

Esofagectomia com esofagostomia pré-aórtica*

EGBERTO MOREIRA PENIDO BURNIER

Chefe de Clínica e de Cirurgia Torácica do Serviço Nacional de Câncer

A cirurgia do esôfago, para aqueles que vem de perto seguindo a evolução célere da cirurgia torácica, não possui mais segredos. Desde que se disponha de um banco de sangue e de um aparelho de anestesia moderno de hiperpressão, a cirurgia do esôfago fica acessível a qualquer cirurgião bem formado, bastando para tanto, conhecimentos da mecânica respiratória e traquejo em sutura estanque do tracto digestivo.

No Instituto de Câncer, do Serviço Nacional, a cirurgia do esôfago teve início em 1950, quando pudemos ter à mão os apetrechos indispensáveis à realização da cirurgia torácica, tendo-se realizado desta época até o presente, cerca de sete esofagectomias, tôdas com resultados favoráveis. Em Janeiro de 1952 houve, seguindo a tendência geral de todos os grandes centros, a divisão em especialidades, dentro do vasto setor da Cancerologia, cabendo a nós, a chefia da cirurgia torácica. Acumulando assim as funções de Chefe de Cirurgia torácica e de Chefe de Clínica, temos procurado dar um cunho clínico e técnico à cirurgia do Câncer, afim de justificar a confiança em nós depositada. Pois bem, de Janeiro para cá praticamos três esofagectomias sendo uma em clínica particular. A 2.^a esofa-

gectomia dêste grupo, é precisamente aquela de que nos ocuparemos. Por ter sido uma esofagectomia alta, do terço médio para o superior, em que tivemos de entrar em contacto com a crossa da aorta, achamos interessante trazer os resultados de nossa experiência, tanto neste caso como nos outros, aos distintos colegas de Juiz de Fora. Acham-se mesmo aqui presentes cirurgões afeitos à cirurgia torácica e com maior experiência do que a nossa. A êstes, pedimos licença para comentar, sem qualquer pretensão, o caso apresentado e cujos resultados foram brilhantes.

Antes porém, faremos algumas considerações anatômicas, muito sucintas, afim dos colegas poderem localizar bem o sítio, a extensão e as manobras necessárias à execução dessa cirurgia.

O esôfago é um tubo músculo-membranoso, retilíneo, que do faringe se estende até o estômago, atravessando assim três segmentos do corpo: pescoço, tórax e abdome. Por isso mesmo êle toma as designações de esôfago cervical, torácico e abdominal. Os limites anatômicos destas três porções dis-

(*) Trabalho apresentado às "VIII Jornadas Médicas de Juiz de Fora".

tintas do esôfago são os seguintes: o esôfago cervical começa ao nível de um plano horizontal que passa pela borda inferior da cartilagem cricoide; ao chegar à fúrcula, em correspondência com a segunda vértebra dorsal, penetrando no tórax, o esôfago se torna torácico estendendo-se até D7 ou D8 quando, atravessando o diafragma, passa a formar o esôfago abdominal, terminando-se à entrada do estômago onde uma faixa bem delimitada, constitui o cardia. As relações do esôfago com os órgãos vizinhos são interessantíssimas, variando em cada segmento considerado. Para não nos estendermos demasiado, daremos, ainda que sucintamente, as relações do esôfago torácico. O esôfago, mantém relação íntima em toda a sua extensão, com a coluna vertebral, sobre a qual se aplica e segue suas curvas em sentido antero-posterior, afastando-se um pouco dela a partir da 5.^a vértebra dorsal. Apresenta ainda desvios laterais a ponto de constituir duas curvaturas, uma superior de concavidade direita e outra inferior de concavidade esquerda. Dada a sua profunda situação no mediastino posterior ele foge à exploração clínica direta, só sendo visualizado diretamente pela endoscopia (esôfagoscopia) ou indiretamente pelas radiografias contrastadas. No próprio segmento torácico do esôfago podemos distinguir duas porções: uma acima do cajado da aorta, porção supra-aórtica, em que o esôfago se mantém retro-traqueal e uma porção inferior, infra-aórtica em que o esôfago é retro-cardíaco ou retro-pericárdico.

