por traumatismo ou queimadura, o esofago pôde apresentar uma úlcera em todos os pontos idêntica às bem conhecidas do estomago ou do duodeno, e que evolúe de modo analogo para a **hemorragia** ou a **perifuração**. Mais frequente do que se não acreditava, ela coincide muitas vezes com uma gastrite ulcerosa e o refluxo dum suco gastrico hiperacido é, talvez, um fâtor importante na genese desta lesão. De sintomatologia muito vaga, não pôde ser diagnosticada, seguramente, senão pelo exame dirêto e, muitas vezes, a biopsia é mesmo necessaria. E' preciso, pois, pensar nela e pesquisá-la, e só um tratamento medico (cauterização pelo nitrato, empastamento bismutado) lhe pôde ser utilmente oposto.

B. **Os diverticulos esofagianos.** — Salvo em um período tardio de sua evolução e em condições muito particulares, os diverticulos não pôdem ser revelados senão pela radioscopia, auxiliada ou não da endoscopia. Existem duas variedades:

1.º — **Os diverticulos do esofago toracico**, em geral raros e dificeis de diagnosticar, êles pôdem assestar-se na altura da bifurcação traqueal e são, em geral, pequenos, ou um pouco acima da passagem do diafragma e pôdem, então, atingir grandes dimensões.

2.º — **Os diverticulos do esofago cervical**, encontram-se sempre no orificio superior, na união da faringe e do esofago. E' uma hernia da mucosa através dum hiato muscular (entre o constrictor inferior e o erico-esofagiano), formando uma bolsa geralmente muito volumosa e comunicando largamente com o canal esofagiano. O temor da infecção do tecido celular peri-esofagiano rez preconizar, outrora, intervenções conservadoras (invaginação ou pexia) que não impedem a recidiva. Só a **extirpação do diverticulo** deve ser considerada como o tratamento de escolha. A' principio tem sido feita, por temor da celulite, em dous tempos. E' preferivel fazê-la em um tempo, o que permite uma cura rapida da lesão.

C. **O méga-esofago.** — Bem que a sua patogenia seja ainda mal elucidada (e os numerosos vocabulos que o designam são a melhor prova), é racional admitir a existencia dum obstaculo de natureza variavel, assestando-se na passagem diafragmatica (espasmo, acalasia, hipertrofia ou estreitamento do anel, etc.), determinando a dilatação, á principio, o alongamento em seguida e, por consequente, o acotovelamento do esofago toracico. E' á este estadio de acotovelamento, em geral, que se vêm os doentes que apresentam fenomenos de estenóse contra os quais numerosas gastrostomias têm sido feitas sem diagnostico preciso, antes que a radiografia não nos tenha revelado a existencia das dilatações esofagianas.

Contra esta afecção, preconizou-se, á principio, muito naturalmente a simples dilatação pela sonda, seja lenta seja brusca. Foram obtidas melhoras notaveis, mas sem sucessos completos. Tentou-se, assim, fazer melhor pelos métodos sangrentos visando agir sobre o

obstaculo, seja dilatando-o (dirétamente por gastrotomia esta vez), seja contornando-o (derivação). Discutindo estes diferentes métodos, G. concluiu na necessidade de agir, ao mesmo tempo, sobre o diafragma espmado ou hipertrofiado e sobre o esofago, muitas vezes, estreitado por inflamação ou distrofia congenita. A via combinada toraco-abdominal que preconiza permite fender largamente o diafragma de trás para diante, respeitando a pleura e o peritonio que são simplesmente descolados. Póde-se, então, tendo as lesões sob os olhos, agir muito facilmente, ao mesmo tempo, sobre o esofago e sobre o diafragma. Esta operação, relativamente, benigna já deu á numerosos cirurgiões resultados excelentes, confirmados pela prova do tempo.

