

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1275

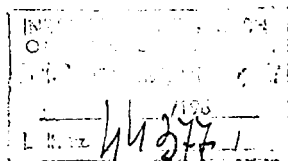
ROLUL ESOFAGOSCOPIEI ȘI BIOPSIEI
ÎN
CANCERUL ESOFAGIAN



PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SŪȘȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 16 Iunie 1938.

DE

BUTAN GHEORGHE 24 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH
Istologia și embriologia umană	" " DRAGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetrică	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " MICHAIL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicina operatorie }	" " POP A.
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " POPOVICIU GH.
Chimia medicală	Prof. " SECĂREANU ȘT.
Balneologia	Prof. " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. GH. BUZOIANU

MEMBRII: { " " " T. VASILIU
" " " V. BOLOGA
" " " GR. BENETATO
" " " M. KERNBACH

SUPLEANT: " Doc. " I. GAVRLĂ

INTRODUCERE

Cancerul esofagian fiind o afecțiune gravă a esofagului e necesar să fie cunoscut și mai ales diagnosticat cât mai precoce, acest fapt constituind singurul mijloc prin care ne putem orienta pentru a ajuta bolnavului. Într'adevăr, dacă nu se cunosc cancere esofagiene vindecate, există însă, incontestabile ameliorări pasagere după radioterapia, chiar atunci când s'a aplicat în neoplasmale destul de evolute. Constatarea acestora poate ridica sugestii de o valoare considerabilă: cunoscând debutul anatomic al cancerului, așa zisa fază precanceroasă, n'am putea opri evoluția lui prin această metodă terapeutică?

Simptomele clinice foarte rar ne fac să diagnosticăm începutul unui cancer esofagian care, în această fază, nu se manifestă decât prin o ușoară disfagie de care bolnavii nu se alarmează și pe care medicii, neștiind să o interpreteze, o elichetează ca o simplă turburare funcțională, pasageră a esofagului. Într'o fază mai înaintată a tumorii, în așa zisa fază de stare diagnosticul clinic se bazează pe simptomele unei stenoze progresive ca: disfagie, sialoree, cașecsie și inaniție. Ori, aceste simptome se găsesc, cam în aceeași măsură, în toate stenozele grave ale esofagului, de orice natură ar fi ele. Se pune deci întrebarea, într'un caz de stenoză esofagiană, dacă este sau nu vorba de neoplasm, cu atât mai mult cu cât s'a observat că, indivizii cu cancer esofagian după gastrostomie se refac și câștigă în greutate (*Guisez*).

Disfagia progresivă este semnul de alarmă al cancerului dar acest simptom poate lipsi, mai ales în faza de debut, cât și în localizarea tumorii în treimea mijlocie a esofagului. Cașecsia și inaniția sunt datorite disfagii încât

bolnavii slăbesc tocmai pentru că nu pot înghiți și nu din cauza anorexiei electivă, atât de caracteristică pentru alte cancere ale tubului digestiv. Vărsăturile și regurgitățile precoce se observă și în alte stenoze organice, ca și sialoreea ce se explică prin mestecarea îndelungată a alimentelor. Absolut caracteristice ar fi hemoragiile mari, sau micile strii emoragice din spută și regurgități însă aceste semne se observă extrem de rar. Prin urmare, nimic din tabloul clinic nu ne îndreptățește să confirmăm diagnosticul de cancer esofagian, în cât se înțelege ușor numărul considerabil de „*pseudo-cancere*“ diagnosticate în era preesofagoscopică.

Cam acelaș lucru se poate spune și despre examenul radiologic care, fără îndoială, este indispensabil în examinarea unui bolnav suspect de neoplasm esofagian, aducând un argument pro sau contra fără a tranșa, însă, cu certitudine diagnosticul. În concepția actuală a specialiștilor, cancerul esofagian este o afecțiune a cărui simptomatologie se confundă cu aceia dată aproape de toate stenozele grave și *nimic* nu ne permite să stabilim diagnosticul diferențial între „*adevăratele și falsele cancere*“ afară de examenul esofagoscopic, singurul ce ne oferă proba „*de visu*“. Într'adevăr, esofagoscopia e singura metodă de explorație care permite, pe viu, afirmarea cu certitudine absolută a diagnosticului de cancer esofagian chiar din prima fază a lui. Fără esofagoscopie, nici clinicianul cel mai bun, dupăcum nici radiologul cel mai versat, științificește, nu pot ajunge decât la o prezumție în materie de cancer esofagian.

În ceea ce privește teama pe care o au cei mai mulți față de esofagoscopie, mai ales în cancerul esofagian unde pericolul perforației poate fi pus, ea nu e motivată pentru că, deși rectiliniu și rigid, esofagoscopul nu devine agresiv decât prin neîndemănarea și brutalitatea celui ce-l manipulează. Acest fapt e de altfel în perfectă concordanță cu tendința ce o are esofagoscopia de a rămâne ca „*specialitate*“ chiar în domeniul oto-rino-laringologiei. Nu e nevoie ca fiecare medic practician să fie și endoscopist dar e de mare importanță ca, la cea mai mică bănuială, el să îndru-

neze suspexții la specialiști, capabili să semnaleze începutul unui cancer esofagian, procedând la o explorare esofagoscopică fără ezitare, dar cu multă prudență.

Esofagoscopia nu trebuie să rămână numai o prețioasă metodă de extracția a corpurilor străini; e necesar ca ea să fi aplicată în toate disfagiile vârstei de peste 40 ani, așa dupăcum orice răgușală persistentă la această vârstă e suspectă de cancer laringian și necesită întotdeauna o laringoscopie (*Buzoianu*).

Iată, credem, considerațiile pe cari le-a avut în vedere Dl. Prof. Buzoianu, atunci când a binevoit să-mi încredințeze subiectul acestei teze, pentru care țin să-i mulțumesc foarte mult.

În cele ce urmează, voi trata în prima parte, evoluția și tehnica la care a ajuns azi esofagoscopia iar în partea a doua a lucrării aplicarea acestei metode de explorare în cancerul esofagian și rezultatele ce le putem obține cu ajutorul ei.



I S T O R I C

Ideia esofagoscopii este foarte veche, însă primii cercetători n'au căutat să realizeze, dela început, un instrumentar special pentru examenul esofagului. Tentativele lor erau de a stabili un endoscop valabil pentru toate cavitățile naturale. Deabia la începutul secolului al XIX-lea au fost făcute primele tentative de esofagoscopie. Astfel, în 1807, *Bozzini* încearcă să vadă laringele și esofagul cu ajutorul unei mici oglinzi, pe care o introducea în faringe. Incercările sale n'au avut succes, încât endoscopul său n'a putut reține atenția Facultății din Viena, în fața căreia îl prezentase. Chestiunea e părăsită până la 1855. când un tenor spaniol, *Garcia*, reușește să-și examineze laringele prin aceeași metodă pe care o încercase *Bozzini*, creind astfel baza laringoscopiei indirecte. În 1860, *Voltolini* caută să examineze esofagul prin metoda laringoscopiei indirecte dar nu reușește din cauza pereților esofagieni pe care nu-i poate îndepărta. Aceleași tentative urmăresc și *Waldeburg*, *Stoerk* și *Semeleder* construind diverse îndepărtătoare și tuburi îndoite cu cari nu pot însă examina decât treimea superioară a esofagului. Toate încercările acestea infructuoase sunt recompensate deabia în anul 1865 când, *Desormeaux* prezintă Academiei de Medicină „endoscopul” său ce, în realitate, nu era decât un uretoscop. Acest aparat, aplicabil și în examenul căilor digestive, se compunea dintr'un sistem optic anexat tubului endoscopic, lung de 25 cm. Razele de lumină, plecate dela o sursă laterală, erau condensate de o lentilă pe suprafața unei oglinzi înclinate, care la rândul ei le reflecta în axa tubului, viziunea făcându-se printr'un orificiu al oglinzii reflectoare. Bazat pe acelaș principiu, *Küssmaul* construește, în 1868,

un tub lung de 47 cm., pe care introducându-l la un înghițitor de săbii, reușește să ajungă până la cardia. În felul acesta, *Küssmaul* demonstrează, în principiu, că orice om normal poate să înghită un tub rigid, lung de 45—50 cm. și cu diametru de 13 mm. atunci când gura, faringele și esofagul se așează pe aceeași linie dreaptă. Această descoperire esențială tranșează definitiv modalitatea de introducere a tuburilor în esofag, încât problema îndepărtătoarelor și a tuburilor curbate e părăsită complet.

Dela această dată, înclinațiile către esofagoscopie sunt tot mai accentuate și în 1881, *von Miculicz* publică prima lucrare importantă asupra esofagoscopiei și gastroscopiei. Cu toate acestea, endoscopia nu intră în perioada fecundă, decât atunci când se introduce luminajul electric proximal, fie sub forma de luminaj frontal, fie sub aceea de luminaj anexat de mânerul esofagoscopului.

În 1890, *Kirstein* construiește prima lampă frontală, ale cărei raze erau introduse în axa tubului prin sistemul optic inaugurat de *Desormeax*, încă dela 1865. Acest mod de luminaj e utilizat mult de *Killian*, întrebuințare care era răspândită până acum 10—15 ani. Cam în aceiaș epocă *Kasper* inventează un luminator fixat de mânerul tubului endoscopic, de o concepție foarte asemănătoare cu *lampa lui Kirstein*. Mai târziu, *Brünings*, elevul lui *Killian*, construiește și el un luminator foarte apropiat de mânerul lui *Kasper*, căruia îi dă numele de electroscop. Tot deodată el se ocupă și de forma tuburilor când construiește tuburile-mandrin (1907). În fine în 1905, *Guisez* pune la punct o oglindă Clar modificată, așa zisa „*oglină cu focar lung*“.

Dupăcum vedem, luminajul proximal este de concepție și realizare europeană. Incepând cu secolul al XX-lea, autorii americani, în frunte cu *Max Einhorn*, *Mosher* și mai ales *Chevalier Jackson*, creiază și perfecționează un nou procedeu de luminaj at tuburilor. Odată cu aceasta autorul din urmă modifică și construcția tuburilor cărora le dă diametre foarte înguste.