A porção supra-aórtica é de difícil acesso pelos seguintes motivos: 1.^o re-

lações e proximidade com os grossos vasos da base do coração; 2.^o) união íntima entre o esôfago e a traquéia a ponto de se confundirem as fibras de um e outro segmento, no chamado músculo traqueo-esofágiano. Lateralmente o esôfago supra-aórtico mantém relações à esquerda com a carótida primitiva esquerda e um pouco para trás com a primeira porção da artéria subclávia esquerda; entre estes elementos passa o pneumogástrico que abandona o recorrente ao chegar à face anterior da aorta, para seguir daí por diante no ângulo diedro formado entre o esôfago e a traquéia. Ainda à esquerda, num plano um pouco mais posterior, já no tecido para-vertebral, caminha o canal torácico. À direita, as mesmas relações com a carótida primitiva e sub-clávia e seu tronco comum braquio-cefálico, estando a pleura mediastínica mais afastada desse lado do esôfago, bem assim o recorrente direito, que só na sua origem mantém alguma relação com o tubo.

Na porção infra-aórtica o esôfago torácico se afasta da coluna e se aproxima da pleura mediastínica, permanecendo entre o pericárdio e a coluna vertebral.

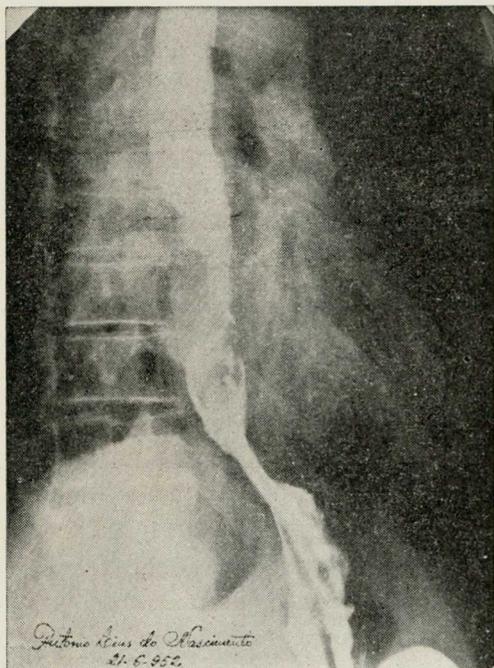
Abandonando a traquéia, entra em relação com o brônquio esquerdo, local onde se estende o colar dos gânglios intertraqueobrônquicos, que muitas vezes volumosos dificultam quando não contraídicam a esofagectomia. Daí torna-se retro pericárdico e através desta serosa entra em relação com a aurícula e ventrículo esquerdos pela sua face posterior. Na face superior do tórax, as intercostais direitas passam sob o esôfago mas, a partir da 6.^a

vértebra dorsal, são as intercostais esquerdas que cruzam sua face posterior. Vistas ligeiramente as relações do esôfago torácico, nos permitiremos referir mais algumas palavras sobre os meios de fixação resistência e constituição do esôfago. O esôfago se fixa pela continuidade que mantém com o faringe e o estômago e ainda por meio de fascículos conjuntivos enviados a todos os órgãos vizinhos e fibras musculares que de sua túnica mais externa vão ter à tranqüeia, brônquios, aorta e anel esofagiano do diafragma. Quanto à resistência do esôfago, sabemos que suporta pressões consideráveis, sendo a mucosa a menos extensível; sob a ação de tensão, o esôfago não se rompe, mas se fende longitudinalmente, propriedade que deve sempre ser lembrada na cirurgia esofagiana. Da estrutura do esôfago, a mucosa é a mais importante das 3 túnicas do tubo, pois que espessada, de 8 décimos a 1 milímetro, resistente e de uma cor branco acinzentada, dela se utiliza o cirurgião para efetuar uma boa anastomose. O epitélio é do tipo pavimentoso estratificado semelhante ao da bôca e faringe. A mucosa se assenta sobre um derma ou corion, que logo se continua com a 2.^a camada do esôfago, a túnica celular. Anexas à mucosa encontramos glândulas, ditas glândulas esofágicas principais, tipo acinosas, que se dispõem na maioria sob a *muscularis mucosæ*, portanto na que lembra com certa fidelidade a camada celular. Aí se encontram também, em menor as glândulas cárdicas, encontradas na porção cárdica do estômago. Daí o seu nome. Distribuem-se de preferência nas proximidades do cárdia e são do tipo tu-

bulosas ramificadas, localizando-se geralmente acima da *muscularis mucosæ*. A 3.^a túnica do esôfago é constituída pela muscular, e é composta de duas camadas; a circular interna e a longitudinal externa. Esta túnica muscular, pelas suas conexões fixa o órgão e forma na face posterior da laringe o ligamento triangular de Gillette. E' continuação da muscular do faringe e não sofre solução de continuidade com a túnica homólogo do estômago.

