

Estrituras Laringo-Traqueais-Post-Diftéricas

Osm. Hampe

Em esta época de tendência as especializações, manifestada até em capítulos de um mesmo ramo científico, pôde apresentar esta publicação o aspecto de penetração franca em terreno alheio, representado pela oto-rino-laringologia.

Entretanto os cirurgiões do interior, a quem a cirurgia se apresenta, devido as condições imperantes no meio, sob o aspecto de ciência e arte mais geral do que nos grandes centros, em estado de organização mais primitiva, compreenderão a razão determinante dêste estudo e concordarão, provavelmente, que sua publicação poderá ter o mérito de contribuir para aviventar a recordação do capítulo de patologia cirúrgica dos retraimentos e obstruções laringo-traqueais. Êste estado mórbido, pelo fato de mostrar, em épocas normais em geral, casos pouco numerosos, não deixa, contudo, de ter importância real, não só sob o ponto de vista puramente científico, mas a tem também principalmente, sob o ponto de vista de terapêutica cirúrgica, a qual, muitas vezes, dá resultados francamente positivos, permitindo transformar o enfermo, portador de canula traqueal, afônico física e moralmente diminuído, em um indivíduo capaz de respirar normalmente e de falar, embora conservando, em alguns casos, perturbações definitivas da fonação e apresentando, sempre, e de uma maneira mais ou menos visível, a cicatriz das intervenções cirúrgicas praticadas.

Exceptuado quando de etiologia diftérica, o processo patológico de retraimento e obstrução não constitue uma doença específica, própria do laringe e da traquea, mas uma expressão mórbida semelhante em suas origens e evolução àquelas observadas em todas as formações tubulares do organismo, como no esôfago, na urétra, nos uretères, no colodoco, nas trompas, no intestino, nos deferentes, no aqueducto de SYLVIUS e em outros pontos.

Em todos os retraimentos dêstes vários órgãos tubulares observa-se, de um modo geral, as mesmas causas originárias do mal, inflamatórias, necrosantes, traumáticas; o mesmo processo anatomo-patológico, indo da lesão traumática, inflamatória, necrosante, ulcerativa, através da fase de organização e de reparação da lesão, até a final, de cicatrização e de retração fibrosa.

Rege êstes fatos uma lei de anatomia patológica segundo a qual os órgãos tubulares dos organismos suficientemente evoluídos apresentam distúrbios de suas funções em consequência de estreitamente de seus calibres, originados por causas de categorias diferentes, conforme ajam pelo exterior ou pelo interior dos condutos, quer sejam as ações

de natureza alheias às parêdes dos tubos e quér sejam dependentes de alterações próprias destas parêdes.

E para a cura de todos êstes variados processos mórbidos, em todas as organizações tubulares da economia, a ação terapêutica é presidida por leis gerais (que a prática consolidou), apresentando variantes de técnica peculiares aos caratêres particulares dêstes diferentes órgãos.

Embora tenhamos especificado a natureza diftérica das lesões, é intuitivo, entretanto, que na descrição da anatomia patológica da doença e de outros capítulos seus, para a compreensão mais fácil dos fenômenos mórbidos, façamos a exposição de acôrdo com os processos gerais da patologia, nos quais a inflamação membranosa está também compreendida.

O substratum dêste trabalho é constituído pela observação própria, detalhada, de cinco (5) casos de estenose e obstrução post-diftéricas, por nós tratados.

Dêstes estenosados, dois tinham sido tratados de difteria grave, com intubação e traqueotomia, por nós, e os outros trez casos tinham sido tratados por colégas, tendo todos esses sofrido sómente a traqueotomia de urgência.

Estas cinco observações serão expostas no fim, antes das conclusões finais.

No tratamento dos casos citados foram empregados meios simples, ao alcance de todo o prático.

Reside neste fato o mérito dêste trabalho, pois lembra ao médico do interior o conhecimento de meios singelos de tratamento de doença, até então, considerada como da alçada exclusiva de oto-rino-laringologistas de mérito.

Prevaleceu em nosso espírito e orientou nossa ação terapêutica, constantemente, a lei de matemática "de simplificar sempre que possível fôr".

Na verdade não constitue esta publicação científica um trabalho que mostre pretensão de ser completo ou aproximadamente completo sobre êste assunto.