**D. Os corpos estranhos.** — Em principio, na hora áttual e graças aos progressos da esofagoscopia, a quasi totalidade dos corpos estranhos são justificaveis da extração diréta através do tubo iluminante. Mas para isso, é indispensavel que não haja tempo perdido pelo doente ou pelo medico em esperar uma illusoria quéda no estomago. As paredes esofagianas infectam-se depressa, sangram, ulceram-se e, logo depois, o corpo visto pelo tubo não póde mais ser apanhado e extraído sem perigo. Forçoso, então, de se recorrer á cirurgia. Ora, se o corpo estranho estiver na região alta, se póde obtê-lo, ainda, muito facilmente pela esofagotomia cervical. A mortalidade, que, com a endoscopia, é de 2 á 3 por cento, não passa, ainda, aqui 5 por cento. Se se tratar dum corpo situado baixamente, a via transgástrica é já muito mais grave e duma técnica infinitamente mais difficil do que se imagina teóricamente. A mortalidade excede de 16 por cento. Se, enfim, se tratar (eventualidade felizmente rara) dum corpo estranho do esofago toracico médio e que é preciso recorrer, para o extraír, á via mediastinal, o desastre é quasi certo. Os raros casos publicados acusam uma mortalidade de mais de 60 por cento.

**A fortiori**, nos casos complicados, é preciso não se abster. A hemorragia e sobretudo o abcesso são indicações formais. Neste ultimo caso, é preciso incisar largo, extraír o corpo e deixar tudo aberto. E' a unica probabilidade de salvação nesta terrivel complicação de evolução fatal. Por uma operação rapida e larga, se póde ainda chegar á 10 ou 20 por cento de successo!

**E. O cancer.** — Em algumas linhas desabusadas, Grégoire lembra as tentativas de esofagectomia feitas até agora e os medioeres resultados obtidos. Até nova ordem, êle considera que a gastrostomia e a radiumterapia pelo esofagoscopio são as unicas indicações áttuais em materia de cancer esofagiano.

O relatório termina por uma dezena de páginas de técnica onde o autor expõe muito claramente as diferentes vias de acesso do esofago.

Não esqueçamos de assinalar um muito importante índice bibliografico muito cuidadosamente estabelecido para cada uma das afecções consideradas.

O sr. Jiano (Bucarest), relator, estudo muito especialmente a **esofagoplastia derivativa prétoracica nas estenoses cicatriciais do esofago.**

O seu relatório segue o do Grégoire que, como se viu acima, deixou de lado este importante capítulo que J. estudou a fundo. Após um estudo anatomo-clínico muito completo e um esboço dos tratamentos clássicos (dilatação retrograda, cateterismo sem fim, electrolise, etc.) êle mostra que em certos casos rebeldes, não há mais que um recurso: suprimir o obstaculo. Mas sendo dada a impossibilidade de aproximação dos dois segmentos do esofago supra e sub-estricturais, a engenhosidade dos cirurgiões se empregou desde um certo numero de anos em realizar um néo-esofago. Numerosos processos têm sido empregados com resultados diversos. Mas, em condições iguais, trata-se sempre de operações serias e de técnica delicada. Assim, é necessario assentar, logo de inicio, as indicações duma maneira muito precisa, tendo em conta a extensão das lesões, a sua séde, o grau de estriatura, a resistencia organica do doente, a sua idade, etc. Uma estreita colaboração entre o cirurgião e o especialista é absolutamente indispensavel, e é preciso não se resolver á tentar a esofagoplastia senão quando o esofago considerado não pôde absolutamente mais servir, e, se, todos os processos tendo fracassado, não se quisér resignar-se a condenar o doente á gastrostomia perpetua.

Esta intervenção deve ser considerada como “o ultimo recurso terapeutico após o fracasso dos outros tratamentos”. E’ neste espirito que J. estuda sucessivamente as vantagens e os inconvenientes de cada método, fazendo o historico, a exposição técnica, a analyse das observações e apresentando os resultados obtidos. Estes métodos podem reduzir-se á seis principais segundo o órgão empregado para reconstituir o tubo esofagiano deficiente.

1.º **Esofagoplastica jejunal.** — Este processo, já preconizado por Tavel, foi realizado e posto em ordem por Roux, em 1907. Uma alsa jejunal isolada e excluída é implantada no estomago pela sua extremidade inferior, depois reconduzida até a região présternal por um tunel sub-cutaneo e fixada sobre uma sonda á principio, depois ligada secundariamente ao esofago cervical. Apesar de alguns belos sucessos obtidos por Roux, depois por Herzen, este método apresenta poucas probabilidades, confina, as mais das vezes, ao esfacelo da alsa enxertada. E’ hoje abandonado.