Para terminar, algumas últimas palavras sobre a vascularização e a inervação do esôfago. As artérias provêm de várias origens, de acôrdo com o segmento a considerar: artérias esofágicas superiores, ramos das tireoidéias inferiores, ramos diretos da aorta torácica, ramos das artérias brônquicas e intercostais, e as artérias esofágicas inferiores que são ramos da diafragmática inferior. As veias formam um rico plexo sub-mucoso que se comunica através da parede do esôfago com o plexo peri-esofágico que deságua nas tireoidéias inferiores, nas ázigos, nas diafragmáticas e coronárias estomáquicas. Importante nesta circulação venosa é a opinião de Dussausay que diz: "o sangue venoso do têrço inferior do esôfago é tributário da coronária estomáquica e portanto do sistema porta, estabelecendo assim uma grande rêde de circulação colateral venosa entre o sistema porta e os sistemas ázigos e cava superior.

Os linfáticos se distribuem em duas rêdes, uma mucosa e outra muscular. Daí nascem troncos que vão à periferia do esôfago e que na porção cervical são tributários da cadeia do esterno-cleido-occipito-mastoídeo e da cadeia



Radiografia pré-operatória, mostrando lesão do tipo produtivo ao nível do terço inferior do esôfago, com imagem típica de falha de enchimento. Vê-se ainda que não há dilatação supra estenótica. Observe-se o pregueado grosseiro do estômago

dos recorrentes. No tórax esses troncos vão em primeiro lugar aos gânglios peri-esofágicos que são parte dos gânglios mediastínicos posteriores e que se distribuem de preferência na face posterior do esôfago e não têm correlação com os gânglios traqueo-brônquicos; na porção abdominal os linfáticos esofagianos se distribuem aos gânglios próximos ao cárdia e somente por esta via chegam aos gânglios traqueo-brônquicos.

A inervação do esôfago provém de várias origens: do pneumogástrico e do simpático. A secção do pneumogástrico, era temida no princípio da cirurgia do tórax sendo acusada de provocar a parada brusca do coração. Sabe-se hoje

que este acidente é mais função da anestesia: a excitação do vago só é seguida de paralisia quando o doente se acha em anoxia.

Feitas estas considerações imprescindíveis, passaremos ao estudo do caso:

Trata-se do Sr. A.L.N., registado sob o n.º 22.440 no Serviço Nacional de Câncer, de 60 anos de idade, côr branca, comerciário, casado.

Procurou o Serviço Nacional de Câncer em Junho de 1952, sendo trazido pelo Dr. Veiga Cabral.

Informou-nos o paciente que há cerca de 6 meses começou a notar dificuldade à deglutição, tendo procurado vários médicos. Finalmente o radiologista Dr. Castro Pinto, fez o diagnóstico de câncer do terço inferior do esôfago. A sua história é uma repetição comum e monótona de todo doente de esôfago, começando por dificuldade à deglutição de sólidos, passando esta dificuldade para os semi-sólidos e finalmente para os líquidos. Algumas vezes se referia a dores retro esternas baixas, com irradiação para as regiões lombares e dorso, principalmente para o lado esquerdo localizando-se na ponta do omoplata. Conta-nos ainda que, forçando a alimentação, pois sabia que seu estado de fraqueza era oriundo da falta de alimentos, não raras vezes sentia como que a parada dos alimentos antes de caírem no estômago e por vezes os mesmos regorgitavam.

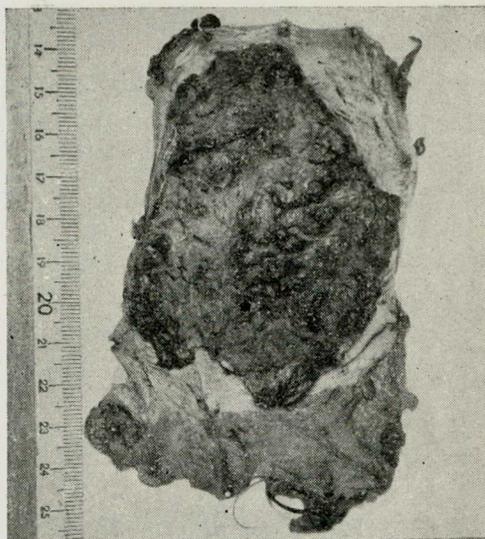
Indivíduo emagrecido, longilíneo, mucosas descoradas; a desnutrição ainda não era extrema, pois conseguia deglutir líquidos.