În rezumat, se poate spune că esofagoscopia n'a intrat decât foarte recent în faza sa de răspândire și utilizare practică și că școala americană a adus cea mai bogată contribuție la lucrările școalei germane și franceze cari, cu drept cuvânt, se pot numi adevărații precursori ai endoscopiei.



DIFERITE INSTRUMENTARE ȘI CONSIDERAȚIUNI CRITICE ASUPRA LOR

1. **Tubul lui Rosenheim** — esofagoscopul lui Rosenheim este cel mai simplu din câte se cunosc. El e constituit dintr'un tub cilindric, a cărui extremitate distală este o simplă secțiune orizontală a tubului încât poate traumatiza foarte ușor mucoasa esofagiană.

2. **Tubul lui Killian** este foarte asemănător cu esofagoscopul lui Rosenheim de care diferă numai prin extremitatea distală. Aceasta prezintă o proeminență circulară cu înălțimea de $1\frac{1}{2}$ mm. care face ca acest esofagoscop să fie mai puțin periculos pentru mucoasa esofagiană. Sursa luminoasă e o *lampă tip Kirstein—Killian* ce se fixează fie în jurul capului, fie pe mânerul tubului.

Ambele aparaturi de mai sus nu prezintă decât un interes istoric.

3. **Instrumentarul lui Brünings** e compus din următoarele piese principale :

- a) un electroscop ;
- b) o serie de tuburi de 5, 10, 12 și 14 mm. ;
- c) o pompă aspiratoare de mucus și salivă.

Electroscopul e constituit dintr'un mâner la extremitatea căruia e fixat, în unghiul drept, sistemul de luminat. Aparatul de luminaj produce o lumină foarte intensă, sursa fiind un bec de 4—12 volți, cu un filament metalic de o construcție originală. Razele luminoase plecate dela acest bec sunt concentrate de o lentilă plan-convexă pe suprafața unei oglinzi înclinată cu 45° , care la rândul ei, le reflectează în axa tubului, sub formă de raze paralele. Elec-

troscopul se pune la punct prin două dispozitive : primul, printr'o simplă rotație, ne permite să variem distanța dela bec la oglindă ; al doilea, prin mobilizarea oglinzii, plasează fascicolul luminos în axa tubului. Oglinda prezintă o fantă mediană prin care se face viziunea și introducerea instrumentelor în tubul esofagoscopului.

Tuburile instrumentarului Brünings sunt de două feluri :

a) tuburi spatulate (tuburi externe) și

b) tuburi-mandrin (tuburi interne ; „*tuburi de alungire*“).

Tubul spatulat, de o formă cilindrică, are extremitatea distală piezișe („*en biseau*“) cu vârful recurbat, ceea ce îl face mai apt pentru laringoscopia directă decât pentru esofagoscopie (*Guisez*).

Tubul-Mandrin este tot un tub cilindric, cu pereți foarte subțiri și cu extremitatea inferioară circulară. El se introduce în tubul spatulat după așezarea prealabilă a acestuia, încât să posibilitatea de prelungire a esofagoscopului.

Pompa aspiratoare este o pompă salivară de tip *Killian*, în care vidul este obținut cu ajutorul unei pere de cauciuc.

Avantajele acestei aparaturi : Electroscopul lui Brünings este un luminator de prima clasă, dând o lumină foarte puternică și susceptibilă de a fi pusă la punct după lungimea tuburilor întrebuițate. Prin forma și greutatea sa, mânerul electroscopului, în poziția șezândă a pacientului, constituie un excelent braț de susținere a tubului cărui îi permite astfel o introducere ușoară și un control constant.

Desavantajii : Electroscopul este dificil în poziția culcată, — cea mai potrivită pentru esofagoscopie — din cauză că pune mâna endoscopistului într'o atitudine defectuoasă și obositoare tocmai pentru că mânerul fiind greu și având tendința de a se roti, trebuie ținut încontinuu.

Prin urmare, greutatea electroscopului, atât da utilă în poziția șezândă, este în parte incomodă în poziția cul-

cată, cea mai preferată azi, dupăcum vom vedea. Dar, neajunsurile nu se opresc aici căci fanta oglinzii, ce servește la viziune, devine insuficientă atunci când e nevoie de întrebuițarea penselor sau a tubului de aspirație. Astfel, excelența viziune pe care o permite electroscopul în timpul explorării dispare atunci când endoscopistul trebuie să utilizeze instrumentele de terapeutică.

Din considerațiile făcute asupra avantajelor și inconvenientelor de mai sus reese că instrumentarul lui Brünings are partea cea mai bună în mânerul „*electroscop*“ care este, fără îndoială, luminatorul cel mai bun și că acest instrumentar e făcut mai mult pentru tracheo-bronhoscopie decât pentru esofagoscopie (*Guisez*).

4. Instrumentarul lui Chevalier Jackson. Instrumentarul lui Chevalier Jackson pentru esofagoscopie este constituit din următoarele piese principale :

- a) un specul esofagian pentru copii ;
- b) un specul esofagian pentru adulți ;
- c) o serie de trei tuburi esofagiene :
Nr. 1 = 7 mm. × 45 cm.
Nr. 2 = 8 mm. × 45 cm.
Nr. 3 = 10 mm. × 53 cm.

- d) becuri de schimb ;
- e) două baterii de pile uscate,

Tubul — tubul lui Chevalier Jackson este circular, dar prezintă două proeminențe longitudinale care corespund : una tije port-lampă, iar cealaltă canalului de aspirație. Extremitatea terminală tăiată »en biseau« prezintă un mic burelet care constituie o protecție eficace pentru mucoasa esofagiană. Tubul e montat pe un mic mâner, plat și foarte ușor.

Luminatorul — sursa luminoasă este o lampă de 2 volți, în formă de boabă de grâu, care se găsește ascușă într'o mică scobitură a extremității terminale a tubului. Ea este fixată de o tije port-lampă care merge, dealungul tubului, printr'un mic canal situat în peretele acestuia.

Aspiratorul clasic al lui Chevalier Jackson, este pus

în funcțiune de un motoraş electric, cu o putere variabilă obținând astfel o aspirație continuă; acest principiu este excelent dar, în practică, nu poate corespunde din cauza canalului aspirator prea strâmt.

În ceea ce privește considerațiunile ce se pot face asupra acestei aparaturi, ele sunt favorabile căci numai așa se explică răspândirea și largă utilizare a ei. Luminajul terminal poate fi socotit, cu drept cuvânt, aportul cel mai valoros adus esofagoscopiei de către autorii americani. Într'adevăr, luminajul fiind independent de lungimea și lărgimea tubului, extremitatea proximală a acestuia rămâne liberă, iar sursa de luminat, fixată la cealaltă extremitate servește de cel mai bun ghid. Pe lângă aceasta, îngustimea tuburilor permite introducerea foarte ușoară a lor, iar mânerul mic și ușor nu obosește endoscopistul putând fi lăsat chiar liber, căci n'are tendința de a rota tubul. Aceste avantaje fac ca aparatura lui Chevalier Jackson să fie cea mai potrivită pentru poziția culcată. În această poziție, esofagoscopul poate fi introdus ca un toc de scris, micul mâner servind numai la împingeri mai susținute, încât endoscopia poate fi prelungită mult timp fără a obosi medicul. În fine, avantajul cel mai mare este că esofagoscopul lui Chevalier Jackson se introduce direct sub controlul vederii fără ajutorul vre-unui mandrin.

5. Instrumentarul lui Mosher se compune dintr'un tub turtit ovalor, în formă de teacă de sabie. Acest tub are dimensiunile cele mai mari, față de tuburile endoscopice ce se cunosc și se introduce cu ajutorul unui mandrin metalic ce are mai mult rolul unui îndepărtător al părții inferioare. Extremitatea inferioară este ovalară reprezentând o secțiune orizontală a tubului și prezintă deosebit de mult o îngroșare protectoare. Tubul se adaptează, în unghi drept, pe un mâner puțin mai mare ca a lui Chevalier Jackson.

Luminatorul e identic cu cel descris la tubul lui Chevalier Jackson.

Mandrinul este de metal și are extremitatea termi-

nală rotunjită. Lungimea lui întrece cu câțiva cm. pe aceia a tubului.

Prin dimensiunile sale tubul lui Mosher oferă mari avantaje permițând jocul instrumentelor în lumenul lui. Dacă nu este aparatul tip pentru explorare, este admirabil, însă, pentru intervențiuni.

6. **Instrumentarul lui Guisez** se compune din :

a) o oglindă cu focar lung (*oglindea lui Clar modificată*);

b) o serie de tuburi esofagoscopice :

Nr. 1 = 9 mm. × 22 cm.

Nr. 2 = 11 mm. × 25 cm.

Nr. 3 = 11 mm. × 28 cm.

Nr. 4 = 13 mm. × 30 cu.

Nr. 5 = 13 mm. × 35 cm.

Nr. 6 = 13 mm. × 40 cm.

c) pavilioane mobile, ce se adaptează la extremitatea proximală ;

d) un mâner pentru tuburi ;

e) o serie de mandrine :

1. cu extremitatea olivară (Nr. 1—6)

2. cu extremitatea conică (Nr. 1—6)

f) un tub aspirator ;

g) o pompă aspiratoare .

Luminatorul e reprezentat printr'o oglindă Clar modificată în sensul că are un focar lung de 35—40 cm. Viziunea, monooculară, se face printr'un orificiu al oglinzii, situat în partea dreaptă a axului median. Sursa luminoasă e reprezentată de unul sau trei becuri cu filament de platină de 4, 8, 11, și 12 volți.

Tuburile Guisez sunt cilindrice, gradate și cu extremitatea inferioară ușor umflată, olivară. La extremitatea lor proximală se poate adapta diferite pâlnii destinate să primească razele luminoase.

Mandrinul, de o construcție specială este metalic până la extremitatea inferioară a tubului, de unde se continuă printr'o scurtă bujie de cauciuc de formă olivară sau conică.

Desavantajile acestei aparaturi sunt de ordinul obiecțiilor ce se fac pentru toate aparaturile ce utilizează mandrinul și luminajul proximal.

7. Instrumentarul lui Le Mée — care face subiectul unei teze bine documentate (L. Costes), are ca principiu eclecticismul. Pentru fiecare timp al endoscopiei, Le Mée utilizează luminajul cel mai optim (la introducerea tubului, luminajul terminal; pentru explorare, mânerul Brünings; iar pentru intervențiuni, oglinda cu focar lung al lui Guisez).