Está longe disso. Falta-lhe um estudos anatomo-patológico, detalhado, das lesões, desde sua fase inicial até a fase final, de modo a não se apresentarem lacunares os conhecimentos da parte importante da estruturação alterada dos órgãos affectados, em seus estados hiperhêmicos, inflamatórios, ulcerativos, necrosantes, e de traqueomalacia aguda toxi-infectuosa localizada.

Igualmente não existem, conforme nossos conhecimentos, estudos bacteriológicos diretos das lesões profundas traqueo-laringianas, nos diferentes períodos evolutivos e nas diferentes modalidades anatômicas do mal diftérico; e também carece-se de dados científicos sobre os fenômenos importantes do quimismo local da doença, de modo a ficar, por estes fatos bastante prejudicada a concepção positiva da patogenia.

Êstes estudos e outros, como as endoscopias e as radiográficas em série, que poderiam ser de grande utilidade para esmiuçar-se os con-

nhcimentos sôbre esta tése, são, em geral, impraticáveis em êstes estados patológicos, em suas fases iniciais.

A observação de maior número de casos e seu estudo, feitos sob o rigor das leis científicas e com espírito imaginativo e creador, seria uma condição necessária para um trabalho de maior valia, que pudesse, talvez, apresentar algum esclarecimento importante sôbre o problema e sôbre sua solução terapêutica.

Esta condição, entretanto, devido as circunstâncias de meio, não prevaleceu em nosso trabalho. Em nossos casos os exames foram somente clínicos e de natureza essencialmente práticos, procurando-se a resolução do problema terapêutico dentro das normas clássicas.

De modo que a descrição suscinta prevalecerá na exposição do assunto, tentando-se apresentá-lo de maneira compreensível a quem nêle tiver interêsse e demonstrando a sua perfeita acessibilidade terapêutica ao profissional estabelecido em qualquer ponto de nossa terra, desde que esteja provido de instrumentário de cirurgia corrente.

As noções dimanantes do estudo de nossos casos, submetidos a observações fatalmente detalhadas e longas e as reflexões correlativas com os fenômenos inerentes a sua evolução, iluminadas com os conhecimentos hauridos em Garré, Küttner e Lesser, em Laurens, em Bier, Braun e Kümmel, em Kirschner, em Moure, Libault, e Canuit, em Van Den Bosche, constituem a base científica dêste assunto, tendo nos dispensado de consultar outros autores, sôbre esta matéria, já que não é nossa determinação demonstrar ilustração vasta e massante, mas, apenas, escrevendo um artigo evocativo de conhecimentos gerais e próprios de todos os profissionais sôbre um capítulo de patologia cirúrgica, contribuir, com a divulgação dos meios simples de terapêutica cirúrgica de que dispomos, para a cura dos retraimentos, e obstruções laringo-traquéais post-diftéricas.

Assim posta a questão e no intuito de lhe dar uma forma de exposição com atributos de clareza, seguiremos o método habitualmente usado na literatura de assuntos médicos, dividindo êste trabalho em definição, histórico, etiologia, patogenia, anatomia patológica, sintomatologia e diagnóstico, prognóstico, complicações, tratamento e resultados, observações e conclusões.

Definição — Pôde-se definir as estrituras laringo-traquéais post-diftéricas, sob o ponto de vista anatomo-patológico e etio-patogênico, o que a própria denominação da enfermidade está a esclarecer, como sendo lesões, de gráus mais ou menos acentuados, localizadas no interior do conduto áereo ou em suas parêdes, originadas pela ação da toxi-infecção diftérica ou pela ação de seu tratamento cirúrgico, e perturbadoras da função respiratória laringo-tracheal devido a diminuição da luz deste canal, a qual, nos estados acentuados do mal, chega até a obstrução completa.

Histórico — Relativamente a êste assunto nossos conhecimentos são na realidade exiguos. Deve ter sido esta enfermidade conhecida dêsde épocas imemoriais, contemporânea certamente da pre-história e da capacidade de compreender do homem.

Vemos, na história dêste estado patológico, dois grandes períodos,

separados por um acontecimento de alta importância no tratamento da difteria e constituído pela descoberta e introdução na medicina da prática da traqueotomia, pelo insigne Trousseau, o que se verificou em um período ainda recente. No longo tempo que precede esta descoberta, assinala-se escassas referências sobre este estado mórbido em Hipócrates, e mais frequentes citações, após a era do pai da medicina. Intue-se que nesse período as referências feitas diziam respeito principalmente às estenoses traqueo-laringianas de origem não diftéricas, às estenoses traumáticas, sífilíticas, inflamatórias ou outras, porque na ausência da Soro-Terapia e dos tubos de O'Dwyer e das canulas de Krishaber, só excepcionalmente subsistiriam indivíduos atacados de difteria grave, laringe-traqueal, causadoras habituais das lesões estenosantes. Em o período que medeia entre Hipócrates e Trousseau encontra-se alguns relatos de médicos sobre os retraimentos das vias aéreas e sobre tentativas de curas do mal.