O exame radiológico trazido pelo paciente e confirmado após novas

chapas mostrava a ausência de lesão pulmonar e falhas de enchimento na extensão de 5 a 6 cms. ao nível do terço inferior do esôfago. Diagnóstico radiológico de blastoma do terço inferior do esôfago. A esofagoscopia executada pelo Dr. W. G. Lamprecht, assistente encarregado da seção de endoscopia e otorinolaringologia do S.N.C., mostrou um tumor úlcero-vegetante, muito sangrante, situado a 22 cms. da arcada dentária superior. Neste local, foi praticada a biópsia cujo resultado foi: carcinoma epidermoide, (Prof. Francisco Fialho). Com o diagnóstico firmado de câncer do terço inferior do esôfago foi intensificado o pré-operatório que durou 12 dias, no sentido de colocar o paciente nas melhores condições possíveis.

Hidratado convenientemente o paciente e postas as taxas sanguíneas no seu real valor de equilíbrio à luz da volemia, feito um balanço do risco cirúrgico por exame clínico perfeito, em que não foi esquecido o eletrocardiograma, o paciente foi levado à sala de cirurgia no dia 2-7-52. Os cuidados pré-operatórios da véspera consistiram em toilete, higienização da boca e do esôfago, por lavagens que vinham sendo feitas há alguns dias. Colocação de uma sonda de borracha no esôfago, com a qual o paciente foi para a sala de cirurgia.

Pressão arterial 16 x 9. Anestesia pelo expiro-pulsator, com intubação. Foi usada a mistura, protóxido de zázoto, eter, oxigênio. A curarização foi feita com Flaxedil, tendo a dose total sido de 10 cc. durante o decorrer do ato operatório. Não houve nenhum acidente anestésico. Indução pelo thionembutal.



Peça operatória de A. L. N., mostrando o volumoso tumor que quase ocupava a circunferência do esôfago. A ressecção foi praticada com boa margem de segurança acima e abaixo do tumor

Intervenção proposta: esofagectomia com esofagogastrostomia.

Operador: Dr. Egberto Moreira Burnier.

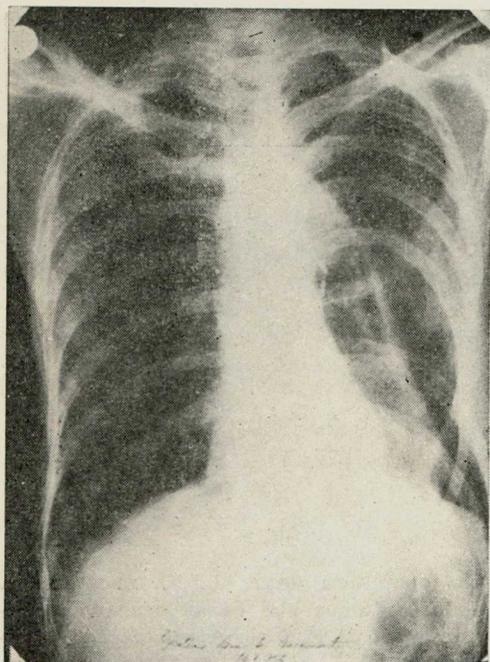
Auxiliares: Drs. Amaury da Silva Barbosa e Hélio Nogueira de Sá.

Durante o ato cirúrgico o paciente tomou cinco litros de sangue por duas veias previamente caterisadas.

ATO OPERATÓRIO

O paciente foi colocado em decúbito lateral direito, depois de devidamente anestesiado e intubado, com os membros superiores mantidos para diante e fixados em suportes adequados.

A posição dos membros, foi disposta, de modo a poder ser feito o controle de pressão arterial e ao mesmo tempo injeção endoflética de Thionembutal, sôro e sangue.



Radiografia efetuada no 2.º dia de operado. Vê-se à esquerda a sombra do corpo do estômago e a perfeita expansão pulmonar desse lado. Falta a 7.ª costela e há secção posterior do 6.º e 5.º arcos costais. Vê-se o colar dos agraes de magnésio deixado pela sutura total pela pinça de Von Petz

Antissepsia com solução de Mertiolato de todo o hemitorax esquerdo, incluindo raiz do membro superior homologo, pescoço e hemi-abdômen esquerdo.

Colocação dos campos operatórios, deixando a descoberto o hemi-arcabouço costal esquerdo, desde as linhas das apófises espinhosas até o externo.

Contadas de cima para baixo as costelas, tomando como ponto de reparo o ângulo de Louis, foi identificada a sétima. Sobre este arco praticamos com as costas do bisturi uma marcação tanto da sua projeção cutânea como pontos de reparo por traços transversos.