Instrumentarul se compune din următoarele piese principale :

- a) un mâner luminator (*electroscopul clasic al lui Brünings*;
- b) o glindă cu focar lung (*oglindea Clar modificată de Guisez*);
- c) o serie de patru tuburi prevăzute cu luminaj terminal:
Nr. 1 cu lungimea de 17 cm. și diametru de $11,5 \times 10$ mm.
Nr. 2 „ „ „ 28 cm. „ „ „ $11,5 \times 10$ „
Nr. 3 „ „ „ 30 cm. „ „ „ $11,5 \times 13$ „
Nr. 4 „ „ „ 45 cm. „ „ „ $11,5 \times 13$ „
- e) două mandrine de cauciuc;
- f) un mâner.

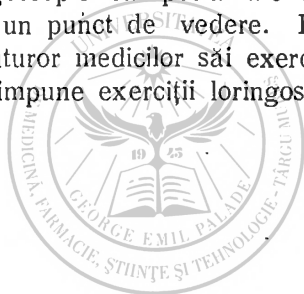
Tubul lui Le Mée, ușor ovalar, are pereți dublii, și lampă terminală preezută cu un întrerupător ce lipsește la instrumentarul lui Jackson. Extremitatea terminală e circulară și umflată, olivară.

* * *

Trecând în revistă diferitele instrumentare vedem că fiecare are avantaje și desavantaje încât, până acum, nu s'a găsit esofagoscopul ideal.

Din nefericire, esofagoscopul nu va putea să ne asigure niciodată o securitate integrală prin construcția lui căci, s'au văzut perforații esofagiene chiar și prin sonda gastrică de cauciuc! Abilitatea, precauțiunea și mai ales

experiența endoscopistului va trebui, deci, să suplinească neajunsul de totdeauna al esofagoscopului. De aici tendința endoscopiei de a rămâne ca »o specialitate» chiar în specialitatea otorino-laringologiei (*Guisez*). În felul acesta, incontestabil, aparatura cea mai bună, pentru specialist, va fi aceea de care el s'a servit mai mult. În general, pare însă că instrumentarul americanilor, și în special esofagoscopul lui Chevalier Jackson se bucură tot mai mult, de cea mai mare răspândire. Clinica O. R. L. din Cluj nu împărtășește ideea unor rari medici streini cu privire la esofagoscopie, tinzând a o considera „*specialitate în specialitate*”. Metoda este simplă, este lipsită de pericole, poate fi practică de orice laringolog. Este o exagerare considerarea esofagoscopiei ca specialitate a parte; neîndreptățită din nici un punct de vedere. De aceea clinica din Cluj impune tuturor medicilor săi exerciții esofagoscopice, tot așa cum impune exerciții laringoscopice.



TEHNICA ESOFAGOSCOPIEI

Pregătirea bolnavului, cuprinde o serie întreagă de măsuri care se i-au, în general, pentru orice operație chirurgicală; desinfectarea gurii, scoaterea protezelor dentare, etc. Pentru a preveni vărsăturile chiar dacă nu se face narcoză, bolnavul trebuie să fie à jeun de cel puțin 5 ore. În afară de cazurile urgente, fiecare bolnav va fi examinat de un internist care ne va face atenți în fața unui caz de: anevrism, tuberculoză pulmonară, cardiopatii necompensate, hemofilie, etc., când trebuie să fim extrem de precauți. O atenție deosebită merită diverticulele esofagiené, căci alimentele pot fi regurgitate și aspirate în arborele respirator, în timpul explorării. În aceste cazuri trebuie să evacuăm totdeauna esofagul, fie provocând regurgități prin excitația faringelui și compresiunea laterală a gâtului, fie prin aspirare și tamponare în cursul esofagoscopiei. Dacă bolnavul e deshidratat și denutrit trebuie remontat prin infuzii subcutanate de ser fiziologic și clisme nutritive.

Anestezia. Conform regulii de chirurgie generală, nu trebuie să se întrebuințeze niciodată anestezia dacă nu e necesară, iar dacă se aplică, anestezicul să nu întrecă cantitatea utilă. Pentru endoscopia perorală, nu e nevoie de analgezie, căci dacă se operează cu precauțiune, durerea este foarte mică; numai când reflexele de tuse și vomă sunt foarte intense își are indicație anestezia care și atunci trebuie să fie în primul rând locală. Este o greșeală de a întrebuința în fiecare caz anestezia generală; după *Brünings*, operatorul care n'are destul antrenament pentru a introduce tubul fără anestezie generală, n'are dreptul de a se servi de aceasta pentru a-și corija neindemânarea. În

general, esofagoscopia este posibilă fără nici un anesteziat atât la adult cât și la copil, dacă operatorul are multă răbdare și dacă poate determina bolnavul ca să-și fixeze atenția asupra unei respirații regulate și profunde. Esofagul este insensibil, încât anestezia locală este inutilă pentru esofagoscopie. Dacă se întrebuițează totuși, ea trebuie aplicată numai la anestezia epiglotei și a laringo-faringelui (zonele dureroase și reflexogene).

Atunci când se întrebuițează *anestezia locală*, ea se aplică numai la adulți căci la copii s'au observat nuroase morți subite în cursul badijonării cu cocaină („*status timico-limfaticus*“). În general se întrebuițează cocaina 5% sau 10%, alții preferă pantocaina 2%. *Technica lui Chevalier Jackson* e următoarea: cu un tampon de vată montat pe un port-tampon special (*pensa laringiană a lui Sajoas*) se badijonează laringofaringele cu o soluție de cocaină 8%. După 2 minute se introduce speculul esofagian și se badijonează, cu soluția de cocaină 20%, fața anterioară și posterioară a epiglotei, apoi sinul piriform drept unde tamponul este lăsat timp de 1 minut, după care se poate face examinarea.

În ceea ce privește *anestezia generală* există divergențe: *Guisez* o contraindică întotdeauna, iar *Chevalier Jackson* o preconizează în următoarele circumstanțe:

1. În caz de corpi străini foarte voluminoși și ascuțiți ce determină spasmе esofagiene puternice.

2. În caz de corpi streini ascuțiți (ace de siguranță deschise) în care pericolul perforației este iminent.

3. În caz de esofagism și cardiospasm, unde elementul spasmodic nu poate fi complet înlăturat decât prin anestezia profundă.

4. La anumiți adulți cu excitabilitate generală foarte pronunțată, sau histerici.

În toate cazurile acestea anestezia generală va trebui să fie profundă și totdeauna asociată cu anestezia locală căci numai imobilitatea perfectă va permite un examen esofagoscopic nepericulos. E bine să se întrebuițeze eter, protoxid de azot și să aliminăm complet cloroformul con-

siderat primejdios în esofagoscopie. La copil să nu asociem nici odată anestezia generală cu derivatele de opiu care la ei sunt paralizante pentru centrul respirator. Din contră, la adulți această combinație este chiar utilă. Mai nou, alături de opiacee putem adăoga și derivate de atropină (*scopolamină*), când vom obține nu numai diminuarea secrețiunilor dar și excitarea centrului respirator. În cursul anesteziei generale poate surveni oprirea respirației fie reflex (*spasm glotic*), fie mecanic (*tub plus corpul străin*). Fiindcă această ultimă modalitate este mai deasă, se recomandă anestezia prin metoda insuflației de eter cu aparatul lui *Elsberg*, prin care tubul asigură o circulație continuă de aer. Respirația mai poate fi ușurată prin ridicarea osului hioid cu mâna (*Ellen Patterson*), sau prin extensia forțată a capului (*Hobart Haré*).

Poziția bolnavului — esofagoscopul fiind un instrument rigid și rectiliniu nu poate fi introdus decât atunci când gura, faringele și esofagul sunt situate pe aceeași linie dreaptă, așa dupăcum a arătat *Küssmaul* încă dela 1868. Rectitudinea conductului buco-faringo-esofagian se obține prin extensia corectă a capului care trebuie să se facă numai din articulația atlanto-occipitală, coloana cervicală trebuind să rămână înclinată totdeauna înainte (*principiul fundamental al tuturor pozițiilor*). Din această cauză „*poziția lui Rose*“ care face extensiunea capului din întreaga coloană cervicală este absolut contra-indicată pentru că proeminența ce o face, în felul acesta, coloana vertebrală constituie un obstacol de neînvins pentru esofagoscop. Dacă principiul fundamental este invariabil tocmai din cauza necesității anatomice, nu tot așa se poate spune și despre poziția pe care trebuie să o ia bolnavul în cursul esofagoscopiei, asupra căreia și azi mai sunt discuții. Bazându-se pe principiul că esofagoscopul ideal trebuie „*să cadă*“ în esofag, rolul endoscopistului reducându-se numai la menținerea în „*căderea*“ lui, o serie de autori recomandă *poziția șezândă* (*Kirstein, Brünings, Mouret, Le Mée*). Dacă *poziția lui Mouret*, (bolnavul stând călare

pe un scaun își sprijină pieptul pe răzămătoarea acestuia de care se prinde cu mâinile și ține capul în extensie), îndeplinește principiul de mai sus, mai ales în cazul esofagoscopului lui *Brünings*, nu este totuși practică pentru că obosește atât bolnavul, care nu e perfect imobilizat, cât și endoscopistul. Mai mult, în caz de corpi străini, poziția șezândă favorizează descinderea mai profundă a lor. Acestea ar fi desavantajele poziției șezândă pe care *Guisez* n'o recomandă decât în cazul indivizilor pletorici, cu gâtul scurt și în cazul bolnavilor dispneizați.

Azi poziția șezândă este aproape complet părăsită și înlocuită cu poziția culcată care are aderenți pe cei mai mari endoscopiști actuali (*Chevalier Jackson, Guisez*). Această poziție, imobilizând complet bolnavul este cea mai puțin obositoare atât pentru el cât și pentru endoscopist, mai ales în cazul esofagoscopiilor de lungă durată. Ea mai are marele avantaj că permite drenarea continuă a secrețiilor și resturilor alimentare atât de abundente în unele cazuri de dilatații esofagiene.