2.º **Esofagoplastia cutanea.** — Bircher, em 1894, depois Wullstein em 1904, procuraram fazer em única peça um tubo esofagiano por uma plastia cutanea toracica. Mas a fixação das extremidades deste tubo, tanto ao esofago em cima como ao jejuno em baixo, apresenta dificuldades técnicas consideraveis. Contudo, com certos aperfeiçoamentos (e J. descreve á este proposito seu processo pessoal), se chega á alguns resultados, pois que, sobre 16 casos estudados, J. releva oito curas mantidas com excelente resultado funcional.

3.º **Esofagoplastia com tubo gastrico.** — Este processo, empregado por Depage em 1903, depois por Beck em 1905 e Hirsch em 1911, consiste em isolar uma porção da parede gastrica para constituir um tubo prétoracico. Este tubo, geralmente muito curto, é doutra parte muito difficil de ser ligado ao esofago. Apesar da paciencia e da en-

genhosidade dos autores, os resultados são mediocres e a mortalidade elevada (14 mortes sobre 27 casos estudados pelo relator).

4.º **Esofagoplastia por transposição gástrica.** — Para evitar os inconvenientes das operações precedentes e sobretudo dos multiplos retóques necessarios e das intervenções em muitos tempos, Kirschner teve a ideia de isolar todo o estomago e de lhe fazer tomar o lugar do esofago, ligando-o á porção cervical deste ultimo. Este engenhoso processo, aperfeiçoado por Ritter, deu, sobre 7 casos, 5 curas das quais 3 duraveis.

5.º **Esofagoplastia colica.** — Emfim, após Wulliet (1911), um certo numero de autores tentou restaurar o esofago por transplantação do colon transverso. Algumas curas foram seguidas durante três e doze anos, mas, as mais das vezes, os resultados permanecem aleatorios e incompletos.

6.º **Esofagoplastia mixta.** — Em todos os processos precedentes, apesar de alguns sucessos, os fracassos são a regra, pelo fâto da difficuldade de crear com um segmento intestinal um tubo muito longo para o ligar facilmente ás suas duas extremidades, sem risco de esfacelo. Quasi sempre, foi preciso juntar um tubo cutaneo creado *in loco* para enegar a realizar as suturas. Assim, este processo mixto tornou-se, muito naturalmente, o processo de escolha, sobretudo após a observação de Lexer (1908). Póde-se, assim, utilizar uma alsa jejunal curta, bem nutrida, não arriscando de se curvar e prolongada por um tubo cutaneo, cujo comprimento se regula facilmente á vontade. Inteiramente favoravel á este método, o relator dá-lhe uma descrição técnica longamente detalhada, que constitue “une mise au point” completa da questão. Uma importante estatística de 85 casos não comporta senão 12 mortes, apesar da gravidade da intervenção e 65 curas de qualidade excelente com a prova do tempo. Um índice bibliografico de 185 numeros termina este importantissimo trabalho de mais de 160 paginas.

O sr. Zaaiger (Leyde), **relator**, passa em revista as diferentes lesões esofagianas.

O **cancer**, na condição de ser diagnosticado cedo, póde ainda dar alguma esperança ás tentativas cirurgicas. Z. é, á este ponto de vista, menos pessimista que Grégoire.

**As malformações congenitas** devem ser estudadas com grande cuidado, pois se póde, se bem que raramente infelizmente, obter, as vezes, curas radicais. Entretanto, a fistula eso-traqueal parece estar realmente acima dos nossos recursos e é preciso contentar-se com uma gastrostomia.

**Os diverticulos** devem ser operados em um tempo com drenagem larga, quando se asséstan na região cervical.

**Os corpos estranhos**, justificaveis antes de tudo pela extração ao esofagoscopio, deverão, as vezes, contudo ser retirados por esofagotomia externa.

**As estenoses organicas**, devem ser tratadas cedo, com energia e

perseverança. Deve-se fazer tudo para evitar a esofagoplastia que, apesar de alguns sucessos, permanece com uma terrível gravidade.

O **cardiospasmo** é para Z., como para Cardenal, devido á acalasia e justificavel da operação de Heller, (cardiomiotomia) quando os métodos não sangrentos (lavagens, sondagens, dilatações lentas ou forçadas) têm fracassado.

O sr. Bircher (Aarau), **relator**, trata cirurgicamente, á principio, os casos de cardiospasmo com dilatação do esofago que não melhoraram pela dilatação ou a sondagem. E' a cardio-esofago-anastomose que dá os melhores resultados. A esofagoplastia guarda as suas indicações.

Na ressecção total do estomago que este autor focou, êle modificou sua técnica inicial; átuamente êle fecha o duodeno e pratica uma esofago-jejunostomia invaginando o côto esofagiano numa alsa intestinal conduzida até o diafragma. Uma jejuno-jejunostomia ao pé da alsa é necessaria e, além disso, é bom praticar uma jejunostomia temporaria.

Os diverticulos do esofago, faceis de tratar no pescoço, seja em um tempo, seja em dois tempos, são muito mais graves quando se trata dum diverticulo épifrenico. A via transpleural e a via abdominal não deram senão raros sucessos.

A **cirurgia do cancer esofagiano**, apesar dos 100 casos publicados e, ao menos, outros tantos ainda inéditos, permanece sem successo pratico quando se trata dum tumor toracico.

B. dá com detalhes e figuras em apôio da sua técnica pessoal de ressecção do cardia em um tempo, que se opõe á técnica em 3 tempos de Zaaiger-Nedblom.

Os métodos paliativos pôdem, algumas vezes, dar resultados duraveis. O relator cita uma observação pessoal de **gastrostomia** bem tolerada durante três anos e três quartos seguida da abertura do cancer na pleura, com pleuriz purulento tratado por toracotomia, seguido de uma sobrevida, ainda, de um ano e meio. A tubagem não substituiu a gastrostomia.

Quanto á **esofagoplastia prétoracica**, ela pôde ser cutanea e numerosos sucessos foram publicados. O emprego duma alsa intestinal é já mais perigosa; o colon é preferivel ao jejuno. Quanto á **gastro-esofagoplastia**, de técnica muito complicada, sua mortalidade elevada de, ao menos, 75 por cento, a reserva á indicações excepcionais. As esofagoplastias dão resultados funcionais excelentes ao contrario da esofagoplastia intratoracica que deve ser abandonada.

Os **corpos estranhos do esofago** são retirados nos melhores casos pela esofagoscopia. Se fôr preciso operar, praticar-se-á segundo a séde, uma esofagotomia cervical, uma gastrotomia ou, mesmo, uma esofagotomia toracica. Quanto ás suas complicações, sua gravidade necessita uma intervenção: as hemorragias provêm, principalmente, da ulceração da arteria tireoidéa inferior que deve ser ligada. Os flegmões do pescoço necessitam uma larga drenagem bilateral. Quanto aos do mediastino, êles devem ser abertos por via cervical, ao nivel da

articulação esterno-clavicular, o doente estando colocado, em seguida, com a cabeça baixa. Não há cura por incisão dorsal; a mediastinotomia externa com drenagem não deu senão uma cura á Seiffert.

O sr. Lusena (Gênes), **relator**, trás, sobre uma série de capitulos da patologia esofagiana, os resultados da sua experiencia pessoal.

1.º **Ferimentos do esofago** — Não há nenhum interêsse em praticar a radiografia de contrôlo, nem a esofagoscopia. A sutura em dois planos, muito cuidada, é o tratamento de escolha. E' muitas vezes prudente de acrescentar aí uma gastrostomia temporaria;

2.º **Queimaduras graves** — Nada de sondagem precoce, mas uma dilatação metódica e progressiva desde os primeiros sinais de néoformação conjuntiva, afim de evitar a formação duma estenose. Se esta se produzir e resistir aos meios mecânicos, é preciso resignar-se á esofagoplastia. O autor é partidario, se possível, da plastia intestinal pura, com a condição de bem verificar a vitalidade da alsa transplantada;

3.º **Corpos estranhos** — O autor chega ás mesmas conclusões que as de Grégoire;

4.º **Diverticulos** — Ao contrário, aqui é partidario da extirpação em dois tempos pelo método de Mayo;

5.º **Méga-esofago** — L. acredita que a hiperdilatação do hiato muscular dá bons resultados e que a intervenção sangrenta é raramente indicada. Se fôr preciso aí chegar, êle dá a preferência á esofago-gastrostomia abdominal ou á esofagolise com hiatotomia;

6.º **Cancer** — A exerése pôde ser tentada nos primeiros estadios duma lesão cervical ou abdominal. Para o esofago toracico, é preferivel empregar a radiumterapia.