Tudo a postos, foi praticada uma incisão de aproximadamente 40 centíme-

tros seguindo o reparo costal previamente estabelecido e se estendendo desde a borda externa até 2 dedos transversos para diante da linha média posterior do corpo, interessando pele, tecido celular sub-cutâneo e aponeurose torácica. Hemostasia rigorosa por coagulação de todos os vasos que sangravam. Proteção dos lábios cutâneos da ferida cirúrgica com compressas fixadas por chuleio simples de seda número 1.

Secção da musculatura da face lateral do tórax, constituída do grande dentado e grande dorsal. Rigorosa hemostasia.

A ponta do omoplata foi libertada e mantida elevada por válvula protegida por compressa. Posta a descoberto a 7.ª costela foi praticada à bisturi a incisão do periósteo em toda a sua extensão, sendo feitas nas extremidades incisões perpendiculares. Descolamento periósteo com a extremidade em concha de descolador de Matson liberando-se assim a porção externa do periósteo. Com a sua extremidade em U fizemos a liberação perióstica da borda superior, no sentido de diante para trás e da borda inferior, no sentido de trás para diante, isto é, seguindo a orientação dos músculos intercostais. Com o destaca periósteo curvo, foi praticada em toda a extensão da costela o decolamento periósteo na sua face posterior.

Secção costal com costótomo, adiante ao nível da cartilagem costal e atrás, além da tuberosidade costal, retirando-se a costela.

Avisado o anestesista, foi aberto o tórax, por secção da pleura a bisturi.

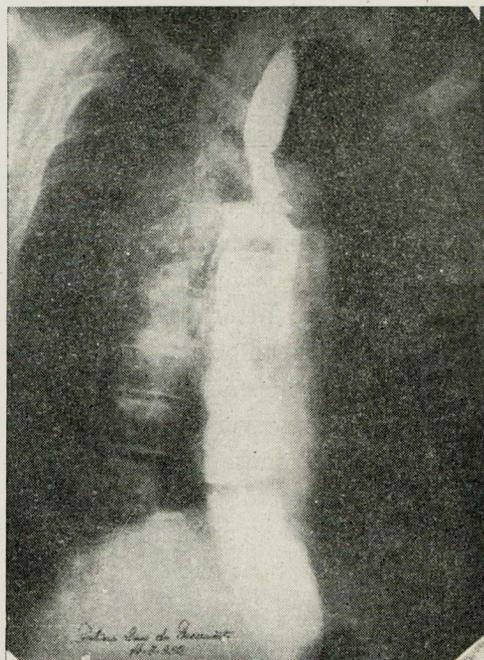
A inspecção da cavidade torácica revelou sínfises pleurais em vários pontos,

algumas delas estensas, inclusive ao nível do diafragma e do mediastino. Estas sinfises foram desfeitas a golpes de tesoura, expondo-se assim os elementos do mediastínio.

A aorta torácica, muito volumosa, mantinha até certo ponto mascarado o esôfago, tendo sido necessário o auxílio da palpação para sua identificação. Verificou-se assim que a lesão localizada pela radiologia no 1/3 inferior, era praticamente no 1/3 médio, estando o limite superior do tumor, cêrca de 3 centímetros abaixo da crossa da aorta. Desde logo verificamos a impossibilidade de anastomose do esôfago, sem mobilização do mesmo em relação à crossa.

Nessas condições a extensão da abertura torácica, desde que era necessária uma visão da extremidade superior do esôfago, também chamada supra aórtica, apesar da maior tração dada ao afastador de Sauerbruck, continuava diminuta. Praticamos então através do deslocamento cutâneo do lado superior da ferida, via de acesso à extremidade posterior da 6.^a e 5.^a costelas e, após os cuidados de descolamento periósteo, foram ressecados cêrca de 2 cms. de cada costela, obtendo-se assim pela re colocação do afastador de Sauerbruck uma conveniente abertura da ferida torácica.

Após a revisão do campo operatório iniciou-se a dissecção do esôfago pela abertura da pleura mediastinal, entre o esôfago e a aorta. A seguir, do outro lado do esôfago, procurou-se um plano de clivagem retro esofagiano para pinçá-lo por uma fita passada através dêste túnel neo-formado. A tração do esôfago praticada por êste meio, facilita o descolamento para cima e para baixo



Radiografia contrastada, feita no 12.^o dia de operado. Verifica-se o alto sítio de anastomose por comparação à sombra claviclar. Bôa passagem da bôca anastomótica. Cêrca de dois têrços do estômago se acham no tórax

que foi feito com manobras suaves, muitas vêzes digitais.