„*Poziția lui Boyce*” satisface toate cerințele unei bune endoscopii. Bolnavul se găsește culcat pe spate având capul și umerii „în aer”. Capul e susținut de mâna stângă a unui ajutor care, la rândul ei, se sprijină pe genunchiul stâng al acestuia, piciorul stâng fiind urcat pe un mic scaunel a cărui înălțime e cu 62 cm. mai mică decât a mesei. În felul acesta orice extensiune și flectare a capului se face prin mâna stângă, a cărui police e pe frunte iar celelalte degete sub occiputul bolnavului. Mâna dreaptă trece pe sub gât, de partea stângă a bolnavului unde ajutorul ține deschizătorul de gură. Astfel mâna dreaptă nu suportă nici un efort căci aproape toată extensiunea și imobilizarea capului sunt făcute cu mâna stângă. La copii neîntrebuințându-se nici-o anestezie, acesta trebuie menținut fix, încât uneori e nevoie de trei ajutori.

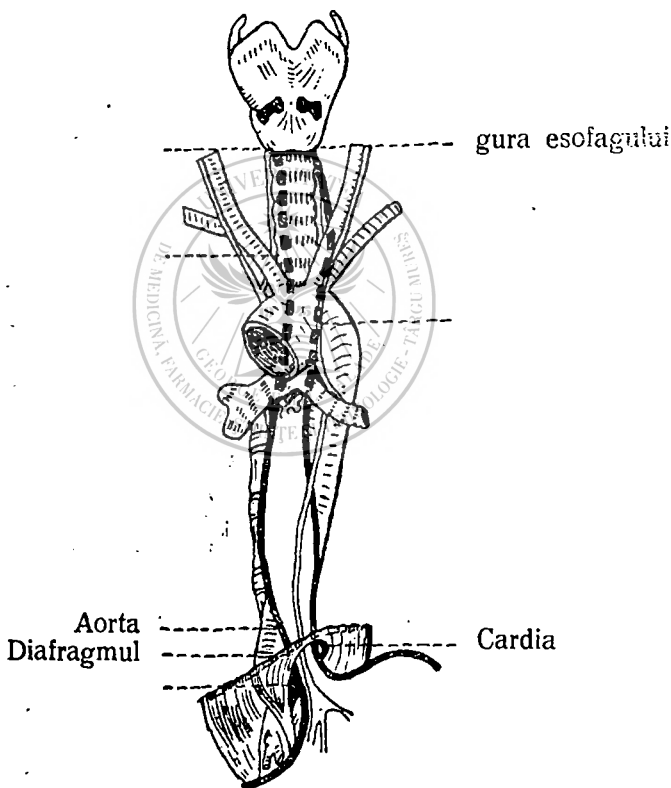
În fine, recent de tot, *Bensaude* recomandă poziția genu-pectorală, așa cum se întrebnițează în rectoscopie.

Din toate pozițiile descrise, poziția culcată este cea mai favorabilă căci permite imobilizarea cea mai bună a

bolnavului și este cea mai puțin obositoare, permițând esofagoscopia de lungă durată.

In clinica din Cluj se utilizează poziția culcată de decubit dorsal. Capul bolnavului este menținut între două mâini de un ajutor așezat în partea laterală și în fața bolnavului.

Introducerea esofagoscopului, trebuie să fie precedată totdeauna de o examinare atentă a hipofaringelui și



Figură schematică reprezentând esofagul și rapoartele sale văzute din față. Linia întreruptă arată porțiunea acoperită a esofagului de trachee, bronchii și aortă.

(clișeu luat din revista științelor O. R. L. No. 3 din 1 Iulie 1938)

a gurei esofagiene, cu ajutorul speculului esofagian, atunci când bănuim o localizare superioară a afecțiunilor pentru

care facem explorare. De multe ori s'a pătruns cu tubul esofagoscopic dincolo de stenoza canceroasă tocmai din neprecauțiunea unei examinări bune cu speculul. Introducerea tubului în poziția culcată se face foarte ușor după metoda „*haut-basse*“ a lui *Chevalier Jackson* pentrucă această metodă se adaptează cea mai bine la circumstanțele anatomice. Are 4 stadii și este numită „*haut-basse*“ fiindcă în primii 3 timpi capul, pus în extensie, este ridicat cu 15



Esofagoscopia în clinica oto-rino-laringologică din Cluj. În timp ce esofagoscopul se introduce în esofag capul bolnavului este menținut cu ambele mâini în pozițiunea convenabilă de un alt medic. În fund alte ajutoare cari prepară tamponalele stiletelor esofagiene.

(clișeu luat din revista științelor O. R. L. No. 3 din 1 Iulie 1939)

cm, deasupra mesei, iar în ultimul timp se scoboară până ce occiputul trece puțin de nivelul mesei. Esofagoscopul se introduce totdeauna fără mandrin, sub controlul direct al vederii.

Primul stadiu (pătrunderea în sinul piriform drept) — Operatorul stând în picioare prinde extremitatea proximală

a tubului între policele și indexul mânei drepte, iar cu ajutorul mânei stângi îl introduce înapoia feței dorsale a limbii; mânerul trebuie să privească spre plafon. Punând apoi ochiul la orificiul proximal se caută epiglota și înapoia ei eminența aritenoidiană dreaptă, reperul cel mai important căci sinul piriform drept se găsește înapoia și pe lăturile ei. Odată pătruns în sinul piriform drept, tubul alunecă ușor 2—3 cm. apoi se oprește complet. iar lumina canalului eso-



Esofagoscopul introdus în esofag văzut din spatele operatorului.
(clișeu luat din revista științelor O. R. L. No. 3 din 1 Iulie 1938)

fagian dispare : semn că s'a ajuns la strâmtoarea crico-faringiană, închisă de un spasm.

Al doilea stadiu (pasajul crico-faringian), constituie partea cea mai dificilă a esofagoscopiei, mai ales dacă bolnavul nu este adormit. Strâmtoarea crico-faringiană văzută cu esofagoscopul nu seamănă cu imaginea dată de speculul esofagian : nu se vede decât un perete solid de mucoasă

care astupă lumenul tubului. Pentru a-l descoperi nu trebuie să întrebuițăm forța ci numai o presiune ușoară dar constantă. Dacă se insistă puțin și mai ales dacă bolnavul face eforturi de a se ridica sau are reflexe de vomă, gură esofagiană se deschide. Profitând de acest moment împingem tubul și pătrundem, astfel, în esofagul cervical a cărui mucoasă se depliușeasă în formă de rozetă.

Al treilea stadiu (trecerea prin esofagul toracic) se face foarte ușor, porțiunea aceasta a esofagului fiind dilatată. Strictura aortică și cea bronșică sunt net vizibile, După trecerea acestor regiuni, lumina esofagului are din nou tendința de a dispărea: indiciu că trebuie să scoborim capul pentru stadiul următor.

Stadiul al patrulea (traversarea hiatului diafragmatic) este ușor dacă ținem seama că în porțiunea sa inferioară esofagul are direcția anterioară și la stânga. Pentru a face ca axa tubului să corespundă cu axa treimeii inferioare a esofagului, trebuie deci să scoborăm capul bolnavului sub nivelul mesei imprimându-i în acelaș timp o deplasare orizontală spre dreapta, fără a-l rota însă. Cum umerii trebuie să participe și ei la această mișcare se înțelege ușor că poziția culcată este mult superioară celorlalte pentru această manoperă. Hiatul apare ca o rozetă încât mulți esofagoscopiști îl i-au drept cardia, ceea ce a creiat opinia eronată că la cardia există un sfincter. Dacă nu se poate găsi hiatul prin manopera descrisă, atunci trebuie să deplasăm și orificiul tubului mai spre stânga și înainte. Dacă extremitatea distală a tubului e bine centrată deasupra hiatului, e deajuns o simplă presiune mai susținută pentru a face să cedeze acest sfincter. Trecând de această strâmtoare ajungem fără nici o altă dificultate în esofagul abdominal. Cardia nu este indicată prin nici o strâmtoare cum se crede de cei mai mulți, trecerea esofagoscopului făcându-se foarte ușor.

Technica descrisă mai sus, adaptată pentru esofagoscopia lui *Chevalier Jackson* în poziția șezândă este cea mai utilizată și răspândită. Pentru introducerea esofagoscopului său, *Brünings* descrie altă tehnică care se poate

face după două metode: una cu mandrin și alta fără mandrin. Prima este cea mai ușoară a doua cea mai preferabilă. În general însă și Brünings recomandă introducerea tubului sub controlul vederii. Poziția preferată e cea șezândă, mai rar întrebuițează pe cea culcată laterală și nici odată pe cea culcată dorsală pe care o consideră foarte dificilă mai ales pentru copii. În privința anesteziei Brünings, spune că la copii narcoza e necesară totdeauna, pe când la adulți este suficientă numai anestezia locală cu cocaină.

Introducerea esofagoscopului Brünings, sub controlul vederii și în poziția șezândă se face ca și în cazul laringoscopiei directe, până în momentul când se pune în evidență laringele. În acest moment, extremitatea spatulara a tubului extern, situată pe linia mediană, este împinsă în hipofaringe, laringele fiind tras înainte. Așteptând relaxarea spasmului crico-faringian, spunem bolnavului să respire liniștit și să înghită. Când extremitatea spatulară a trecut de gura esofagiană, se trece tubul extern în mâna stângă, iar cu dreapta se introduc tuburile de alungire, după necesitate.

Imaginea esofagoscopică normală — pentru a studia modificările patologice este nevoie să se cunoască mai întâi aspectul esofagului normal.

La adult, orificiul superior apare în câmpul esofagian ca o simplă fantă transversală, situată înapoia aritenoizilor. Dacă se împinge puțin înainte cartilagiul cricoid, buzele acestei crăpături se deslipesc și tubul pătrunde în cavitatea esofagului. La adult acest orificiu exterior este închis complet printr'o contracțiune tonică; există deci un fel de sfincter format de constrictorul inferior al faringelui, care nu se deschide decât la un efort al bolnavului sau la reflexele de greață provocate de esofagoscop. Aceasta e strictura crico-faringiană sau așa zisa gură esofagiană.