O sr. Gray-Turner (Newcastle upon Tyne), **relator**, fala com entusiasmo da exposição por via abdominal da parte inferior do esofago, segundo o método de Lambert. O lobo esquerdo do figado pôde ser destacado sem perigo do diafragma. Vê-se, em seguida, nitidamente o peritonio do esofago abdominal e se o incisa; pôde-se, então, facilmente com o dedo libertar a parte inferior do esofago e a mbilizar. Em 10 casos, tem, por esta via, praticado uma esofagoplastia ou uma esofago-gastrostomia por lesões não cancerosas, sempre com bons resultados. Opera, habitualmente, quando as dilatações fracassaram.

Tem praticado, tambem, uma anastomose por via transpleural, que é difficil e perigosa.

O radium e a radioterapia profunda têm dado desapontamentos nos casos de tumores malignos e o relator continúa a pensar que a extirpação cirurgica permanece o melhor tratamento do cancer da parte inferior do esofago.

Mesmo em três casos de cancer da porção média, praticou a ressecção total do esofago, começada pela extremidade inferior e terminada por incisão cervical. Ela deve ser completada por uma esofagoplastia antetoracica.

Um de seus doentes morreu de pneumonia ao cabo de uma semana

e não havia nenhuma mediastinite á autopsia. Os dois outros morreram de choque, mas não é preciso que os cirurgiões renunciem a tratar esta afecção, que permanece, ainda, sem esperança.

O sr. Cardenal (Madrid), **relator**, estuda a patogenia e o tratamento da **dilatação esofagiana sem estenose organica**.

Lembrando as diversas teorias propostas (mêga-esofago, cardiospasm, gastrospasm, lesão do vago, insuficiencia cardiaca motora, trofeneurose, atonia esofagiana, acalasia), conclúe, após discussão, em favor da acalasia ou alteração do reflexo de abertura do esfínctér esofagiano. Haveria para êle identidade de mecanismo com a estenóse pilorica dos lactentes e a molestia de Hirschprung (mégacolon). Baseia sua opinião sobre uma interpretação da lei de Bayliss e Starling que, para êle, teria sido mal compreendida até aqui. A fase de dilatação para o tubo digestivo, em geral, deve ser considerada como a fase átiva dos movimentos peristálticos, emquanto que a fase passiva é representada pelo retorno do intestino á sua fase de contração prévia. Estas mesmas leis pôdem explicar um grande numero de alterações de outros esfínctéres, assim como de perturbações post-operatorias ao nível das néostomias gástricas. Entre os tratamentos propostos: cardioplastia, esofago-gastrostomia, cardiomiectomia, é á este ultimo que o autor dá a preferêncía. Quanto aos processos não sangrentos, êles não têm, por assim dizer, jámais dado resultados duraveis.

Esta tése foi, tambem, discutida por um grande numero de cirurgiões: de Quervain, Donati, J. Louis Faure, Sauerbruch, Chiarolanza, Haberland, Lilienthal, Denzel, Segal, G. Carlo, G. Pieri, Soupault, J. Braine e Yves Delagenière.

## Pediatria

### AS FEBRES ALIMENTARES DO LACTENTE

por

Florencio Vgartua

Desde que os leites manipulados em pó — leites secos — entraram no uso diario e ercente na dietetica infantil, sendo alguns deles armas poderosas na alimentação da criança, principalmente no 1.º ano de vida, muitos têm sido os estudos realizados no que se refere á constituição dos mesmos, no seus principais elementos, como: as albuminas, gorduras, hidratos de carbono, saes, diastases, lipoides e vitaminas.

Ultimamente tem aumentado consideravelmente o uso de leite em pó, muito principalmente o leite butírico, o "babeurre dos francêses", o Buttermilch dos alemães, denominado por muitos com o nome de leiteho, existindo no comercio com a denominação de "Edel" e "Eledon".

Indiscutivelmente o grande uso na população infantil de leites em pó, ao meu modo de ver, principalmente os mais ricos em albumina, e entre eles o leiteho, ou melhor, o leite butírico, tem concorrido para se observar com mais frequencia, embóra não sendo comum, as febres alimentares. O aparecimento da febre alimentar, n'alguns casos onde se fez uso do "leiteho" como ainda ha pouco tive oportunidade de observar num caso da minha clinica particular, facil é fazel-a desaparecer com a mudança de regime.