Completado o descolamento esofagiano desde a crossa até o diafragma, tendo-se cuidado minucioso com a hemostasia, foi praticada a abertura do diafragma em sentido radiado. Antes porém, fizemos colocar no leito esofagiano uma compressa embebida em sôro quente. A abertura do diafragma foi feita da periferia para o centro, da esquerda para direita e de diante para trás, pinçando-se cuidadosamente os vasos diafragmáticos, à medida que iam sangrando. Identificação do estômago, libertação do cárdia e da porção diafragmática do esôfago, libertação da grande curvatura do estômago começando pela ligadura e secção dos vasos

curtos, deixando "*in loco*" o baço. A libertação da grande curvatura foi feita respeitando-se "*in totum*" o arco arterial inferior formado pela gastro-epiplóica direita, pois que a esquerda foi ligada. A seguir foi libertada a pequena curvatura, começando-se pela ligadura da coronária estomáquica, mas respeitando-se o arco arterial superior pela preservação da pilórica. Liberado o estômago foi o mesmo mobilizado para cima, a fim de se verificar da possibilidade de anastomose de seu côto com o que restaria do esôfago após sua dissecação. Verificada a possibilidade desta anastomose em boas condições, isto é, sem tração, iniciou-se o tempo da ressecção. Com pinça de Von Petz foi seccionado o estômago logo abaixo do cárdia, no sentido transversal, deixando-se assim absolutamente íntegro o fundo gástrico que seria elevado futuramente para cima, para ser o sítio da anastomose.

Sobre os agrafes de magnésio da porção gástrica foi praticada uma sutura sero muscular e abandonado o estômago. Levantada a peça composta do esôfago e porção mais superior do estômago, foi iniciada uma nova fase operatória qual a da mobilização do esôfago por sob o arco aórtico.

O início dessa dissecação foi feita por dissociação digital por trás do esôfago de baixo para cima, além do arco aórtico. Dissecação romba da porção superior do arco aórtico, com tesoura. Identificados três ramos inter-costais foram os mesmos ligados e seccionados. Para completar, ainda com dissociação romba digital, individualizamos a crossa e o esôfago. Passamos por sob o arco aórtico uma pinça curva e apanhamos o fio



Foto do paciente com 13 dias de operado, vendo-se a cicatriz operatória cujos pontos foram retirados recentemente e o local da colocação do dreno pleural

que atamos ao cárdia. Por tração deste fio, ajudado por manobras digitais, puxamos o esôfago por de trás da crossa e o retiramos por cima.

Recolocado o esôfago para baixo verificamos que se mantinha nesta nova posição, por diante do arco aórtico, sem acotovelamento ou tração demasiada.

Através da brecha diafragmática apanhamos o estômago e levamo-lo sobre a aorta, fixando-o por diante da crossa por 2 pontos bem firmes, um interno na pleura mediastina e outro externo na pleura parietal.

Tracionamos ligeiramente o esôfago e praticamos uma sutura em pontos separados de seda entre a musculatura esofagiana e a porção sero muscular do

fundo do estômago, na sua face anterior. Verificado o limite mais alto do tumor, pela palpação, foi seccionado o esôfago da seguinte maneira: apanhamos o mesmo com mão esquerda, estando o dedo indicador limitando o polo superior do tumor; com o bisturi seccionamos lentamente as camadas musculares até o aparecimento da mucosa, manobra que foi repetida em toda a circunferência do esôfago por movimentos de bascula.

A secção da mucosa foi feita a milímetros adiante do nível da secção muscular, com intuito de deixar uma ligeira eversão da mucosa. Esta manobra visou facilitar, como realmente facilitou, a sutura total. Abertura de uma botoeira de cerca de 3 centímetros, na face anterior do estômago, interessando tôdas as suas camadas. Aspiração do conteúdo gástrico. A sutura total foi feita com pontos separados de seda n.º 0, procurando-se unir mucosa esofagiana com mucosa gástrica.

A manobra feita para a direita foi repetida para a esquerda completando-se assim a sutura total posterior. Passou-se a total anterior usando-se a mesma técnica quanto a sistematização da colocação dos pontos, porém diversa, quanto ao modo de passá-los: de dentro para fora na mucosa gástrica e de fora para dentro na mucosa esofagiana.