La copil gura esofagiană este mai puțin închisă decât la adult. Deschizându-se ritmic cu fiecare inspirație, ea nu se închide complet în expirație, păstrând astfel în tot momentul un aspect infundibuliform. Imediat după gura

esofagiană apare porțiunea cervicală, care pe un parcurs de 1—2 cm. are forma a două buze transversale ce se deslipesc progresiv în pliuri radiate. Mai jos, lumina esofagiană ia o formă stelată sau de rozetă. În porțiunea toracică pereții esofagului se separă progresiv sub influența vidului intra-toracic, așa că formează o veritabilă cavitate ce ține până la regiunea cardiacă. Grație acestei dispoziții, câmpul endoscopic e foarte larg încât se poate vedea dela distanță formațiunile subjacente și pereții esofagieni ce sunt animați de mișcări și ondutațiuni în legătură cu respirația și bătăile cardiace.

Când axa tubului corespunde exact axei esofagului se poate vedea de departe regiunea cardiacă, care ca și porțiunea cervicală, are pereții lipiți pe o distanță de 2 cm. Din timp în timp cardia se deschide sub influența mișcărilor respiratorii când se produce un reflux de câteva bule gastrice. Cardia nu are sfincter cum se crede, ci reprezintă numai o simplă alipire a pereților esofagieni sub formă de rozetă, încât între esofag și stomac nu există o barieră netă. În ceea ce privește aspectul, mucoasa esofagiană are o colorațiune roz-pală, lucitoare, pe care Chevalier Jackson o compară cu aceia a feței interne a obrazului. În porțiunea cervicală și toracică inferioară, această colorațiune este mai accentuată decât în restul esofagului. Mucoasa stomacului e roșie închisă și cu foarte multe pliuri, în cât ne putem da foarte ușor seama când am trecut de regiunea cardiacă a esofagului.

Dificultățile esofagoscopiei există însă nu trebuiesc exagerate. Prima piedică pe care o putem întâlni la introducerea tubului este lungimea anormală a incisivilor mediani superiori. În acest caz, întrebuițarea uneia din comisuri ca poartă de introducere, cu înclinarea capului de partea opusă, ne face să câștigăm 1—1,5 cm. în extensiunea capului. Aceeaș manoperă se poate folosi și în cazul indivizilor cu gâtul scurt, la care extensiunea capului se face dificil. Pe ce altă parte frica bolnavului și reflexele de greață provocate de esofagoscop constituiesc o dificultate

neplăcută. Printr'o anestezie bună însă și mai ales, prin sfățuirea bolnavului de a respira liniștit aceste inconveniente dispar. Cea mai serioasă dificultate în tehnica esofagoscopiei este, fără îndoială, spasmul puternic și de lungă durată al gurei esofagiene, unde e și sediul perforațiilor mai ales pentru începători, cari recunosc mai greu această regiune. În aceste cazuri e absolut necesar de a repera bine eminențele aritenoidice căci imediat înapoia lor se găsește strămoarea crico-faringiană; spasmul e înlăturat foarte ușor prin ținerea unui tampon cu cocaină înapoia aritenozilor.

Extensiunea exagerată a capului, mai ales la copii și femei, al căror gât e suplu, constituie câteodată o dificultate în împingerea tubului care întâlnește convexitatea anterioară a coloanei cervicale. De aceea nu trebuie uitat că poziția bună e aceea în care capul se găsește în rectitudine și nu în poziția lui Rose. După ce tubul a pătruns în esofag respirația poate fi jenată prin compresiunea laringelui. Dacă avem de a face cu un adult trebuie să-l prevenim spunându-i că aceasta nu e decât o etapă trecătoare. La copil acest accident este mai des și arată că tubul folosit e prea gros.

Indicațiile și contra-indicațiile esofagoscopiei.

După *Chevalier Jackson*, orice senzație anormală care ține la regiunea sau funcțiunile esofagiene necesită o esofagoscopie imediată. Mai mult, chiar în absența oricărei afecțiuni esofagiene sau tracheo-bronșice, esofagoscopia este indicată și atunci când găsim la radioscopie o umbră mediastinală inexplicabilă.

În ce privește contraindicațiunile esofagoscopiei, ele depind în primul rând, de lipsa de abilitate a endoscopistului. Operatorul obișnuit și antrenat poate examina orice afecțiune esofagiană, în timp ce în mâinile medicului brutal, imprudent și fără experiență esofagoscopul e un instrument periculos și adesea chiar fatal. Printre afecțiunile cari contra-indică esofagoscopia se enumără :

a) afecțiunile acute ale esofagului (*esofagitele necrotice post-caustice*).

b) afecțiunile inimii și plămânilor (*cardiopatii necompensate, aneurism aortic, tuberculoză pulmonară avansată, emfizem pulmonar*).

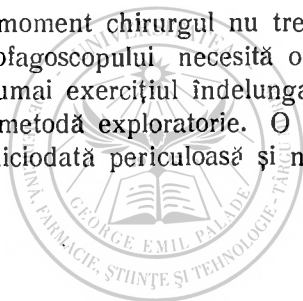
c) afecțiunile gâtului ale laringelui (*stenoze laringotracheale*).

d) deformațiunile coloanei vertebrale (*cifoza; scolioza nu constituie un inconvenient* căci esofagul urmează deviația laterală a coloanei vertebrale).

e) stările generale grave (*cașexie, deshidratarea înaintată, hemoragii recente*).

În cazurile urgente însă, *Chevalier Jackson* nu ezită de a indica esofagoscopia chiar și în aceste afecțiuni organice grave. Vârsta nu este un obstacol căci *Chevalier Jackson* a practicat esofagoscopia la mulți sugari, dintre care unul avea vârsta de 2 zile.

În nici-un moment chirurgul nu trebuie să uite că întru buințarea esofagoscopului necesită o educație cu totul specială și că numai exercițiul îndelungat îl poate familiariza cu această metodă exploratorie. O esofagoscopie bine făcută nu este niciodată periculoasă și nici chiar dureroasă (*Guisez*).



APLICAREA ESOFAGOSCOPIEI IN CANCERUL ESOFAGIAN.

Cancerul esofagian constituie o afecțiune întâlnită nu tocmai rar a acestui tub alimentar. Pe un total de 2500 esofagoscopii, *Guisez* a diagnosticat peste 1200 de cancere esofagiene ceea ce denotă că mai mult de jumătate din bolile esofagului sunt date de cancer. După *Lophthorn*, mortalitatea prin această afecțiune este de 5%, fiind întrecută de aceea dată de: cancerul gastric (40%), cancerul organelor genitale la femei (30%) și cancerul hepatic 9%). *Mathieu* și *Dobrovici* dau raportul de 2:1 între cancerul stomacal și cel esofagian. În clinica *O. R. L. din Cluj* cele mai multe esofagoscopii s'au practicat între 1934 și 1938 în ordinea descrescândă pe următoarele afecțiuni: *stenoze cicatriciale postcaustice, corpi străini, cancere.*

În ceea ce privește sexul, după statistica lui *Krauss* se vede bine că bărbații sunt de 6—7 ori mai atinși decât femeile (din 779 cazuri de cancer esofagian, 122 a fost la femei). Vârsta predilectă e cuprinsă între 50—70 ani; s'au descris însă cancere esofagiene și la vârsta de 30 ani caracterizate mai ales printr'o evoluție foarte rapidă (2—3 săptămâni).

Etiologia cancerului esofagian, ca și a cancerelor în general, nu se poate defini; se admit totuși factori ocazionali, favorizanți. Și aici, ca și în cazul cancerului gastro-intestinal teoria iritativă pare a avea șansa cea mai mare de documentare. Alcoolismul, tabagismul, tachifagia, ingerarea alimentelor prea fierbinți ar constitui factorii iritativi prin excelență. *Guisez* explică geneza unui cancer esofagian în felul următor: spasm-esofagită-leucoplazie, aceasta din urmă fiind punctul de plecare al degenerescenței ma-

ligne, încât după el emoțiile ar avea un rol destul de important pe un teren nevropat unde polarizarea spasmului se face mai ales pe esofag.

Semne clinice — diagnosticul clinic de cancer esofagian este unul din cele mai grele. Mulți dintre bolnavii etichetați de cancerosi nu suferă de această boală și vice-versa. Cauza acestor erori este tocmai variabilitatea și relativitatea simptomelor funcționale. Esofagul are rolul unui simplu conduct ce reacționează în diferitele sale afecțiuni cam cu aceleași simptome care, în totalitatea lor, constituiesc sindromul esofagian. O analogie s'ar putea face cu segmentul recto-sigmoidian al tubului digestiv care în toate leziunile sale se manifestă prin aceleași simptome cuprinse în sindromul recto-sigmoidian (*Hafieganu*). Ori cum, se pare că o observație clinică minuțioasă, poate permite de multe ori, stabilirea diagnosticului, dar și atunci numai cu prezumțiune.

Semnul capital, care domină în aceasta afecțiune, este disfagia pe care o menționează toate tratatele ca fiind semnul de alarmă al cancerului esofagian. Are caracterul de a fi progresivă și indolentă; după solide (*pâine, carne*), urmează alimentele semi-solide, (*pureurile*), apoi lichidele care numai pot fi înghițite. Caracterul indolent al cancerului esofagian explică latența perioadei de debut. Singurele senzații penibile sunt caracterizate printr'un fel de jenă, de plenitudine retrosternală. Dacă există dureri, ele sunt datorite propagării cancerului spre regiunile vecine: mediastin, plexurile intercostale, coloana vertebrală. În aceste cazuri, bolnavul localizează durerea în regiunea interscapulo-vertebrală sau în regiunea intercostală. *Ceeace caracterizează, deci, această fază de debut este disfagia mecanică, nedureroasă, insidioasă și progresivă.* Pentru a atenua această disfagie, bolnavii mestecă lent alimentele insalivându-le mult. Din acest fapt rezultă multă salivă pe care bolnavul neputând-o înghiți o lasă să curgă afară din gură. Această sialoree este atribuită de unii unui reflex esofago-salivar (*Roger*). În realitatea acest simptom pare a fi o simplă hiperproducție funcțională de salivă care există

în toate stenozele grave ale esofagului de orice natură ar fi ele. *Guisez* a găsit foarte mulți indivizi cu stenoză esofagiană hipertrofia glandelor salivare și în special a parotidelor.

