

Serviço de Clínica Médica do Prof. Ovidio Pires de Campos

Cancer do esophago

Falsa imagem radiographica de fistula tracheo-
esophageana (1)

Licínio Hoepfner Dutra
doutorando.

A comunicação que trazemos ao conhecimento dos presados collegas resulta da observação de um interessante caso de CANCER DO ESOPHAGO que tivemos o ensejo de estudar na 3.^a M. H. da Santa Casa de Misericórdia, serviço do Prof. Ovidio Pires de Campos, em doente entregue aos cuidados profissionais do seu assistente dr. Armando Valente Junior.

Dois foram os motivos que nos levaram a vir furtar alguns momentos da sua preciosa atenção:

1.^o — a relativa raridade da localização alta do processo neoplásico, quasi no terço superior do esophago e,

2.^o — a possibilidade de um erro na interpretação do exame radiographico em semelhantes eventualidades.

Antes de expormos a nossa observação faremos ligeiras considerações sobre o cancer do esophago que julgamos de utilidade, á guisa de introito ao nosso trabalho.

Como é do conhecimento geral, a frequencia dos neoplasmas malignos tem augmentado muito nos ultimos annos, sobretudo entre nós. Pretendem alguns AA. explicar esta elevação rapida da sua frequencia dizendo que este augmento na realidade decorre de diagnosticos mais precisos, graças

(1) Trabalho apresentado ao Departamento Científico na sessão de 16-5-1936.

aos modernos meios de pesquisas e aos novos conhecimentos scientificos que a medicina hoje possui e do crescimento do numero de sobreviventes.

Entretanto, não deixa de ser bastante significativo o extraordinario augmento da incidencia cancerosa, sobretudo verificada após a grande guerra.

Dados estatisticos da America do Norte, referentes a 1928, collocam o cancer em 4.º lugar entre as causas mortis, sendo que os primeiros lugares são occupados pelas molestias cardiacas, renaes e pneumonicas.

Filinger refere que na Dinamarca, em 1908, existiam para cada 100.000 habits. 43 cancerosos enquanto que em 1924, para a mesma população o numero subiu a 4.690.

Na Inglaterra, Leek verificou que em 1911, cerca de 6,5% da mortalidade trazia a rubrica de cancer, enquanto que em 1926, a percentagem attingiu quasi ao dobro, isto é, 12,5 %.

Este augmento é muito significativo e chama a attenção dos estudiosos do assumpto para esta verdadeira avalanche cancerosa que ameaça a humanidade.

Mesmo entre nós esta observação não tem passado despercebida. Em dados colhidos no Instituto de Hygiene de S. Paulo, verificámos que no nosso Estado a incidencia cancerosa tambem tem se elevado muito nos ultimos annos.

Assim, de 1900 a 1906 a incidencia foi de 26,2/100.000habts.;					
1905 " 1910 " " "	37,7	"			
1910 " 1915 " " "	44,9	"			
1920 " 1925 " " "	55,0	"			
1925 " 1930 " " "	51,0	"			

E, não é só em São Paulo. O augmento é generalizado a todo o Paiz, especialmente ao Sul. Jansen de Mello, ao discutir a these "Mortalidade do Cancer no Brasil" por occasião do 1.º Congresso Brasileiro do Cancer, diz que *acredita existir um augmento real da sua incidencia no Paiz.*

Sobre o elevado numero de tumores cancerosos a localização mais commum é a do aparelho digestivo que, conforme demonstrou Antonio Prudente no 1.º Congresso Brasileiro do Cancer, no sexo masculino attinge a 50% de todos os canceres.

Nestes o CANCER DO ESOPHAGO attinge a quasi 10%. O dr. Ricardo Vaz Guimarães, em sua these inaugural, baseado em observações dos AA. classicos conclue ser de 9,45%

a percentagem média dos neoplasmas esophageanos. Este facto evidencia sobretudo o valor do seu estudo.

Visto assim, em suas linhas geraes, o valor que representa o estudo do **CANCER DO ESOPHAGO**, passemos agora directamente á leitura da nossa observação.

O B S E R V A Ç Ã O

A. A. entradada — 15-1-36, fallecido em 24-1-36.
Profissão — lavrador. Edade — 45 annos. Estado civil — casado.
Nacional. — brasileiro. Domicilio — Bandeirantes (Est. Paraná).
Proced. — Bandeirantes.

QUEIXA: — Emmagrecimento e dysphagia pronunciada.

HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL: O paciente conta que a sua molestia data de 5 mezes. Iniciou-se com uma *ligeira difficuldade na deglutição de alimentos solidos e de consistencia secca*. Aos poucos esta sensação de "engasgo" foi augmentando até que em pouco tempo não mais podia ingerir nem os alimentos molles. Desde então a sua alimentação foi resumida a caldos, sopas e leite. Sómente conseguia alimentar-se de alimentos liquidos. O doente relata com certa clareza o evoluir da sua molestia e diz que tem a sensação de que *os alimentos não descem e ficam retidos ao nível da "guéla"* (sic.). Quando se refere á "guela" aponta a porção do pescoço situada entre o osso hyoide e a furcula esternal. Ao mesmo tempo a dysphagia foi se accentuando até que a alimentação tornou-se impossivel. *Emmagreceu muito*, perdeu as forças e foi se *desfinhando lentamente*. Tratou-se em Bandeirantes durante 2 mezes. Como não melhorasse procurou este hospital dando entrada a 15 de janeiro de 1936. Por ocasião do exame por nós procedido a 16 de janeiro, dia immediato ao da sua entrada no serviço, o paciente engulia muito mal um pouco de agua. As medicações por via oral que recebeu foram tomadas com difficuldade. *Não teve vomitos nem regurgitações. Halito fétido, ás vezes. Nunca apresentou dôres expontaneas de natureza alguma*. Não tem a sensação da existencia de um processo tumoral ou inflammatorio. Respondendo ao nosso interrogatorio informa que tem a impressão de que a garganta está fechada á passagem dos alimentos, mas, não sente dor.

ANTECEDENTES PESSOAES: Além das molestias peculiares á infancia refere gripe epidemica de 1918 e surtos de dysenteria com caracteres de amebiana. Das molestias venereas cita blenorragia aos 19 annos. Tabagista moderado. Ha 12 annos abandonou o habito de beber um calice de pinga diariamente.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Pais fallecidos em idade avançada de molestia ignorada pelo paciente. Tem 2 irmãos vivos e fortes e outros 9 fallecidos na infancia de doenças que ignora. Sua mãe teve um aborto expontaneo. E' casado e tem 10 filhos, vivos e fortes. Sua esposa é sadia e não tem passado digno de nota, salvo, 5 abortos expontaneos. Na familia não ha casos de TBC, nem de neoplasia.

EXAME PHYSICO: O exame do doente fica em parte prejudicado pelo estado de extrema magreza e cachexia que não permitem um exame completo. Trata-se de um individuo longilíneo, de cor preta, muito envelhecido, aparentando 55 annos de idade e muito acabado. A sua magreza é traduzida pela exposição dos ossos. Não foi possível tomar-se o peso e a altura pela impossibilidade de andar. Pelle flácida, pregueada, mórna e humida. Paniculo adiposo inteiramente desaparecido. Mucosas visiveis e conjunctivas anemiadas e ligeiramente ictericas. O facies cachetico apresenta um olhar inexpressivo e de angustia. As fossas supra-zygomáticas e os ossos malares se mostram bem pronunciados. Conserva-se no leito em decubito dorsal com os membros superiores cahidos para os lados e os inferiores em flexão. A memoria está conservada e o raciocinio perfeito. O systema ganglionar lymphatico apresenta os ganglios inguino-cruraes infarctados, duros, não dolorosos e do tamanho de azeitonas. Os demais ganglios não são palpaveis. *Não ha ganglio de TROISIER.* Temperatura normal, pulso filiforme e rythmico. Respiração rythmada com 20 movimentos por minuto.

EXAME ESPECIAL: A cabeça não apresenta nada de anormal.

Pescoço: Fino, longo, apresenta os muscuols esterno-cleido-mastoideos distendidos. Thyroide augmentada de volume e dolorosa á palpação. O doente se queixa de uma dôr forte, constrictiva e aguda que se propaga para baixo, por traz do externo, quando procedemos a palpação do esophago no local onde accusa a parada dos alimentos. A palpação do orgão foi feita na região cervical onde refere a parada dos alimentos. Ella foi executada colocando os dedos entré a fossa supra-esternal, na frente e a depressão retro-tracheal, atraz. As veias jugulares são salientes na pelle pregueada, mas, os vasos não apresentam pulsações. Não ha thrill nem o signal de Oliver-Carelli.

Thorax: Symetrico, typo cylindrico, mostrando visivel todo o gradil costal. Angulo de Louis bem saliente e o de Charpy agudo. Movimentos respiratorios amplos se enquadrando no typo thoraco-abdominal, com 20 movimentos por minuto. Espaços intercostaes e todos as demais fossas e depressões da caixa thoraxica são deprimidas. Não ha edemas das paredes, nem circulação colateral.

App. respiratorio: Nada digno de nota.

App. cardio-vascular: Choque da ponta pouco perceptivel e fraco ao nivel do 6.º intercosto, 2 dedos para dentro da linha mamillar. Area cardiaca diminuida traduz coração em pendulo. Além do abafamento generalizado nenhum outro signal apresenta á escuta. As arterias apresentam as paredes moles e depressiveis. Pulso fino, rythmico, com 70 pulsações por minuto. Pressão arterial (não pode ser determinada).

Abdomen: O abdomen se mostra inteiramente deprimido, medindo 52 cm. de circumferencia ao nivel da cicatriz umbellical. Pela inspecção, notam-se as fossas iliacas e o plano superficial muito deprimido. Os diversos segmentos intestinaes são palpaveis e a palpação determina dôr profunda, sem irradiação. O figado mostra o seu limite superior no 6.º intercosto ao nivel da linha mamillar e inferiormente não ultrapassa o rebordo costal. O baço não é palpavel nem percussivel.

App. digestivo: Bocca: — arcadas dentarias bem conformadas, apresentando dentes cariados, mal conservados, com raízes expostas. Pyorrhéa alveolo-dentaria. Língua chata e secca mostrando recoberta por espessa camada de saburra. Isthmo da garganta nada de anormal. Esophago descripto no exame do pescoço. O estomago apresenta tympanismo. Região epigástrica deprimida. Cecum e colons palpáveis como cordões roliços e endurecidos. Palpação dolorosa.

App. genito-urinario: Os pontos reno-ureteraes não são dolorosos a palpação. Micção normal.

Systema neuro-muscular: Musculatura diminuída. Reflexos integros.

EXAMES COMPLEMENTARES: R. Wassermann: + + +.

Radiographia (segue adiante).

DIAGNOSTICO CLINICO

Para o diagnostico clinico faremos considerações em torno dos symptomas e signaes que mais frequentemente apparecem nos cancerosos do esophago, muitos dos quaes encontramos no caso em estudo. Concomitantemente ao diagnostico differencial resaltaremos o valor que realmente merecem cada um desses symptomas ou signaes nas differentes affecções esophageanas.

1. EMMAGRECIMENTO.

Constitue um symptoma verificado systematicamente nos neoplasmas em geral. O nosso paciente emmagreceu rapidamente á medida que a dysphagia se intensificava, chegando mesmo a um estado de extrema cachexia. A magreza e a miseria organica eram traduzidos pela exposição dos ossos, pelo aspecto esqueletico, facies inexpressivo e anemia consideravel.

Este facto que chama desde logo a attenção é mais notavel no cancer do esophago do que nos processos tumorales de outras localizações. Aqui, além da acção expoliadora do tumor, somma-se o acto mechanico da impossibilidade da alimentação. Nos ultimos dias da sua molestia o doente viveu á custa de sóros e transfusões sanguineas.

2. IDADE.

O paciente, embora relativamente moço, estava na idade do apogeu do cancer. A mortalidade devida ao cancer nos

grupos etarios, segundo Rosenow attinge a 90% acima dos 40 annos e de 98% acima dos 30.

Foi verificado que em 1.797 casos de cancer occorridos em S. Paulo, num periodo de 2 annos (1931-1933), a mortalidade era de 95,5% acima dos 30 annos.

O doente objecto das nossas considerações corria os seus 45 annos de idade.

3. INFARCTAMENTO GANGLIONAR (gl. Troisier).

Os AA. classicos chamam a attenção no diagnostico de neoplasias malignas do tubo digestivo e dos orgãos medias-tinaes para um signal que reputam de importancia: — presença do *ganglio de Troisier*. O infarctamento ganglionar prevertebral, mediastinal e supra-clavicular (Troisier) fala a favor de cancer. Entretanto, a sua frequencia é pequena. Nas 21 observações de cancer esophageano existentes na 3.^a M. H., *sómente num caso* fomos encontrar o ganglio de Troisier. Devemos lembrar ainda, como assignala Quervain, que não existe nenhuma relação entre o volume e a antiguidade do cancer e o infarctamento ganglionar. As autopsias tem revelado que ganglios do tamanho de um ovo pódem corresponder a cancer que não passam de 2 cms. de extensão e vice-versa.

O doente por nós observado não apresentava ganglio de Troisier e o laudo necroscopico evidencia a não existencia de infarctamento ganglionar metastatico, apezar da idade e tamanho do tumor.

4. VOMITOS E REGURGITAÇÕES

Em alguns doentes pódem apparecer vomitos ou regurgitações acompanhados ou não de cheiro fétido. As regurgitações pódem surgir immediatamente ou minutos depois da alimentação. Juntamente com os alimentos não digeridos costumam regurgitar coagulos negros e residuos tumoraes fungoides. Unindo todos esses elementos e formando um bolo ha muita saliva filamentosa e viscosa, constituindo o que Dieulafoy chama de *vomica de mucosidades*.

O nosso paciente relata com firmeza nunca ter tido vomitos nem regurgitações.

Este symptoma é mais proprio dos diverticulos do esophago, sobretudo nas fórmias epiphrenicas e epibronchicas

de propulsão. Esta regurgitação é uma consequencia da estenose que acompanha os diverticulos.

Em 21 observações de Cancer do esophago existentes no archivo na 3.^a M. H. da Santa Casa, verificámos que sómente em 7 ha referencias á vomitos e regurgitações.

Da leitura da observação vimos que o nosso doente não apresentava regurgitação. Quando as regurgitações alimentares apparecem em neoplasmas do esophago deve-se pensar em uma localização do tumor na porção ephiphrenica, em phase adiantada.

O mesmo não acontecia em relação ao *halito fétido*. O mau cheiro que o doente apresentava provinha dos gazes putridos formados nas fermentações que se passam nos alimentos parados acima do ponto estenosado do esophago.

Devemos lembrar, entretanto, que esse halito fétido pode ser encontrado tambem nas demais affecções estenosantes do esophago, notavelmente nos diverticulos que offerecem maior campo ás fermentações.

5. DOR

O doente refere na sua historia nunca ter tido dôres expontaneas de natureza alguma. Ella sómente apparece quando se apalpa o tumor, o que foi facilmente obtido, graças a sua extrema magreza e a localização alta do processo neoplasico. Diz mais que essa dôr é constrictiva, forte e com irradiação para baixo, por traz do externo.

E' um dos caracteres dos tumores esophageanos. A dôr expontanea é um symptoma que raramente apparece. Forgue diz que a dôr alta em $\frac{3}{4}$ dos casos e, quando existe, corre por conta de peri-esophagite que se manifesta atraz do externo, irradiando-se para o pescoço e epigastro. Ella sómente é revelada pela palpação do orgão ao nivel da altura do tumor, quando possivel. Em alguns casos ella não corresponde á neoplasia e os doentes se queixam de dôres na região lombo-sacra, virilha e membros inferiores, á maneira de irradiação.

6. CONSTRICÇÃO E DYSPHAGIA.

A dysphagia, phenomeno decorrente do estreitamento da luz do esophago, constitue symptoma de rara importancia para o diagnostico das principaes affecções desse orgão.

Dentre ellas devemos citar:

1. Deformidade congenita;
2. Corpo extranho;
3. Compressões pôr

}	tumores visinhos	{	mediastino
			larynge
			thyroide
	aneurysma e dilatação da aorta		
	adenopathia thacheo-bronchica		
	mal de Pott		
4. Diverticulos
5. Estenoses cicatricicaes
6. Espasmos ou esophagismo
7. Neoplasias da parede.

1 A DEFORMIDADE CONGENITA é affecção muito rara, sem interesse pratico.

2. A presença de CORPO EXTRANHO é facilmente revelado pela anamnése do doente. Occorre frequentemente em crianças que engolem objectos, taes como botões, moedas, pedaços de ossos, etc. Tem sido verificado tambem nos epilepticos a possibilidade de engulir a dentadura por occasião dos ataques. Em todos estes casos a dysphagia apparece subitamente e a radiographia, o cateterismo ou a esophagoscopia esclarecem facilmente, não só a natureza do objecto como a sua localização. Nenhuma destas duas modalidades pathologicas poderão ser confundidas com neoplasma esophageano.

3. A dysphagia decorrente de PROCESSOS COMPRESSIVOS por órgãos visinhos podem em alguns casos levar a pensar na possibilidade de tratar-se de neoplasmas do esophago. Si bem que o esophago seja considerado como um dos órgãos que goza de grande mobilidade, elle raramente deixa de ser comprimido pelos processos pathologicos dos órgãos visinhos. São conhecidas as dysphagias, geralmente dolorosas, determinadas pelos tumores da thyroide, larynge e do mediastino, mal de Pott, os aneurysmas e dilatações da aorta e as adenopathias tracheo-bronchicas.

Devemos lembrar que em taes casos a dysphagia nunca é tão intensa como se verifica nas neoplasias intrinsecas do esophago e a sua evolução no cancer é incomparavelmente mais rapida.

4. Os doentes portadores de DIVERTICULOS DO ESOPHAGO tambem se queixam frequentemente de dyspha-

gia. Alguns AA. pretendem explicar este symptoma dizendo que parte dos alimentos ingeridos penetram no diverticulo, onde produzem reacção inflamatória, determinando espasmos que se traduzem por dor e dysphagia. Outros acham que os alimentos vão se accumulando aos poucos no diverticulo que uma vez cheio determina compressão no esophago e consequentemente a dysphagia.

As regurgitações frequentes, o halito fétido, a idade do paciente, a acção relativamente pouco maléfica verificados nos diverticulos, aliados aos exames complementares permitem um diagnostico relativamente facil entre diverticulo e cancer.

Devemos assignalar, todavia, a possibilidade deste erro de diagnostico. Não raro, doentes portadores de carcinoma tem sido levados á mesa operatoria com diagnostico de diverticulo.

5. AS ESTENOSES CICATRICIAES, lesão organizada, determina tambem dysphagias permanentes.

Decorrem ou de processos inflamatórios (esophagites agudas ou chronicas), ou de lesões produzidas por instrumentos cortantes ou perfurantes (facas, armas de fogo, etc.), ou, finalmente, a quasi totalidade, de lesões corrosivas produzidas por substancias causticas que foram ingeridas por engano ou por tentativa de suicidio. Estas estenoses cicatriciaes apresentam notavel mortalidade; acerca de 50% fallecem em virtude de um estreitamento progressivo, desnutrição, perfuração ou outras complicações.

Os dados anamnésicos são sufficientes para diagnosticar-as de Cancer do esophago.

6. Nos ESPASMOS DO ESOPHAGO ou ESOPHAGISMO a dysphagia constitue o symptoma primordial. Decorre de uma contractura reflexa produzida pelo X par craneano, em virtude de causas varias; lesões da parede esophageana, ulcera laryngéa, hyperacidez estomacal, tabes dorsal (crise esophageana), affecção do cardia ou molestias idiopathicas como o hysticismo.

A maioria dos AA. não mais admittem ser o esophagismo uma affecção cryptogenica. GUISEZ concluiu dos seus estudos sobre a DYSPHAGIA ESPASMODICA que esta depende de uma causa local, decorrente de alimentação deglutida rapida e insufficientemente mastigada. Esta irritação

constante poderá determinar até estenose organica, em seguida a inflamação chronica das paredes do esophago.

A *dysphagia* espasmodica apresenta um caracter differencial com a do cancer: enquanto que neste o symptoma começa aos poucos e progride cada vez mais, sem o menor signal de melhora, no esophagismo a *dysphagia* póde apparecer subita e intensamente e ser intermitente.

7. O MEGAESOPHAGO (mal do engasgo) é uma afecção caracterisada por uma estenose ao nivel do cardia, dilatação e hypertrophia do esophago que apresenta clinicamente signaes e symptomas que podemos encontrar no cancer esophageano. O seu quadro clinico é caracterisado pelos elementos seguintes: *dysphagia intermitente*, dôr retro external, regurgitação, constipação de ventre, ansiedade durante a alimentação, emmagrecimento, etc.

A *dysphagia* é consequencia da parada do bolo alimentar no nivel do cardia. Alguns doentes conseguem fazer o alimento chegar ao estomago bebendo um góle d'agua depois de haver engulido o bolo alimentar. A *dysphagia* nem sempre é permanente; ha doentes que passam periodos longos sem perturbação na degglutição.

Até ha pouco tempo duas principaes doutrinas procuravam explicar a sua pathogenese: theoria espasmodica do diaphragma e a theoria do espasmo nervoso do cardia. (alguns AA. ainda longe as admitem).

Modernamente, o megaesophago é considerado como decorrente de um disturbio no funcionamento do cardia que provém de uma desharmonia entre o peristaltismo do esophago e a abertura do esphincter cardiaco. O fechamento deste esphincter é regulado pela acção combinada dos nervos vago (dilatador) e do systema sympathico (constrictor). Esta função (abertura do cardia) é autonoma e regulada pelos plexos de Auerbach. A lesão destes plexos que ocorre no megaesophago (trabalhos recentes de Moacyr Amorim, Alipio Corrêa Netto e Eduardo Etzel), determina a persistencia sómente dos movimentos paristalticos que são de natureza myógena. Disto resulta a desharmonia entre o peristaltismo e a abertura do cardia.

A lesão do systema nervoso autonomo acarreta o que Moacyr Amorim e Alipio Corrêa Netto denominam de "*Bloqueio do Cardia*", isto é, o esophago se torna incapaz de coordenar a sua movimentação.

A anamnese, o exame clinico e as provas complementares não permitem confusão com o cancer. Neste ha um estreitamento organico que evolue lenta e progressivamente e os seus portadores não resistem mais que um anno. O megacosphago, apesar de ser martyrisante, nunca abandonar o doente e poder leval-o até o marasmo é molestia de longa duração.

8. Finalmente, a dysphagia constitue o symptoma dominante no CANCER DO ESOPHAGO e apparece cedo.

"A difficuldade de engulir um pedaço de pão ou de carne, constitue, segundo a expressão de GUISEZ, o *signal de alarma do cancer do esophago*". É o principal elemento para o diagnostico e aquelle que leva o doente ao médico. Nas 21 observações que tivemos a oportunidade de compul-sar no archivo da 3.^a M.H. (serviço do Prof. Ovidio Pires de Campos) da Santa Casa de Misericordia, a DYSPHAGIA constituia a principal queixa dos doentes. Symptomas e signaes importantes taes como: regurgitações, sialorrhéa, dôr expontanea, ganglio de Troisier, etc., pôdem faltar, mas, nunca a dysphagia. A dysphagia cancerosa tem caracteres especiaes que são os revelados pelo nosso doente.

Como vimos na anamnese, o paciente objecto da nossa observação começou sentindo uma extranha sensação pela difficuldade com que os alimentos transitavam pelo esophago. Essa dysphagia foi se accentuando lentamente, de tal sorte, que em pouco tempo estava impedido de ingerir alimentos seccos. Com o progredir da molestia a sensação do engasgo se tornou tão evidente que sómente pequenas porções de liquidos conseguiam franquear a estenose esophageana que parecia estar localizada na região cervical.

Temos a impressão de que além do processo tumoral que difficultava a ingestão de alimentos havia ainda um certo gráu de espasmocidade. Somos forçados a pensar assim porque, no inicio da nossa observação do doente notámos que este costumava tomar um góle e esperar alguns momentos para que elle começasse a franquear a constricção.

O paciente relatava que uma vez iniciada a descida do liquido o restante se fazia com maior facilidade. Acreditamos que a presença do liquido parado proximo á estenose tumoral exercia, por acto reflexo, o relaxamento de espasmo ahí existente.

Com a marcha da molestia a dysphagia se accentuou extraordinariamente. Nos seus ultimos dias a estenose eso-

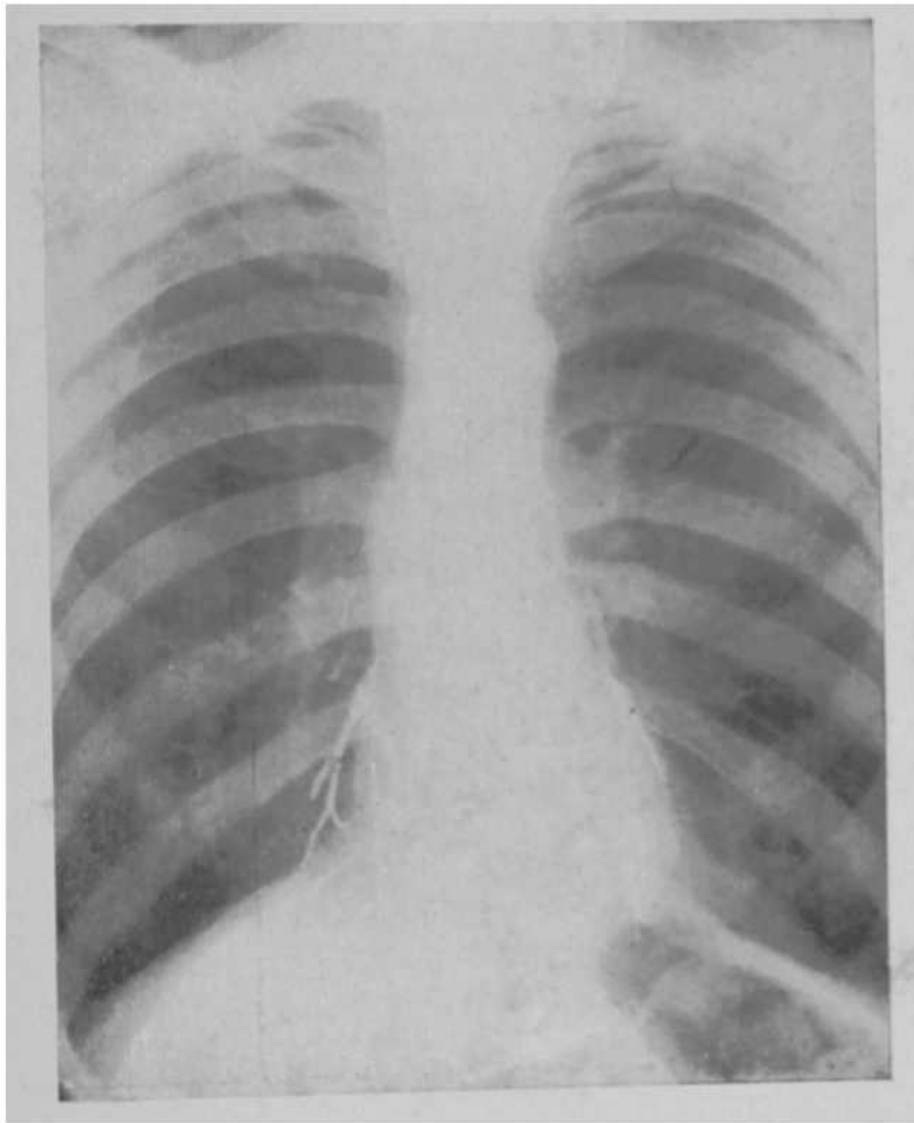


Fig. 1

Nítida bronchographia bi-lateral simulando a existencia de fistula esophago-tracheal na altura da neoplasia esophageana.

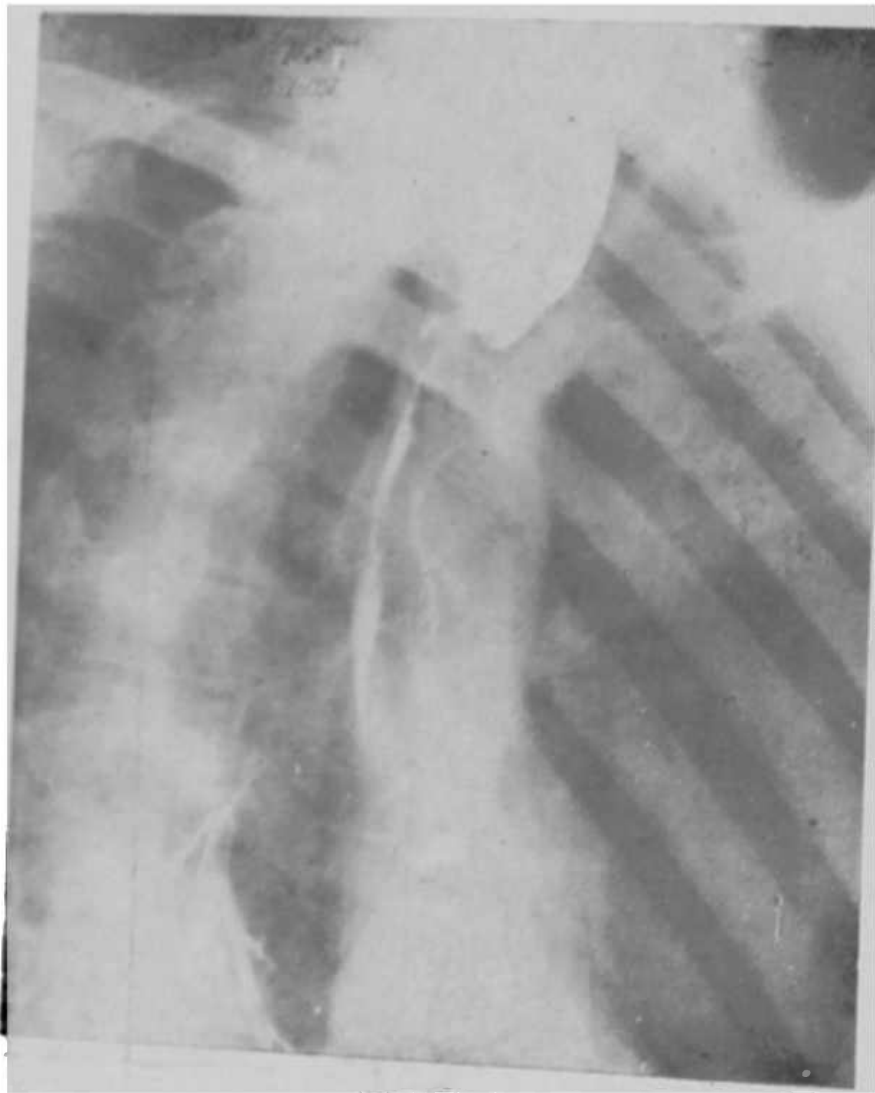


Fig. 2

A radiographia em O. D. A. mostra os bronquios ocupados pela substancia opaca e o ponto de parada desta quasi na altura do terço superior do esophago (punho externo).

phageana era total, a sua luz estava completamente obliterada, nada mais passando.

Estava assim *diagnosticado clinicamente o Cancer do esophago*, provavelmente localizado no terço superior.

EXAME RADIOGRAPHICO

Afim de confirmar o diagnostico clinico e marcar com exactidão a localização alta da neoplasia o doente foi submettido á prova radiographica.

O seu estado não permittia um exame radioscopico cuidadoso que teria real valor para o estudo de expansibilidade e motilidade do orgão, nem muito menos a utilissima prova da esophagoscopia.

Contentamo-nos com a radiographia. Duas chapas foram tiradas: frente e perfil (obliqua ant. direita a 45° (figs. 1 e 2).

O relatorio do radiologista foi o seguinte:

“Parada da substancia opaca na altura da articulação esterno-clavicular, com imagem lacunar — *Cancer. Comunicação tracheo-esophagiana*, desenhando a *bronchographia bi-lateral*”. 18-1-936. a) dr. Marcelo Soares.”

Tratava-se realmente de um Cancer localizado no 1/3 superior do esophago.

Entretanto, deste exame resultou um facto que não suppunhamos: *a comunicação tracheo-esophageana, traduzida por nitida bronchographia bi-lateral*.

Estas lesões fistulosas quer do esophago para a trachéa ou para o bronchio, ou, vice-versa, são relativamente raras.

Podemos encontral-as, não sómente no cancer do esophago que quasi sempre apparece no ponto de bi-furcação da trachéa, mas, tambem em outras affecções: a) *blastomycose* que póde determinar adherencias peri-esophageanas, perfurações e fistulas; b) *ulcerações* do esophago, devidas a *lues, tuberculose e actynomycose*.

A existencia de fístula tracheo-esophageana foi suspeitada durante o preparo do doente junto ao Raio X. Intenso acesso de tósse indicava a existencia do liquido de contraste no interior dos bronchios.

Reveladas as chapas surgem as magnificas imagens do

desenho bi-lateral dos bronchios. Era mais um aspecto interessante que offerecia o caso em estudo.

Infelizmente a precariedade do estado do doente, com uma cancerose avançada a contar-lhe os dias de vida, não permittia recurso therapeutico efficiente algum. Lançando mão de todos os meios cabiveis no caso o paciente recebeu durante os poucos dias que esteve internado uma medicação symptomatica constituida por linimentos, tonicos, sôros, etc., para minorar os seus padecimentos.

LAUDO MACROSCOPICO AUTOPSIAL

Nove dias depois da sua entrada na Santa Casa era procedida a autopsia. Acompanhámos a necropsia procedida no Departamento de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina pelo dr. Moacyr Amorim.

Do seu minucioso relatorio destacamos o seguinte trecho que apresenta interesse:

"ORGÃOS DO PESCOÇO: — Lingua achatada. Anel lymphatico bem desenvolvido. Pharynge de mucosa pallida. Amygdalas atrophicas, nada mostrando de particular a não ser abundante quantidade de catarrho esbranquiçado que preenche os seios piriformes. *Esophago mostra ao nivel da metade superior do terço médio, na altura do rebordo inferior da thyroide, a existencia de uma massa tumoral vegetante, irregularmente ulcerada que oblitera grande parte da sua luz. A massa tumoral tem coloração esbranquiçada e se alonga n'uma extensão de 5 cms., envolvendo-se annularmente em toda a parede. As demais porções do esophago mostram uma hyperemia com ligeira ectasia das veias esophagianas, sem a formação de varizes. Aberta a trachéa pela sua face anterior não se nota nenhuma solução de continuidade da sua parede que demonstresse uma comunicação com a formação tumoral atraz descrita. A mucosa é pallida bem como a do larynge. Thyroides levemente augmentada de volume, apresentando alguns nodulos com rico conteúdo claro transparente. Ganglios peri-tracheaes e da bifurcação atrophicos e fortemente pigmentados de preto sem signaes de metastases carcinomas".*

(N.º SS. 7261/36 — Necropsia em 27-1-936 (10 hs.) — Obito em 24-1-936 (22 hs) — Necropsiante: Dr. Moacyr Amorim — Dept. Anatomia Pathologica Faculdade Médica).

Doença: CARCINOMA ESTENOSANTE ANNULAR DO ESOPHAGO.

Causa mortis: CACHEXIA CANCEROSA.

Factos de summa importancia nos veio revelar a necropsia: além de confirmar e localizar precisamente a neoplasia e de evidenciar a ausencia de infarctamento carcinomatoso ganglionar, conclue pela não existencia de comunicação entre o esophago e a trachéa.

Como explicar a imagem nitida da bronchographia bilateral apresentada nas duas chapas radiographicas?

Não resta a menor duvida que a substancia opaca passou pelas vias aereas superiores. Afim de explicar este transito anormal seguido pelo meio de contraste radiologico apresentamos dois factos:

1) — a existencia de uma estenose neoplasica obliterante no inicio do esophago, muito proximo da larynge, permitindo um transbordamento do liquido de contraste quando em relativa abundancia;

2) — a existencia de ondas peristalticas e *anti-peristalticas* no esophago capazes de movimentar a massa opaca fazendo-a descer e *subir* alternativamente, o sufficiente para determinar o transbordo para as vias aereas superiores, em seguida ao abaixamento da epiglote.

Acreditamos que a condição anatomica do tumor aliada ás contracções physiologicas do orgão permittiram o apparecimento da bronchographia bilateral nitida.

CONCLUSÕES

1.º — O apparecimento de estenose esophageana em individuo de idade superior a 45 annos, acompanhada de emagrecimento rapido e cujos symptomas caracterisam uma dysphagia que se accentua sempre progressivamente — faz pensar tratar-se de *carcinoma*;

2.º — O ganglio de Troisier e a queixa de dôr não são muito frequentes em neoplasia esophageana;

3.º — As chapas radiographicas de neoplasias estenosantes localizadas no esophago, do terço médio para cima, com imagens bronchographicas, embora nitidas, não permittem affirmar a existencia de fistula esophago-tracheal.

BIBLIOGRAPHIA

- 1 Diagnostico topografico-clinico dos aneurismas aorticos. Prof. Almeida Prado. Revista de Medicina, n. 57, pag. 75 (1932 — Dez.)
- 2 Resumo das sessões do 1.º Congresso Brasileiro do Cancer — Vida Medica, n. 30, pag. 883 (Dezembro 1935).
- 3 Essai sur la Pathogénie du Cancer, 1930; Léon Bouveret.
- 4 Contribuição ao estudo do mal de engasgo. — Prof. Enjolas Vampré, 1919.
- 5 Diverticulos do Esophago (thèse) — Dr. Edmundo Vasconcellos, 1928.
- 6 Las sombras redondeadas localizadas en el mediastino (Estudio radiológico — Dr. Juan José Beretervide — Revista Médica Latino-Americana, n. 194, pag. 189.
- 7 Sobre um caso de fistula esophago-bronchica esquerda, bacillar — Dr. Amil José Rodrigues — Revista Medicina, Cirurgia e Pharmacia — Outubro 1935, pag. 727.
- 8 A endoscopia a serviço do carcinoma esophagiano (thèse inaugural) - dr. Ricardo Vaz Guimarães — 1932.
- 9 La radiologie du médecin praticien (Radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif) — Ledoux-Labard, 1925.
- 10 Diagnóstico Rontgenológico de las enfermedades internas — H. Assmann (Tomo II), 1936.
11. Pathologia Externa, Forgue (Ed. Hesp.).
12. La pathologie digestive — Carrie e Perier — Le Monde Médical, Mars, 1936, pag. 130.
13. Cancer do aparelho digestivo — dr. Raul Pontual. — Revista de Medicina e Pharmacia — 1929, pag. 599.
- 14 Radiographia do Cancer do esophago e da pharynge, resultados immediatos e afastados. — Jean Guisez. (Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia, 1927, pag. 345).
15. Cancer de l'oesophage — Louis Ramond — Petites Cliniques, Le série, 1930 — pag. 252.
16. Mal de Engasgo — Histopathologia e pathogense do megaesophago e megarecto. Considerações em torno de um caso. Moacyr Amorim e Alipio Corrêa Netto. Annaes Faculdade Medicina S. Paulo. 1932, vol. 8, pag. 101.
- 17 Mal de Engasgo — Neuropathologia do megaesophago e megacolon. Estudo de 5 casos — Eduardo Etzel — Ann. Fac. Med. S. Paulo — 1934, vol. 10, pag. 383.
- 18 Mal de Engasgo — Tratamento de megaesophago pela dilatação retrograda intragastrica. Alipio Corrêa Netto — Ann. Fac. Med. S. Paulo, vol. 10 — 1934, pag. 397.
19. Cancer mediastino-pulmonar. Ch. Flanchin — Press. Med. — Jul. 1934, pag. 1122.
20. Cancer pulmonar — Complicação e sequellas. E. Aron — 1930, Press. Méd. Jan.
- 21 Actualidades do Cancer. Juster — Press. Méd. — 1934, Jun., pag. 1054.
- 22 Cancer — Epidemiologia e estatistica — Moinsoin — Press. Méd., Jan. 1930.