Para terminarmos a sutura esôfago gástrica, foi praticada ainda com pontos separados uma sutura entre a musculatura do esôfago e a sero muscular do estômago, igualmente próximos e cuidadosos como anteriormente. Rigorosa verificação de hemostasia. Síntese em pontos separados do diafragma deixan-

do-se uma brecha para passagem do estômago, não tendo havido fixação dêste órgão a êste nível.

O estômago ficou localizado no leito esofagiano e um pouco por cima da aorta, tendo sido ancorado por mais 2 pontos na pleura diafragmática e parietal.

Síntese da parede torácica com catgut n.º 2, cromado, pegando pleura e periósteo e ainda com chuleio cromado foi fechado o plano muscular. A síntese cutânea foi feita com pontos separados de seda. Antes de ser iniciado o fechamento do tórax foi praticada uma botoeira inter-costal, junto ao fundo de saco pleural esquerdo (nono espaço) através da qual foi passada uma sonda de borracha de Pezzer, seccionando-se a sua cúpula por incisão dos orifícios laterais.

A fixação desta sonda foi feita com ponto transcutâneo em *U* com crina de Florença, extra grossa; antes do fechamento da cavidade torácica foi praticada a insuflação pulmonar e só depois de extraído todo o ar pleural, foi dado o último ponto de síntese torácica. O vácuo pleural foi mantido pela ligação da sonda de drenagem ao aparelho de Wangensteen, previamente preparado, ainda dentro da sala.

Curativo oclusivo.

Post-operatório: o post-operatório correu desde as primeiras horas muito favorável. A pressão arterial manteve-se dentro dos limites normais. A respiração regular e rítmica. O pulso sempre tenso e cheio. O cateter nasal para oxigênio-terapia post-operatória foi levantado com 24 horas.

O paciente cumpriu tôdas as recomendações médicas ajudando-se a si próprio pela mobilização dos membros e pela tosse. O aparelho de Wangensteen funcionou a contento, tendo sômente sido interrompida a aspiração torácica com 36 horas, quando o paciente sofreu o primeiro exame radiológico post-operatório e andou pela primeira vêz. Daí por diante a aspiração torácica era ligada de 6 em 6 horas, havendo tempo para a deambulação do paciente. No 5.º dia foi suspensa a aspiração torácica por não haver mais nada a aspirar. Até o 4.º dia a alimentação foi parenteral, seguindo uma norma média de medicação seguinte:

1 — Anti-bióticos (penicilina e estreptomocina);

2 — Soluto de glicose a 5% (500 cc.);

3 — Vitamina C (1 gr.) e Vitamina B (Betalin 2 cc.) Pantopon de 12 em 12 horas (1 empôla). Coramina 1 empôla de 8 em 8 horas.

Foi feita aspiração pela sonda gástrica de 6 em 6 horas, sendo que a coramina e o Pantopon só foram ministrados nas primeiras 24 horas. A partir do 5.º dia a alimentação líquida foi iniciada em pequenas doses repetidas, de 2 em 2 horas à base de água e leite. No 6.º dia passamos aos mingáus ralos, no 7.º aos pastosos e do 8.º dia em diante a alimentação já era semi-sólida. No 12.º dia foi praticada uma radiografia contrastada evidenciando-se o perfeito trânsito esôfago gástrico e a quase totalidade do estômago dentro do tórax. O paciente teve alta no 12.º dia, para residência e sob vigilância do ambulatório.

COMENTARIO

O caso que vimos de apresentar é interessante como todo caso de câncer do esôfago, porém apresenta particularidades que acrescidas da experiência dos demais casos nos levam a enumerar as considerações abaixo:

1.º — Da localização — como já vimos na descrição do ato operatório, radiologicamente tratava-se de um neo do terço inferior do esôfago e cirurgicamente de um neo de terço médio para terço inferior.

2.º — Da via de acesso lateral esquerdo — cirurgiões há que preferem na cirurgia esofagiana o hemi-tórax direito justamente para evitarem a crossa da aorta. Confessamos que não temos ainda experiência da via de acesso à direita para esôfago, mas não constitui impedimento bastante para nós a presença da crossa, a ponto de preferirmos a via direita à esquerda. Verdade é que é mais fácil um isolamento da ligadura da ázigos do que um deslocamento da crossa, mas a relativa lateralidade esquerda do esôfago que se acentua na extremidade do cárdia nos impeliu para a via de acesso esquerda, ainda mais que o diagnóstico radiológico falava na localização do terço inferior.