Tumora nefiind decât rar circumferențială, stenoza e multă vreme incompletă, încât retrodilația și vărsăturile lipsesc în această perioadă. Dificultatea de alimentare este singura cauză a slăbirii progresive și a cașexiei care merge paralel cu disfagia, încât s'au văzut bolnavi ce-au slăbit 20—30 Kgr. în câteva luni. Această eventualitate este însă mai rară; de cele mai multe ori cașexia canceroasă, cu faciesul și culoarea galbenă ca paiul, atât de caracteristică în cancerul gastric, lipsește aici. Apetitul e conservat, neexistând anorexia electivă atât de precoce în alte cancere viscerale. Bolnavul refuză carnea și pâinea tocmai pentru că nu o poate înghiți. Senzația de foame persistă chiar până în perioada ultimă, încât se poate spune că acești bolnavi mor mai mult prin inaniție, decât prin cancer (este ceea ce englezii numesc „*water hunger*”). Într'adevăr, dacă li-se favorizează alimentarea, fie prin gastrostomie, fie prin intubație, acești bolnavi se refac și câștigă în greutate, bineînțeles temporar căci cancerul își face evoluția sa.

Prin urmare, cancerul esofagian, aparent benign prin el însuși — păstrarea apetitului, lipsa faciesului și a cașexiei canceroase — este foarte grav, însă, prin localizarea sa căci forțează bolnavul la inaniție. Înafară de disfagie, mai sunt o serie de simptome pe care clasicii nu prea le-au luat în seamă, dar care sunt foarte semnificative atunci când există. Astfel micile strii sanghinolente în expectorație sau în regurgitări, precum și unica hematemază, sunt extrem de caracteristice pentru cancerul esofagian, mai ales dacă acompaniază disfagia descrisă. Tot ca semne revelatoare de neoplasm esofagian se mai descrie și fetiditatea halenei precum și aspectul sabural al bazei linguale. Regurgitățile au caracterul de a fi precoce, imediate și foarte fetide. Foarte caracteristice sunt și vărsăturile pituitare, formate din mucus și salivă.

În ceea ce privește evoluția sa, cancerul esofagian

n'are timpul de generalizare căci bolnavul moare prin inaniție,

Diagnosticul clinic al cancerului esofagian este foarte greu el făcându-se numai cu prezumție și într'o fază desul de înaintată, în așa zisa fază a complicațiilor. Ori, principal în aceasta afecțiune este tocmai precocitatea diagnosticului căci numai așa putem fi de un adevărat folos bolnavului. Cum începutul cancerului esofagian este necaracteristic și cum bolnavii nu știu să se observe, diagnosticul clinic în această fază este aproape imposibil. Mai târziu când tumora este în faza de stare, simptomatologia funcțională se caracterizează prin sindromul esofagian ce se întâlnește în toate stenozele organice, încât diagnosticul clinic nu poate fi decât de stenoză și, cel mult prezumptiv de cancer esofagian.

Semnele fizice, afară de esofagoscopie, sunt și ele insuficiente și relative :

1. *Cateterismul* localizează o stenoză esofagiană dar niciodată nu poate determina natura ei cu certitudine. Mai mult fiind o operațiune oarbă are riscul de a produce o perforație a peretelui canceros foarte friabil, încât, azi, aproape toți endoscopiștii au părăsit-o.

2. *Examenul radiologic*, fără îndoială, are o importanță foarte mare în diagnosticul cancerului esofagian aducând un argument pro sau contra ; e chiar indicat înainte de orice explorare endoscopică căci ne dă noțiuni exacte asupra localizării stenozei cât și a eventualelor contraindicațiuni de esofagoscopie (*aneurism aortic, tuberculoză pulmonară avansată, etc.*), însă nu ne poate preciza, în mod absolut, natura canceroasă a stenozei. În nici un caz radiosopia nu poate depista un cancer incipient; alături examenul radiologic face diagnosticul de cancer esofagian care de fapt nu există. S'au descris numeroase imagini radiologice de stenoze esofagiene maligne care, în realitate nu erau decât epifenomene spastice în legătură cu afecțiuni gastrice, cardiace sau pulmonare. Astfel, în 1909, *P. Delbet* prezintă la Societatea de Chirurgie din

Paris următorul caz tipic de pseudo-cancer: un bolnav cu disfagie gravă și extrem de cașctizat. Avându-se în vedere vârsta, modul de debut rezultatele cateterismului și ale radioscopiei i-s'a diagnosticat un cancer esofagian. Esofagoscopia descoperă, însă existența unei stricturi cicatriciale juxtacardiace !

Guisez citează cazul unui medic suferind de disfagie progresivă, care timp de 8 zile nu a putut înghiți nimic. Din gură îi curgea o salivă vâscoasă și striată cu sânge. Pe baza acestor simptome i-se pune diagnosticul de cancer esofagian însă, spre marea mirare, esofagoscopul descopere un simplu spasm al extremității superioare a esofagului.

3. *Esofagoscopia* rămâne, prin urmare, singura metodă exploratorie ce poate rezolva cu certitudine problema cancerului esofagian, oferindu-ne diagnosticul „*de visu*“, chiar dela începutul anatomic al său. În ceea ce privește tehnica esofagoscopiei, în caz de cancer esofagian, ea este în general aceea pe care am descris-o la capitolul »*tehnica esofagoscopiei*«. Pregătirea bolnavului are mare importanță; având în vedere că bolnavii aceștia sunt foarte denutriți trebușc uneori remontați prin clisme alimentare sau infuzii subcutanate de ser glucozat. Uneori e necesară chiar o gastrostomie prealabilă și numai ulterior când bolnavul este remontat putem face esofagoscopia. Anestezia generală nu e necesară, fiind suficientă numai badijonarea hipofaringelui și a epiglotei cu o soluție de cocaină 5%. Și mai bine este dacă cu o jumătate oră înainte de esofagoscopia se injectează subcutanat 1 ctgr. morfină asociată cu câteva mgr. de scopolamină. În fine la bolnavii foarte nervoși se poate administra, în seara precedentă esofagoscopiei, cloral sau preparate barbiturice. Cea mai importantă pregătire pre-esofagoscopică o constituie, însă, examenul radiologic care ne localizează sediul stenozei și ne semnaleză prezența unui eventual anevrism aortic.

Poziția indicată este cea culcată, cu „*umerii în aer*“ descrisă la început de Boyce. Introducerea esofagoscopului se face pe după metoda „*haut-basse*“ a lui *Chevalier*

Jackson, fie direct fără mandrin și totdeauna sub controlul vederii. Imediat ce s'a trecut de gura esofagiană atenția trebuie să fie dublată. Nu e permis să se înainteze un mm. pânăce nu se tamponează și se aspiră secrețiile sau resturile alimentare. Aspirația nu trebuie să fie prea puternică căci poate cauza emoragii ale mucoasei foarte fragile, accident fără gravitate dar jenant pentru o bună explorare. Când mucoasa sângerează abundant se poate face tamponearea cu o soluție de cocaină-adrenalină. Pe tot parcursul trebuie să se observe aspectul mucoasei și al pereților. Apariția tumorii în câmpul esofagoscopului trebuie să ne facă atenți la împingerea tubului care trebui oprit la 1—2 cm. deasupra neoformațiunii. Dupăce se tamponează ușor, pentru a o curăți se observă în toate detaliile ei. In localizarea inferioară a neoplasmului e bine să curățim porțiunea suprajacentă a esofagului printr'un lavaj urmat de aspirație. Împingerea tubului dincolo de tumoră este absolut contraindicată căci poate da loc la perforații fatale; (*Miculicz* semnalează două cazuri de perforație în cancere cu localizare foarte superioară datorită tocmai acestei mari imprudențe).

In general, acest examen poate ajunge pentru afirmarea diagnosticului de cancer însă este mult mai bine de a-l confirma printr'o biopsie.

Biopsia trebuie să fie regulă absolută, încât nici-o intervenție transtoracică, pentru o afecțiune malignă a esofagului, să nu se încerce mai înainte de-a se ridica un fragment de țesut care să ne confirme diagnosticul (*Chevalier Jackson*). Fragmentul trebuie să fie voluminos, și dacă e posibil, să cuprindă o mică porțiune și din țesutul normal, învecinat. Biopsia făcută sub controlul riguros al vederii, nu prezintă nici-un pericol. Singura contraindicație a ei este anemia foarte pronunțată a pacientului când sângerarea consecutivă i-ar putea periclita viața. In general însă, acestea anemii grave nu se întâlnesc decât la indivizii negastrostomizați, cari au suferit mult timp inaniția. In această situație o intervenție, cât de mică, poate fi fatală încât e indicat să ne abținem sau să amânăm totul până

la remontarea bolnavului. După biopsie, bolnavul este lăsat la pat 1—2 zile; în prima zi nu ia decât foarte mici cantități de lichide.

La esofagoscopie nu vedem decât cancere în plină evoluție. Numai foarte rar se poate prinde faza de debut, sau stadiul precanceros (*placa leucoplazică*). Aceasta din două motive: 1) stadiul inițial al afecțiunii nu produce simptome și 2) atunci când apar semnele funcționale, ele sunt așa de ușoare încât nici bolnavul, nici medicul nu bănuiesc o afecțiune așa de gravă care să necesite esofagoscopia!

Tabloul esofagoscopic al cancerului. În general, în cancerul esofagian retrodilația e foarte puțin accentuată sau chiar lipsește dacă localizarea e superioară. Acest fapt se explică pe de o parte prin evoluția rapidă a neoplasmului care nu lasă timp esofagului să se dilate, iar în al doilea rând prin stenoza incompletă din perioada de debut, cea mai lungă a cancerului esofagian. Dacă observăm o retrodilație mare, e vorba de un cancer secundar greșit pe o stenoză inflamatorie, (*Guisez*).

După aspectul macroscopic se poate schematiza următoarele forme de cancer esofagian:

- a) forma polipoasă, vegetantă;
- b) forma ulceroasă;
- c) forma infiltrativă (schirus, forma submucoasă).

Forma vegetantă, care e cea mai frecventă, apare în câmpul esofagoscopic ca o masă dură ce astupă mai mult sau mai puțin lumenul esofagului. Inserția acestei excrescențe se face printr'o bază largă și foarte rar printr'un pedicul. Suprafața tumorii e neregulată, conopidiformă și acoperită cu un exudat cenușiu, slăninós ce se poate ridica ușor prin tamponare. Caracteristic pentru această formă este friabilitatea și tendința emoragică la cel mai mic contact cu tamponul de vată, care scos afară este îmbibat cu o secreție foarte fetidă.

Forma ulceroasă este mai rară asociindu-se de cele mai multeori cu forma precedentă. Pe unul din pereții eso-

fagului, a cărui mucoasă e îndurată și îngroșată, se găsește o ulcerăție cu margini proeminente și sângerânde. Fundul ulcerăției este slăninios și acoperit de aceeași secreție cenușie ce se poate ridica ușor. În alte cazuri se prezintă o ulcerăție cu margini regulate și policiclice.

Forma infiltrativă sau submucoasă se observă cel mai rar. Apare ca o tumoră netedă sau ușor mămelonată, ce împinge mucoasa, perfect normală, spre lumenul esofagului, făcând impresia unei stenoze prin compresiune. Tumora are consistență dură, infiltrată și e lipsită de mobilitate.

În general sunt mai frecvente formele rezultate din combinația acestor trei tipuri morfologice descrise mai sus. Astfel, cel mai des se observă proliferațiunile conopidiforme care se ulcerează în evoluția lor sau pot fi asociate dela început cu ulcerățiunile canceroase. Ori care ar fi, însă, forma sa anatomică, cancerul esofagian prezintă totdeauna caractere constante ce ajută la punerea diagnosticului. Astfel, imobilitatea și rigiditatea peretelui opus, ce-și păstrează toată suplețea. Pe lângă aceasta peretele canceros sângerază adesea la cel mai mic contact cu port-tamponul.

Examenul histologic arată că forma cea mai frecventă este epiteliomul pavimentos spino-celular sau cu tendință spino-celulară. Epiteliomul cilindric este mult mai rar, iar sarcomul excepțional, încât practic nici nu se discută.

Diagnosticul diferențial se face cu :

a) *Spasmul esofagian*, aici disfagia e capricioasă și intermitentă ; cateterismul dă un rezultat paradoxal, o olivă mare putând trece mult mai ușor decât una mică. Mucoasa de obicei nu suferă alterații ; alteori e păstoasă și macerată (esofagită cronică). Caracteristic este însă plica verticală, ce se oprește la un punct infundibuliform, concentric și foarte fin. De multe ori această afecțiune constituie un factor predispozant pentru cancer, prin mecanismul explicat de *Guisez* : spasm-esofagită-leucoplazie. De aceea, când avem de a face cu indivizi spasmodici, cari se prezintă la consultațiunile pentru permanetizarea și evoluția progredientă a disfagiei, să suspectăm degenerescenta canceroasă și să procedăm imediat la un examen esofagoscopic.

b) *Stenozele cicatriciale* se elimină ușor prin comémorative (ingerare de caustice, corpi străini) și prin prezența leziunilor sclero-cicatriciale: bridă albă, ce dă o stricatură inelară excentrică, cu margini foarte subțiri. Retrodilația este foarte mare.

c) *Stenozele inflamatorii* (tuberculoză, sifilis) sunt extrem de rare și de obicei acompaniate și de alte simptome generale (ingrengație bacilară, reacție Wassermann pozitivă etc.). Biopsia verifică totdeauna nesiguranța.

d) *Diverticolii esofagieni* se elimină prin evoluția lentă și punerea în evidență a pungii diverticulare.

e) *Tumorile benigne* sunt excepționale și ușor diagnosticabile prin biopsie.

f) *Compresiunile externe* au un tablou destul de caracteristic: unul din pereți este întins, devine convex și bombează în lumenul esofagului pe care-l obstruează mai mult sau mai puțin. Acest tablou se poate confunda ușor cu cancerul submucos în care avem caracteristic, însă, rigiditatea peretelui interesat, ceea ce lipsește în compresiune.

Cum vedem, esofagoscopia constituie proba cea mai reală de diagnostic, căci ne pune la dispoziție examenul „de visu” cât și verificarea istologică a neoplasmului. Din nefericire, însă, această admirabilă metodă de explorare nu se aplică decât atunci când cancerul este destul de evoluat și când depistarea lui ne dă numai mulțumirea că l-am diagnosticat cu certitudine. Intr'adevăr, în această situațiune nu putem decât să amânăm sfârșitul fatal al bolnavului aplicând radiumterapia. Ideal ar fi să diagnosticăm începutul anatomic al carcinomului, așa zisa „stare precanceroasă” când, fără îndoială, rezultatele terapeutice ar fi cele mai bune. Sugestia în direcția aceasta ne-o dă asemănarea istologică între cancerul esofagian și epiteliomul cutanat în care radiumterapia dă rezultatele cele mai frumoase atunci când se aplică dela început. În orice caz diagnosticând plăcile leucoplazice, care constituiesc punctul de plecare al hi-

perplaziei maligne, am pune la dispoziția cancerologilor un admirabil material de studiu al cancerului căci, în nici un caz, radioterapia, corect aplicată, nu poate strica.

Prin urmare, străduința generală a medicilor va trebui să fie aceea de a depista cât mai precoce cancerul esofagian. Am văzut însă că simptomatologia în faza de început a acestei afecțiuni e puțin manifestă și necaracteristică, încât diagnosticul clinic e aproape imposibil. Singur examenul esofagoscopic ne poate garanta certitudinea în situația aceasta încât nu ne rămâne decât să prindem bolnavii cu disfagie incipientă. Dar tocmai faptul acesta e cel mai greu. E greu pe de o parte pentru că medicul nu suspectează o afecțiune așa de gravă atunci când din ferire, i-se prezintă la consultație un bolnav dela începutul bolii — ușoarele turburări de deglutiție pe care le acuză acesta fiind interpretate ca ceva banal și trecător; e greu pe de altă parte pentru că aceleași turburări ușoare de deglutiție nu-l îndreaptă pe bolnav la medic decât foarte rar.

Pentru a remedia aceste două neajunsuri e nevoie de o dublă educație: educația medicului și educația bolnavului. Fiecare medic va trebui să suspecteze disfagiile vârstei de peste 40 ani, ori cât de necaracteristice ar fi ele. Nu e permis să se neglijeze bolnavul respectiv până ce nu se va clarifica natura disfagiei perzistente. De principiul acesta se va ține și mai mult dacă va fi pătruns în tot momentul de importanța esofagogscopiei. Toată lumea medicală trebuie să înțeleagă că esofagogscopia este metoda de explorare cea mai indicată atunci când bănuim cancerul esofagian și că ea trebuie aplicată fără ezitare. Nu este nici-un argument care să justifice teama față de ea atâtă vreme cât rămâne numai în mâinile specialistului exersat și prudent.

Dar, mai mult decât educația medicului contează instrucțiunea marelui public căruia trebuie să i-se atragă atenția asupra pericolului de a înghiți tot (mai greu. El trebuie obișnuit să se observe și să ceară ajutorul medicului ori decâteori disfagia odată instalată nu mai dispere. În privința acesta ar fi bine ca acei medici ce obișnuiesc să facă comunicări și publicațiuni de vulgarizare a medicinei, să se ocupe și de problema cancerului esofagian; oricum, pentru marele public ar avea interes mare.

OBSERVAȚIUNI CLINICE.

OBS. I. — B. S.... 53 ani, plugar. Bolnav trimis de Clinica Medicală.

Antecedente heredo-colaterale : nimic deosebit.

Antecedente personale : tabagic ; uzează de băuturi alcoolice ; R. W. negativă. Boala actuală a început cu 5 luni înainte, în mod insidiós, prin dureri retrosternale și precardiace, postalimentar, la o jumătate oră. Aceste dureri iradiază și în spate (regiunea interscapulo-vertebrală). De o lună și jumătate durerile acestea se accentuează silind bolnavul la poziții forțate (poziția genu-pectorală). În plus nu se mai poate alimenta cu alimente solide, din cauza senzației de obstacol pe care-l simte la nivelul coastei a treia-patra. În special pâinea o înghite foarte greu, trebuind să bea apă la fiecare înghițitură. Pofta de mâncare este păstrată ; a scăzut 15 kg în greutate. Prezintă vărsături sub formă de zeamă de prune. La examenul general tegumentele palide iar țesutul celulo-adipos mult redus. Ganglioni nu se palpează. Aparatul cardio-pulmonar intact.

Examenul radiologic : Tranzitul esofagian bun până imediat deasupra cardiei unde fluidobaritul trece mai încet. Porțiunea supra-diafragmatică a esofagului este de calibru mai redus. Conturul, mai ales cel posterior, este neregulat. Cardia nu se desemnează niciodată net. În poziția Trendelenburg, cardia se deschide producându-se regurgitări gastrice. Porțiunea subdiafragmatică în formă de treaptă. Concluzii : Discretă infiltrație a cardiei și a porțiunii supra-diafragmatice a esofagului.

Examenul esofagosopic : Tubul esofagosopic pă-

trunde cu ușurință până la 40 cm. dela arcadele dentare unde se observă o mică tumoretă ce sângerează foarte ușor la cea mai mică atingere. Fără a se introduce esofagoscopul mai departe se introduce prin el o sondă de cauciuc până în stomac din care refluează un lichid ca zeama de prune. Se recoltează o mică porțiune de țesut din această neformațiune pe baza careia Institutul de Anatomie Patologică pune diagnosticul de adeno-cancer. După examenul esofagoscopic se recomandă bolnavului de a înghiți H_2O_2 foarte diluată pentru a preveni eventuala infecție.

Bolnavul e transpus la Spitalul de Cancer „Iuliu Maniu“.

OBS. II. — A. M... 49 ani.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: tabagic și alcoolic moderat.

Boala actuală: Bolnavul se prezintă la consultațiile O. R. L. pentru disfagie progresivă, care a început cu 14 luni înainte când a simțit că se înecă cu bolul alimentar. De atunci simte că înghite tot mai greu alimentele consistente încât preferă lichidele și pireurile. Are dese regurgități, care sunt abondente și foarte fetide. În ultima vreme a slăbit cu 17 kg., iar forțele i-au scăzut foarte mult. Ganglioni nu se palpează.

Examenul radiologic: Până la nivelul stenozei, situate cam la un lat de palmă deasupra cardiei, esofagul este ceva mai dilatat; pereții săi, în special cel anterior, este ondulat iar la nivelul strâmtoarei aortice neregulat. Deasupra stenozei se observă o umbră diverticulară de mărimea unei nuci. Porțiunea stenozată prezintă pereții neregulați, sdrențuiți. Evacuarea se face în porțiuni mici dealungul unui canal de grosimea unui deget.

Examenul esofagoscopic: Tubul pătrunde ușor prin gura esofagiană și parcurge fără dificultate porțiunea cervicală și toracică a esofagului, a cărui mucoasă este foarte congestionată și macerată. La 39 cm. dela arcadele dentare apare în câmpul esofagoscopului o tumoră ulcero-ve-

getantă, cu baza larg infiltrată pe perețele posterior al esofagului, care astupă pe jumătate lumenul acestuia. Excrescența este foarte friabilă iar sângerarea nu poate fi oprită decât prin tamponarea frecventă cu o soluție de cocaină-adrenalină. Este vorba de un cancer juxtacardiac a cărui verificare histologică se face după ridicarea unui fragment ce cuprinde puțin și din regiunea învecinată.

OBS. III. — D. L.... 72 ani.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: nu este tabagic, dar uzează abundent de alcool; R. W. negativă.

Boala actuală: datează de acum 8 luni, când bolnavul a simțit că se înecă cu un bol de pâine. După câteva zile dela acest accident remarcă o jenă la înghițirea alimentelor mai consistente. Actualmente bolnavul nu se poate alimenta decât cu pireuri și lichide. Se plânge de o durere retrosternală. Nu prezintă sialoree și nu i-se palpează nici un ganglion. A slăbit cu 20 kg. mai ales în ultimele 3 luni. Bolnavul se prezintă la consultații pentru disfagie progresivă și inanție.

Examenul radiologic: Pasaj bun până la nivelul porțiunii supradiafragmatice a esofagului. Aci stagnare moderată, fără retrodilație. Evacuarea se face dealungul conturului stâng al esofagului printr'un canal îngust, care, împreună cu restul acestei porțiuni a esofagului, este neregulat. Uneori retro-peristaltism. Aspectul acesta radiologic se menține și în decubit ventral.

Examenul esofagoscopic: La 22. XI. i-se face o esofagoscopie după anestezie locală cu cocaină 5%. Tubul pătrunde fără nici-o dificultate până la distanța de 27 cm. dela arcadele dentare, unde apare, în câmpul esofagoscopului, o neoformațiune conopidiformă foarte friabilă și sângerândă. În rest pereții esofagieni nu prezintă decât o ușoară congestie; retrodilație neînsemnată. Se ridică un fragment din această excrescență și histo-patologia confirmă diagnosticul de cancer spino-celular.

OBS. IV. — C. I... 57 ani.

Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță.

Se prezintă la consultațiuni pentru o disfagie ce durează de 4 luni. Inceputul a fost lent, insidios. Bolnava avea impresia că pâinea și carnea nu pot trece dincolo de cavitatea bucală. Alimentațiile semisolide puteau fi înghițite dar deglutiția lor îi provocau o durere vie la baza gâtului, când bolnava era apucată de o tuse paroxistică. De o lună de zile nu mai poate înghiți decât lichide, dar și pe acestea numai în cantități foarte mici. Alimentațiile solide se opresc în faringe de unde nu trec mai departe, provocând dureri foarte mari la efortul susținut de a fi înghițite. Pentru a se ușura bolnava își provoacă regurgitări prin introducerea degetului în gură,

Examenul radiologic nu arată nici-un fel de obstacol, încât se crede că este vorba de un simplu spasm al stramtorii crico-faringiene.

Examenul esofagoscopic : La 25. I. i-se face o esofagoscopie după o prealabilă anestezie cu cocaină 5%. Gura esofagiană e puternic închisă încât nu se poate pătrunde cu tubul în lumenul esofagului decât după o cocainizare de lungă durată a acestei regiuni. Imediat ce spasmul cedează se observă pe buza anterioară a gurei esofagiene o ulcerăție cu margini ușor proeminente ce sângerează la cel mai mic contact cu port-tamponul. Se pune diagnosticul de cancer ulcerant al gurei esofagiene ; biopsia îl confirmă punând în evidență proliferațiunea malignă cu tendință spino-celulară.

* * *

Din expunerea succintă a observațiunilor clinice de mai sus se vede bine că diagnosticul clinic de cancer esofagian nu se poate face decât cu prezumpție. Examenul radiologic este un prețios auxiliar la clădirea diagnosticului, oferindu-ne în acelaș timp garanția unei explorări esofagoscopice fără teamă ; el nu ne poate oferi însă niciodată hotărîtor natura stenozei sau a neoformațiunei.

Singura metodă fizică de explorare care ne dă certi-

tudinea indeniabilă pentru diagnosticul de cancer esofagian este, fără îndoială, esofagoscopia sub scutul căreia putem avea în față mucoasa esofagului cu toate modificările ei. Deasemenea, biopsia, care ne oferă proba histo-patologică a diagnosticului, nu se poate face în cazul acestui fel de cancer ascuns decât prin esofagoscopie.

Dar, pe lângă toate aceste momente pe care ni-le oferă esofagoscopia, ea are cea mai mare valoare prin faptul, că ne pune în situația de a diagnostica cancerul esofagian chiar de la începutul său, lucru aproape imposibil prin celelalte metode de laborator.



CONCLUZII.

1. Esofagoscopia, controlată la rândul ei prin biopsie, este metoda cea mai sigură pentru confirmarea diagnosticului de cancer esofagian chiar dela începutul lui.

2. Esofagoscopia trebuie aplicată în toate disfagiile progresive ale vârstei de peste 40 ani, fără ezitare, căci este un examen simplu și inofensiv dacă este făcută cu competițiune și prudență.

3. Teama față de această operație nu este îndreptățită, fiind o intervenție lipsită de pericole și practicabilă de orice laringolog.

4. În clinica O. R. L. din Cluj tehnica esofagoscopiei ține seama de următoarele: a) se evită pe cât posibil anestezia; b) se întrebuițează atât tubul lui Chevalier Jackson cât și tubul lui Brunnings, după împrejurări; c) poziția preferată e cea culcată, asemănătoare cu poziția lui Boyce; d) tubul esofagoscopic se introduce fără madrin și totdeauna sub controlul direct al vederii; e) biopsia este regulă absolută pentru toate neoformațiunile apărute în câmpul esofagoscopului; f) se evită împingerea tubului dincolo de stenoza canceroasă.

5. Pentru diagnosticarea cât mai precoce a cancerului esofagian e nevoie de o dublă educație: a) educația medicului care trebuie să-și dea seama în tot

momentul de importanța esofagoscopiei și b) educația marelui public care trebuie instruit de a se observa și de a cere ajutorul medicului atunci când începe să înghită tot mai greu alimentele.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, 4 Iunie 1938.

Decanul Facultății :
ss. Prof. Dr. M. Sturza.

Președintele tezei :
ss. Prof. Dr. Gh. Buzoianu.



BIBLIOGRAFIE

- ABRAHAM IOSEF : Direct Laryngoscopy, Tracheobronchoscopy and Esophagoscopy with Demonstration (Ala. Med. Jour.—July, 1908).
- BOTELLA E. : Nueva tecnica simplificada para las exploraciones esofagoscopias (Bol. de Laringol. Otol. y Rhinol. Nov. Dec. 1909).
- BOTEY : Cazuistica Esofagoscopica (Arch. de Rinol. No. 156, 1909).
- BRUENING : Simple Method for Diagnosing Esophageal Cancer, (Muench. Med. Wchnsch., Nov. 22. 1910).
- BUZOIANU GH. și SOLOMON : Esofagoscopia in diagnosticul cancerului esofagian (Revista stiințelor O. R. L. No. 3. Cluj 1938 ; sub tipar).
- BUZOIANU în colaborare cu FOTIADE : Considerațiuni asupra esofagoscopiei în tratamentul cardiospasmului. (Revista „Spitalul“ No. 6, Iunie 1927).
- CAUZARD P. : Oesophagoscopie (Arch. Internat. de Laryngol, Otol. y Rhinol. 1908 p. 1066).
- CAUZARD P. : Oesophagoscopie et Trachéobronchoscopie (Rev. hebd. de Laryngol. p. 417, 1908).
- COSTES LEON : Oesophagoscopie «par methodes combinées» (Thèse, Paris 1928).
- CONSTANTINESCU V. T. : Cancerul esofagului și tratamentul lui (Teză, București 1926).
- GUISEZ JEAN : Maladies de l'Oesophage, Paris 1911.
- GUISEZ JEAN : Diagnostic et Traitement de rétrécissements de l'oesophage et de la Trachée, Paris 1923.
- HATIEGANU—GOIA : Tratat elementar de semiologie și patologie medicală ; Vol. II. Cluj 1936.

- ILLAIRRE J. : Contribution a l'étude du cancer de l'oesophage (Thèse, Paris 1932).
- JACKSON CHEVALIER : Endoscopie (Bronchoscopie, Laryngoscopie, Oesophagoscopie) et Chirurgie du Larynx; Ouvrage traduit par Ménière, 1923.
- KILLIAN F. : The History of Bronchoscopy and Esophagoscopy (Deutsche Med. Woch., 1911 Nr. 35 p. 1585).
- LAURANS G. : Précis d'Oto-Rhino-Laringologie, Paris 1931.
- MUNCH F. : Bronchoscopie et Oesophagoscopie (Rev. hebdomadaire de Laryngol. d'Otol. et de Rhinol. Sept. 1909).
- SOULAS V. M. : Considerations sur les difficultés et les dangers de l'Oesophagoscopie et de la Bronchoscopie (Les Annales d'Oto-Rhino-Laryngol. 1933 p. 103).
- TEODORESCU A.—POP T. : Cancer esofagian biopsiat și diagnosticat prin esofagoscopie (Revista »Cancerul« sub tipar).
- TĂRNĂVEANU B. : Corpuri străini esofagieni extrași în clinica O. R. L. între 1935—1938. *Revista științelor oto-rino-laringologice*, Aprilie 1936.
- VIGNARD—SARGNON : Stenoses cicatricielles (Oesophagoscopie, Oesophagotomie et dilatation retrograde), Lyon Med. Mars 1909.
- ZAJTMAN H. : Les métastases du cancer de l'oesophage (Thèse, Paris 1936).