O segundo período, o verdadeiramente histórico da questão dos retraimentos laringo-traqueais, principalmente daqueles de natureza diftérica, começa a operação de traqueotomia. Neste período aparece, melhorando o tratamento da difteria, mas aumentando os casos de retraimento post-diftérico, pela maior duração da doença e pelo decubitus, o intubação laringiana de O'Dwyer. Em épocas anteriores, já o dissemos, as difterias graves eram mortais, na regra, e não podiam evolver até as lesões estenosantes e obstrutivas finais, o que a traqueotomia e a intubação têm permitido, salvando maior número de vidas e condicionando maior número de estenoses.

Contemporaneamente merece registro histórico os métodos de investigação modernos e a operação de Traqueo-laringostomia.

ETIOLOGIA E PATOGENIA — Conforme nosso propósito, inicialmente estabelecido, restringimo-nos, em este artigo de prática cirúrgica, a disertar exclusivamente sobre estreitamentos e obstruções laringo-traqueais de origem diftérica, fazendo apenas menção das estrituras de outras naturezas, quando, para clareza do assunto, se tornar isto útil, ou imprescindível.

Nem sempre age a toxi-infecção diftérica como causa direta da alteração estenosante, mas, muitas vezes, e na maioria das vezes mesmo, para grande número de autores, age sómente como causa indireta, condicionando as operações de intubação e da traqueotomia, as quais, em consequência de erros de técnica ou devido ao decubitus, à necrose de contato, seriam as causas reais, diretas, as mais frequentes, senão exclusivas, destas alterações mórbidas.

De maneira que é racional estudar-se a etiologia e patogenia destas estenoses e obstruções sob duas condições de origem diferentes, embora dependentes da mesma causa inicial, relacionando-se uma delas com as alterações anatômicas imputáveis à ação local da toxi-infecção diftérica, e a outra com as alterações dependentes das intervenções cirúrgicas destinadas a evitar a asfixia progressiva e mortal.

A maioria dos autores não faz menção da toxi-infecção diftérica como causa de estenose e obstrução do conduto aéreo e quando, as ve-

zes, num ou noutro, algo se encontra relatado sôbre esta questão, êsse algo citado não corresponde a importância que, ao nosso vêr, merece esta intoxicação microbiana, como agente desta moléstia.

Si tivermas em memória a noção importante do alto poder morbigenio da toxi-infecção-diftérica, que age não só a distância, mas também, e principalmente, na zona do fóco inicial da doença, impregnando com as suas toxinas, por contiguidade, os tecido circunvizinhos, de modo análogo ao que se observa nos envenenamentos por mordidas de serpentes, e alterando-lhes a organização anatômica; si não nos esquecermos que existem estenoses post-diftéricas localizadas em segmentos da via aérea, não atingidos pela intervenção operatória e nem pelo contato de instrumento cirúrgico de espécie alguma, o que nossa observação N.º 4, de Sananduva, demonstra suficientemente; e se nos acudir a lembrança as leis de patologia que regem a formação dos estreitamentos nos outros órgãos tubulares do organismo humano, nosso poder de análise, de reflexão e de síntese, apresentando êstes fatos a luz de nossas consciências, nos leva a conclusão de que a responsabilidade principal na genese deste mal cabe ao báculo de Klebs-Loeffler, e que o papel etiológico e patogênico da necrose de contato e das intervenções cirúrgicas, realmente indiscutíveis, já que constitue um fato estabelecido e de fácil confirmação, fica assim reduzido aos seus limites verdadeiros.

A difteria, assim como as outras doenças agudas e crônicas, o sarampo, a varíola, a escarlatina, a sífilis, o tifo exantemático, pôde produzir alterações tissulares importantes, localizadas no interior da traquéia e do laringe, as quais, após as fases iniciais de hiperemia, infiltração e necrose, chegam a fase de eliminação e reparação, para findar na fase de organização conjuntival da lesão ou de cicatrização, com o fenômeno inerente de retração e subsequente diminuição da luz do órgão tubular, variável com a maior ou menor grandeza da lesão intra-traquéia-laringiana e com o tipo constitucional do indivíduo.