3.º — Da permanência, no post-operatório, de uma sonda semi-rígida abaixo da anastomose esôfago-gástrica: há quem use este recurso, ao passo que outros o condenam. Indiscutivelmente se a anastomose foi bem feita, é indiferente usar ou não a sonda. A questão de se dizer que a presença da sonda macera a anastomose, favorecendo a sua deiscência, não pode suportar uma

crítica rigorosa. Aliás, a sonda aí colocada favorece a cicatrização porque pela retirada da secreção gástrica diminui o pêso sobre a sutura e evitando a distensão da mesma e favorecendo a cicatrização. O que se pode discutir nesta situação, não é o uso da drenagem post-operatória, e sim a qualidade da sonda. Para evitar o inconveniente da sonda semi-rígida, tem sido usada por alguns cirurgiões uma sonda absolutamente maleável constituída por tubo de borracha, semelhante ao dreno de Penrose, porém de maior comprimento. Assim evitaríamos o contacto da alimentação com a sutura preservando-a da maceração, pois que a sonda se abri-ria com a passagem do alimento, mas não se evitaria o contacto da sutura com os líquidos mucosos e salivares que encheram o estômago. E' verdade que poder-se-ia passar por dentro desta borracha um tubo semi-rígido e assim fazer a expiração desejada. Procuraremos no futuro usar um tipo semelhante ao que dissemos para melhor ajuizar das suas vantagens e desvantagens, assunto que oportunamente será das nossas considerações.

4.º — Da drenagem do hemi-tórax — a primeira questão é de que se deva ou não fixar o dreno e qual a sua maneira. Nas primeiras drenagens como usavamos uma sonda de Pezzer não colocamos fixação alguma, apenas fazendo a retirada do bico da sonda. Observamos que, com mobilização ativa do paciente e levantar precoce muitas vezes a sonda se deslocava ficando sub-pleural, e uma vez até subcutânea, dificultando sobremaneira o controle sobre a secreção da cavidade torácica e exigindo por vezes nova drenagem. Nestas

condições passamos a fixar o dreno colocado num espaço inter-costal próximo ao fundo de saco pleural por um ponto em *U* de crina, material que tem a vantagem de não aderir nem aos tecidos nem à borracha.

Alguns cirurgiões não drenam, preferindo evacuar periodicamente por punção de um espaço inter-costal o líquido. Este processo não é mau, porém necessita uma vigilância maior e um descuido pôde dificultar a respiração do paciente nos primeiros dias de post-operatório. Outros ao contrário em vez de usarem um dreno fazem uso de dois e três, exagero com o qual não concordamos, pois que um dreno bem colocado e funcionando satisfaz perfeitamente.

5.º — Toda a vez que podemos fazer uso da viscera gástrica para anastomose com o esôfago, preferimo-la mesmo nos casos de cirurgia alta, não havendo qualquer distúrbio por compressão de órgãos vizinhos desde que se ensine ao paciente o modo de se readaptar a nova condição, isto é, alimentação pouco copiosa e repetidas vezes. A tendência do próprio estômago deslocado de sua posição é de funcionar como tubo na porção endo-torácica e por dilatação sub-diafragmática de reproduzir aí a verdadeira função de depósito. Eis porque no princípio deve se ensinar o paciente a fazer a sua digestão de pé, para manter esta fisiologia, pois que a reflexão da porção do estômago supra-diafragmática pôde determinar distúrbios respiratórios e cardíacos por compressão.

6.º — Outro assunto próprio para esclarecimento é o que se refere ao fio

da sutura: preferimos o material inabsorvível especialmente a seda. Fêz-se uso também do linho e do algodão. Não temos razão nem base para usar a seda e menosprezar os demais.

Só somos contrários ao uso de material absorvível na sutura gástro-esofagiana e na ancoragem do estômago com o esôfago, porque em sendo absorvível, deixa as suturas frágeis antes de se completar a cicatrização.

7.º — Outro assunto digno de polêmica é o fato de levantar precoce. Somos partidários desta conduta evitando-se assim os grandes males de decúbito. Excepcionalmente levantamos os doen-

tes depois das 24 horas. No caso presente, só levantamos o paciente em 36 horas, justamente porque se tratava de uma anatomose esofago-gástrica, pré-aórtica em que os abalos rítmicos do grosso vaso poderiam facilitar, associadas à mudança de posição, à deiscência da sutura.

8.º — Quanto ao emprêgo do aparelho de hiper-pressão e a terapêutica pelo sangue, nos excusamos de comentários porque hoje constituem os grandes marcos ao lado dos anti-bióticos, aos quais deve a cirurgia tóraca a rapidez, segurança e brilhantismo com que é realizada.