Na realidade existem algumas opiniões concordes com esta maneira de interpretar a genesis destas lesões estenosantes e obstrutivas, tendo raros autores chegado à conclusão que nem sempre o decubitus constitue sua causa, enquanto outros admitem que a ação de contato dos instrumentos cirúrgicos deixados no laringe e na traquéia, com fins de manter a respiração, só se faz positiva quando existem concomitantemente, processos patológicos de laringite ou de traquite diftéricas, isto é quando há diminuição acentuada da resistência dos citados órgãos pela ação desintegradora das toxinas.

Hyaskenko, em autopsias, constata a traquite sub-glótica e a cita como sendo causa possível de estrituras.

O fato de se ter observado as estenoses laringo-traquéias post-diftéricas, de um modo científico, sómente após a introdução na terapêutica do Croup da traceotomia e da intubação, constitue a causa principal de se ter atribuído estas alterações patológicas a simples ação de contato dos instrumentos com os tecidos supostos são dos condutos aéreos, embora, de seguido, membranas diftéricas fôsem extraídas pela incisão da traquéia, antes da colocação da canula de Krishaber.

E' racional admitir-se que se não observaram estas lesões na éra

pré-cirúrgica do tratamento da difteria, simplesmente pelo fato de que todos os diftéricos graves, do tipo respiratório, com laringite ou traquite infra-glótica, sucumbiam a asfixia, na imensa maioria dos casos, de modo que não se tornava possível a evolução da doença local até o seu termo final.

Alguns casos do Croup que salvavam-se e salvam-se ainda, quasi no limiar da morte, por expulsão de falsas membranas, não prejudicam esta maneira de vêr, antes a reforçam, porque a eliminação das membranas tem o significado de se ter debelado o mal, o que é expressão de estado patológico não profundo.

Atualmente, devido ao socorro da respiração, que, com justiça, se dá aos crouposos, que estão na eminência de asfixiar-se, muitos doentes, com lesões diftéricas graves do laringe e da traquéia, sobrevivem ao mal.

Destes, alguns curam completamente e outros ficam com resquícios patológicos constituídos, principalmente, pelas estenoses e obstruções dependentes exclusivamente da traquite infraglótica ou da laringite, ou também, da ação prejudicial do contato do tubo de O.Dwyer ou da canula de Krishaber contra as parêdes do canal aéreo, diferentemente alteradas.

A afirmação de ser a lesão estenosante causada, bastante vezes, sómente pelo processo de traquite sub-glótica diftérica ou pelo Croup e de serem estas localizações da doença, na grande maioria dos casos, a causa predisponente local, quasi imprescindível, para que se possa processar a necrose de contato de uma maneira suficientemente intensa, é devida ao fato de nossas observações nos terem disto convencido. Principalmente a observação de Sananduva, na qual a laringo-traqueostomia mostrou a existência de uma formação diafragmática obstrutiva, localizada acima do orifício de traceotomia, em indivíduo, no qual não fôra praticada a intubação, em um ponto aonde não houve contato instrumental, comprova, de maneira indiscutível, a asserção feita.

Por isso, se nos afigura que, neste capítulo, as concepções importantes devem sofrer transformação, dando o principal papel na genese destas alterações estenosantes ao processo patológico de traquite diftérica sub-glótica, que origina até um tipo de traqueomalacia aguda pela alteração do chimismo tissular in loco, e da laringite crouposa, embora não desprezando a importância real da ação de decubitus instrumental, a qual exerceria um papel complementar sobre os órgãos já alterados anteriormente e também, em certos casos, seria e é realmente a causa única, exclusiva das estrições.

Estando já, talvez até com proximidade, estudada a ação da toxinfecção diftérica, que localmente altera em profundidade os tecidos, cumpre-nos relatar o papel das intervenções cirúrgicas de intubação e de traqueotomia e o do decubitus ou necrose de contato.

Constituem, conforme a opinião da maioria dos autores, a intubação laringiana e traqueotomia, principalmente a traqueotomia alta e muito particularmente a traceotomia inter-crico-tiroidiana ou a trans-cricoidiana, as causas mais frequentes da formação de retraimentos do conduto aéreo laringo-traceal, após a infecção diftérica.

O fato de ser a maior frequência das lesões observada nas intervenções que interessam a membrana crico-tiroidiana e a cartilagem cricoide, deve ser, antes de tudo, relacionada à maior frequência das traqueotomias de urgência praticadas neste segmento traqueal, que é o que se apresenta mais a geito ao cirurgião nestas dramáticas intervenções, nas quais, instintivamente, procura-se evitar as zonas hemorrágicas do pescoço.

Até hoje, classicamente, parecendo até que se não procurasse penetrar a fundo na essência do problema, como causas diretas e preponderantes, têm sido incriminados os malefícios sofridos pelas formações tissulares das parêdes do conduto aéreo pela ação do contato continuado das canulas de traqueotomia ou dos tubos laringianos de O'Dwyer, consubstanciados na lesão denominada decubitus pelos autores alemães, que é uma necrose de contato, na essência.

Uma das características destas alterações é sua relação de dependência imediata com a localização do instrumento, quer ao nível da ponta, quer ao nível de suas curvaturas, nos pontos de contato mais íntimos, achando-se as lesões, em relação ao tubo aéreo, localizadas mórmente na parêde posterior da traquéia, ao nível, acima ou abaixo do orifício de traqueotomia, isto é no segmento correspondente a localização dos instrumentos.

Foram feitos estudos detalhados, de autopsias e estatísticas, sobre este assunto, mostrnado-se nêle a frequência do decubitus, variável conforme o autor e variável conforme o gênero de intervenção praticada. Baer em 24 casos de intubação encontra um caso de necrose de contato. Ness relata dois casos ligeiros em 67 observações, o que constitue percentagem fraca em relação aos dados de Ganghofer, nos intubados. Ranke não as encontra com raridade e Variot dá-lhes frequência de 1/3 dos seus casos. Trumpp, que é extremado partidário da intubação, reconhece na necrose de contato o lado negro desta excelente intervenção e Bocai, que tratou magistralmente desta questão, em 360 autopsias de intubados, encontrou a necrose de contato em 156 casos.

Para êstes autores as estenoses não consecutivas a ulcera de decubitus constituem exceção. Em certos casos as lesões estricturantes não sobrevivem diretamente do decubitus, mas de necrose cartilaginosa originada da ulcera de contato.

Thost e Viderhofer atribuem a maior frequência e a maior gravidade das estenoses a intubação.

Como causa de estreitamentos foram assinaladas também as granulações e as deformações da tracea ao nível da lesão cirúrgica de traqueotomia. A causa do aparecimento destes granulomas obstrutivos seria, conforme opinião competente, o uso crônico de tubos respiratórios intra-traqueais. E o dobramento da traquéia na orla superior do orifício de traqueotomia, a sua angulação ao nível da fístula respiratória, não tem como causa senão a ação da canula, atuando e alterando de um modo crônico a forma e estrutura do tubo aéreo.

Ainda em relação com as intervenções e com a inflamação diftérica encontra-se as anquiloses das cartilagens aritenoides, em posição

de addução das cordas vocais, e os processos ulcerativos e cicatriciais localizadas nestas mesmas cordas.

O amolecimento da parêde anterior da tracea, motivado pela ação de contato da canula, pela longa incisão operatória ou pelo processo inflamatório diftérico do conduto, constitue também uma causa de estenose respiratória, a qual, si bem que rara, tem na realidade importância já pela terapêutica que requer e já pelo fato de patologia, estabelecendo analogia deste estado com a traceomalacia das degenerações tiroidianas de aspecto hiperplasiantes.

A maneira de síntese das causas determinantes das estenoses laringo-traceais diftéricas, citamos a enumeração de Koehl, que, baseada num longo estudo, tem o mérito de corresponder a fatos patológicos honestamente analisados.

- 1.º — A difteria rebelde, protraída.
- 2.º — difteria rescidivante.
- 3.º — A cordite inferior diftérica.
- 4.º — A granulose laringo-traceal.
- 5.º — As alterações da forma da traquéia em consequência da operação de traqueotomia.
- 6.º — Traqueomalacia da face anterior.
- 7.º — Estenose cicatriciais de diferentes origens.
- 8.º — Paralisia laringiana post-diftérica.
- 9.º — Inibição funcional do laringe.
- 10.º — Medo da descanulação.
- 11.º — Espasmo glótico.
- 12.º — (Acrescimo nosso). A traquite sub-glótica estenosante de Hjaschenko (Em honra do autor que primeiro viu esta lesão.)

(Este trabalho continuará no próximo número)

○ mais energico medicamento contra
os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios
(asma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN
SEM ENTORPECENTES
A base de papaverina, belladonna, meimendro e boldo.
XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio