

## **Estruturas Laringo-Traqueais Post-Diftéricas**

Osm. Hampe

2.ª parte

*(Continuação do n.º anterior)*

### **ANATOMIA PATOLÓGICA**

O relatado aqui das alterações anatômicas refere-se ao estado residual das lesões relacionadas com perturbações das funções laringo-traquéiais que correspondem as formações patológicas endo-traqueo-laringianas da enumeração precedente.

Em nosso estudo fazemos referências precipuamente as estruturas dependentes de deformações da traquéia, das granulações intralaringo-traquiais, das cicatrizes retrateis e das membranas ou diafragmas obturadores e ostenosantes, por serem as mais importantes sob todos os pontos de vista e por corresponderem às nossas observações.

A lesão inicial é constituída pela inflamação fibrinosa diftérica, localizada no interior do conduto aéreo.

Esta inflamação apresenta como sinal característico principal uma formação membranosa do tipo fibrinoso, que recobre a lesão da mucosa e que é denominada falsa membrana diftérica. Esta pseudo-membrana diftérica adere a mucosa, ora frouxamente, de maneira a poder ser destacada com facilidade e sem perda de substâncias, o que é próprio do Croup, e ora fortemente, intimamente, aos tecidos sobre que repousa, como no faringe, de maneira que, ao serem destacadas mecanicamente, produzem lesões da mucosa, o que é próprio das formas clínicas chamadas diftéricas e o que constitue característica diferencial com outros processos inflamatórios faringianos.

Apesar de produzidas pelo mesmo microbiano, o báculo de Klebs-Loeffer, as membranas diftéricas propriamente ditas e Croupal, sob o ponto de vista da anatomia patológica, apresentam caracteres diferentes, o que seria devido ao epitélio de revestimento, que é do tipo de células cilíndricas no laringe e na traquéia e do tipo de células pavimentosas no faringe e na bôca.

Estes fatos de anatomia patológica poderiam constituir argumento teórico de negação da genesis não traumática das estrituras, senão existisse o fenômeno de metaplasia celular e o da intoxicação local dos tecidos, capaz de condicionar profundas alterações estruturais.

Inicialmente constata-se zonas de hiperhemia intensa e de infiltração da mucosa, e sobre esta zona, afectando tipos variáveis, nota-se o exsudato fibrino-leucocitário chamado pseudo-membrana ou placa diftérica. Estas lesões tem uma aparência superficial mas são também profundas e alteram as vezes o esqueleto cartilaginoso, originando a traqueo-malacia e as necroses cartilaginosas. Em seguida sobrem a fase de eliminação dos elementos tissulares necrosados, destruidos pelas toxias diftéricas. E finalmente surge a fase de reparação por brotos, organização do tecido conjuntivo de nova formação e consequente retração cicatricial. Nas difterias intensas, após a queda da falsa membrana, fica uma superfície ulcerada mais ou menos vasta e mais ou menos profunda, que ao cicatrizar póde chegar a estenose em consequência do fenômeno de retração.

As estenoses devidas ao aparecimento de granulações são bastante frequentes e constituídas por conglomerados de formações patológicas, em brotos, do tipo das granulações de cicatrização por segunda intenção.

Estas granulações crescem exuberantemente e obstruem a luz do tubo respiratório. Von Brahmman a considera muito rara por não a ter encontrado na clínica de Bergmann, em 650 casos de traqueotomia, o que está em contradição com as opiniões de Feer, de Kroenlein e Koehl, que a consideram bastante frequentes.

Esta alteração inicia-se ao nível da orla de diereze da traquéia ou em toda a sua extensão, predominando, quasi sempre, no ângulo superior. Nota-se algumas vezes raras granulações no laringe, longe da incisão. Inicialmente as granulações tem bases largas mas com o tempo, crescendo, se tornam pediculadas, polipiformes, o que Koehl atribue a influência da respiração. Interminou-se a ação da canula como causante desta formação vegetativa. Koehl, juntamente com Carrié, Passavant e Voelker, responsabilizou o epaço morto entre a canula e a parêde traqueal como ponto inicial da formação patológica, ao passo que Thost responsabilisa a pressão e o contato direto do instrumento. Dá-se importância particular neste assunto às canulas perfuradas, as quais já tinham sido acusadas por Trousseau D'être instruments inutiles et dangereux.

Na maioria dos casos observa-se este mal nas traquetomias superiores. Sua causa real deve ser procurada, assim como noutros pontos do organismo, na irritação inflamatória crônica, em indivíduos constitucionalmente predispostos.

As lesões de direção da traquéia e de achatamento e deformação de suas parêdes constituem uma das causas mais importantes de estenose. A frequência destes tipos de alterações é aproximadamente, conforme os autores, igual as das estenoses por granulações.

Koehl distingue três variedades de deformações da traquéia: a) Saliência da parêde posterior. Esta deformação apresenta-se sob a forma de uma saliência longitudinal, mais ou menos espessa, da parêde posterior da traquéia e se origina pelo afastamento dos lábios laterais da traqueotomia, quasi sempre excessivamente longa nestes casos, afastamento êste que, por um jôgo de fôrças que se processa no segmento traquial correspondente, produz a propulsão de uma porção da parêde posterior do tubo respiratório. Em outros casos observa-se também, como relata Passavant, uma saliência anterior da parêde traquial, de direção horizontal, a qual reconhece, como causa, a ação de canulas imprópriamente curvadas, que forçam para frente a porção traquial inferior à incisão cirúrgica. Igualmente a canula em chaminé é responsabilizada por esta lesão. b) Reviramento, em entropion, da orla do orifício de traquiectomia (*Einstülpung der trachealränder*). Êstes reviramentos, para dentro, da orla cartilaginosa da traquiectomia, que são muito mais frequentes em suas porções superiores, são originados pela pressão da canula de Krishaber em consequência da exiguidade da incisão da traquéia. Esta pressão, dirigida de baixo para cima, agindo sôbre a canula, que, por sua vez, age sôbre a traquéia, comprimindo-a, dobrando-a e a recalçando, é um fato digno de reter-se, e é produzida, não só pela a ação do orifício estreitado, mas por outras causas também, como demonstra o caso de Wysz, citado por Koehl, no qual o recalque para cima fôra condicionado pelo ístmo da glândula tireoidiana. c) Como terceira variedade, cita Koehl a combinação do reviramento para traz (*entropion*) da parte superior com o reviramento para frente (*Ectropion*) da orla inferior, associadas a saliência anterior da parêde traquial posterior. Esta associação de lesões constitue, para Schmieden, a alteração mais frequentemente encontrada nas estenoses traquiais. Êste autor opina ser ela mais frequente que as granulacões e a atribue ao uso prolongado das canulas desageitadas.

Em alguns casos de incisão traquial longa, não bem mediana, observou-se o cavalgamento dos lábios traquiais, o que produz estenose acentuada e grave.

Outra lesão capaz de produzir estenose da traquia e do laringe é representada pelo amolecimento cartilaginoso, principalmente pela traquio-malacia localizada na parêde anterior. Nêste estado patológico o tecido conjuntivo substitue o tecido cartilaginoso. Alterações nutritivas tóxicas ou traumáticas das cartilagens condicionam esta alteração. A traquio-malacia de Rose, nos tireoidianos hipertróficos, a doença de Sudeck e as descalcificações produzidas por acidoses, localmente provocadas, aparentam ser processos patológicos a relacionar-se com a traquio-malacia post-diftérica, apesar de opiniões opostas não admitirem nem estas relações nem a variedade do referido amolecimento cartilaginoso diftérico.

No amolecimento traquial a estenose é intermitente e se manifesta sómente no tempo inspiratório, durante a pressão negativa, momento em que a parêde anterior se aproxima da posterior, fechando a luz da traquia.

As cicatrizes intra-laringo-traquiais constituem uma causa importante de estenoses e talvez, até, a de maior monta, pela dificuldade do tratamento. As estatísticas de estudiosos dêste assunto mostram que, em frequência, elas aparecem logo depois daquelas produzidas por granulomas. As úlceras e as necroses cartilaginosas constituem as lesões dêste tipo de estenose. Neukomme e Feer viram até casos de sinequias das cartilagens tiroides.

Fazendo-se abstração das vastas lesões laringianas que condicionam estenoses de tipos e grandezas várias, verifica-se que, em geral, há pontos preferenciais de localização das lesões, como na vizinhança da fístula traqueial, naquela do orifício canular inferior ou ao nível da cartilagem cricoide.

Após toda a traquiectomia aparece sempre alterações residuais da forma da traquéia, constituindo a deformação denominada de triângulação. Elas se apresentam sob várias formas e com dimensões diferentes, sendo ora únicas e ora múltiplas, isoladas ou combinadas. As sinequias, as bridas mais ou menos vastas e ramificadas, as orlas, as diafragmas permeáveis ou impermeáveis são as formas lesionais, habitualmente encontradas. Estas lesões, isoladas ou combinando-se em formações quasi labirínticas, em certos casos, constituem a expressão cicatricial das alterações agudas extintas já há tempo mais ou menos longo.

### Sintomatologia

Sendo o laringe e traquéia os segmentos da árvore respiratória em que aparecem, na quasi total frequência, as estenoses respiratórias post-diftéricas, infere-se que as perturbações das funções de respiração e de fonação devem constituir a sintomatologia prepoderante nestes estados patológicos.

Variam os sintomas conforme a séde, a grandeza e o tipo das lesões.

Nos casos de retraímentos laringo-traquiais muito acentuados ou de obstrução destes órgãos respiratórios, o porte forçado da canula de Krishaber, o que é uma condição de vida, é o sintoma principal e patognômico da incapacidade respiratória pelas vias normais.

E si bem que em muitos casos as informações dos doentes, dizendo sofrerem de falta de ar, aumentada com o esforço, somados com a presença do estridor respiratório, mais acentuado na marcha, permitem o diagnóstico fácil, preciso, por síntese, até aos não iniciados em medicina, seguiremos contudo o hábito ou o método descritivo usual em assuntos científicos, enumerando os sintomas destes estados patológicos e procurando dar-lhes as interpretações adequadas e justas como expressões das lesões existentes nos segmentos superiores dos órgãos da respiração.

Os sintomas destas estenoses confundem-se com aqueles produzidos

por estrituras doutras origens, já que nada mais são do que a expressão de lesões cicatriciais.

Por se nos afigurar um sistema simples e prático, descrevemos os sintomas destas lesões, conforme êles habitualmente se nos apresentam e são apreendidos pelos órgãos dos sentidos e referidos ao nosso entendimento, agrupando-os, de acôrdo com os processos de investigação, em sintomas subjetivos e objetivos, sendo êstes divididos em sintomas objetivados pela visão natural ou instrumental, pela audição natural ou instrumental, pela palpação e pela radiologia. Seguindo estes processos de investigação, apoiados na clínica e no auxílio instrumental estudamos, os grupos de sintomas seguintes.

**OS SINTOMAS SUBJETIVOS** ou informativos são aqueles colhidos nas informações dadas pelo doente ou por seus progenitores. Invariavelmente informam que após differia laringiana grave ou antes tardiamente tratada, em consequência da imprescindível intubação ou traquiostomia, sobreveio incapacidade de supressão do instrumento de Krieshaber, e que, apesar de todas as tentativas feitas para vencer-se estas condições, o doentinho tornou-se portador crônico da canula de respiração, estado, que os francezes denominam de "canulard".

**SINTOMAS OBJETIVOS** constatados pela função visual. Os sintomas desta categoria são apresentados a consciência por intermédio do aparelho da visão e constatados pela visão nua ou instrumental.

A constatação do porte de canula traquial constitue um sinal certo de existência de distúrbios respiratórios localizados acima do orifício inferior do instrumento.

Em outros casos, a existência de uma fístula respiratória tem a mesma significação, atestando a presença de estenose ou obstrução do conduto aéreo. A simples cicatriz sobre a traquéia, denunciadora de traquiostomia, em certas estenoses atenuadas, constitue o sinal de ter existido doença, que por sua evolução pôde ter sido causa do processo estenosante e de, também, ter havido uso temporário de instrumento capaz de ter produzido necrose de contato intra-traquio-laringiana e alterações de forma das parêdes traquiais, condições patológicas responsáveis pela genese de estenoses.

Observa-se, conforme o grau de lesão existente, ora respiração com atributos normais, e só com tiragem no esforço e ora a tiragem mais ou menos grave, nos doentes que não usam canula.

A laringoscopia de Helmholtz permite a verificação de lesões até os primeiros aneis cartilaginosos da traquéia inclusivamente, lesões de sinequias das cordas vocais, de bridas cicatriciais, de brotações, de septos obturadores. A laringoscopia direta, mórmente na creança, facilita as constatações supracitadas, em certos casos. A exploração visual através da fístula respiratória com um espelho pequeno de rinoscopia posterior, um uretroscopio, um cistoscopio, permite objetivar-se as lesões intra-traquio-laringianas, constituídas por vegetação poliposa, entropion, traquio-malacia, bridas, aneis cicatriciais, diafragma obturadores e outras. As lesões cicatriciais apresentam côr esbranquiçada

própria, o que é uma característica geral destas formações. A Inspeção constata em outros casos o desvio do eixo da traquéia, de maneira a não haver continuidade de direção entre a parte superior e a inferior no ponto de localização da fístula respiratória, isto é constata a existência de inflexão da traquéia ao nível do orifício de traquiostomia.

Como método de exploração visual citamos ainda a traquio-broquioscopia de Kilian, a qual, em mãos habéis, permite o estudo positivo detalhado destas alterações, quando profundamente situadas.

### **SINTOMAS OBJETIVOS CONSTADADOS PELA FUNÇÃO AUDITIVA**

Um destes sintomas é constituído pela vibração da corrente aérea através do retraimento traquial ou laringiano, sintoma conhecido pelo nome de estridor respiratório. Seus caracteres sonoros de altura, intensidade e timbre são bastante variáveis. O estridor é ritmado pela respiração e constitui um sintoma perceptível facilmente e que se interpreta, quasi instantaneamente, como tendo correlação de causa e efeito com lesões intra-laringo-traquiais angustiantes. Um outro sintoma importante é a ausência completa da fonação ou a diminuição ou alteração qualitativa desta função de relação, quer dependam estes fenômenos do desvio da corrente de ar, in totum ou parcialmente, pela fístula traquial, quer sejam eles consequência de alteração das cordas vocais, do esqueleto, dos nervos ou dos músculos prepostos a vocalização da palavra.

Estas alterações vocais, muitas vezes, não cedem ou cedem sómente de um modo parcial após a cura operatória bem sucedida das estrituras.

Algumas vezes estes requisitos funcionais, são definitivos e outras vezes transitórios. Estes fatos tem relação com as causas das disfunções da fonação, conforme tenham sido ou sejam elas de natureza funcional, orgânica ou organo-funcional, e conforme o grau de retrocesso que se tenha constatado no processo de cura.

### **SINTOMAS OBJETIVOS CONSTATADOS POR INTERMÉDIO DA FUNÇÃO TÁTIL**

O toque direto das cordas vocais poderá estabelecer em alguns casos a presença de lesões no vestíbulo laringiano. É um processo de exploração bastante singelo, cuja técnica consiste em levar o dedo index na entrada do laringe, após ter alevantado, com êle, a epiglote. É um método desusado e brutal, embora não perigoso, e que para dar o maior rendimento teria necessidade de educação sepecial, o que na realidade se torna, na prática, inexequível, dado a raridade dos ensejos de tocar estas lesões.

O toque mediato por meio de sondas constitui um processo de exploração que é sistematicamente empregado e que nos dá conhecimentos importantes sobre a localização da lesão, sobre sua consistência e sobre suas dimensões. O estilete explorador, introduzido no orifício da fístula traquial, evidencia, em alguns casos, a existência de uma virola

interna do rebordo cartilaginoso, o que se encontra, mais de seguido, na sua parte superior e, em outros casos, mostra o resalto de uma brida cicatricial ou de anel de retraimento, localizados para cima ou para baixo da abertura cirúrgica do órgão. Também por êste meio consegue-se verificar a existência de vegetações obstrutivas, que se caracterizam pela sua moleza e pelo fato de sangrarem facilmente, e ainda estabelecer-se a impermeabilidade completa do tubo aéreo em seu segmento supracanular. As sondas exploradoras da urétra, as sondas de Desjardins para vias biliares, as sondas de Nelaton ou as sondas própria para o laringe e a traquéia, como as sondas dilatadoras de Schrötter ou as canulas do aparelho de intubação de O'Dwyer servem muito bem para estes exames, ajeitando-se umas mais para exploração pelo orifício de traquiostomia e as outras, preferivelmente, para a pesquisa trans-glótica, quando a laringoscopia revelar integridade das cordas vocais. A sonda de Nelaton por via traquial e os tubos de O'Dwyer por via trans-glótica revelam a existência de lesões estenosantes e precisam sua localização no momento em que é detida a propulsão do instrumento, quando seu calibre é maior que o da parte retraída. As sondas exploradoras da uretra, de Guyon, dão sensações características de resaltos, como nos estreitamentos uretrais e permitem, baseados na numeração dos instrumentos, verificar-se o calibre das estrituras, sua localização, e seus caracteres de regularidade e de extensão.

### SINTOMAS OBJETIVOS ROENTGENOLÓGICOS

Com o auxílio de substâncias opacificantes, a iodipina e o lipiodol, em geral, injetadas no laringe e na traquéia, com ou sem anestesia local destes órgãos, consegue-se radiografias nítidas e úteis, dando, com precisão a localização das lesões, seus contornos de perfil, os desvios do tubo aéreo e grau dos retraimentos.

### DIAGNÓSTICO

Com os sintomas supra-descritos, com facilidade, as vezes só com um destes sintomas, se estabelece o diagnóstico positivo de retraimento laringo-traquial. Mais difícil se torna o diagnóstico da sede, da qualidade, da extensão e do grau da lesão. E, superando estas dificuldades, se apresenta o diagnóstico etiológico, em muitos casos, mórmente quando as lesões são pequenas e se manifestam apenas nos esforços. Si o diagnóstico da séde e extensão se póde estabelecer de modo positivo, recorrendo-se aos métodos de analyses já citados, o mesmo não se dá com o diagnóstico etiológico, o qual depende, em geral, exclusivamente, de informes, já que na época de estrituras residuais, mais ou menos distante da doença responsável pela lesão, não mais se tornam possíveis os exames capazes de precisarem a natureza da doença primitiva de localização laringo-traquial. Estas fatos, em geral, verídicas, tem suas exceções. As reações serológicas permitem comprovar-se, em certos casos, a existência de LUES em indivíduos apresentando estenoses cicatriciais provenientes de gomas sifilíticas. Mas nos casos de etiologia

obscura, a positividade das reações de Wassermann, Hoechte, Meiniche, Weinberg, Kahn e outras não nos devem levar, levemente, a concluir que o retraimento seja fatalmente de natureza sífilítica, pois em muitos casos existem apenas estrituras laringo-traquiais de origem não luética em indivíduos infectados com o treponema de Schaudin e Hoffmann. Na prática prevalece uma noção de clínica muitas vezes comprovada e que, em geral, está de acordo com os informes: A estritura diftérica é a regra, principalmente quando localizada na região infra-glótica, com ou sem traquiectomia, e as estrituras sífilíticas e de outras naturezas constituem a exceção. E isto se não houvesse recordação da doença primitiva.

Os retraimentos traumáticos, por agentes cortantes, contundentes, por projecteis de arma de fogo e fragmento de engenhos explosivos tem suas circunstâncias características que outorgam ao médico um diagnóstico positivo.

As laringites do tífus exantemáticos, que requerem muitas vezes a traquiectomia, e as da febre tifoide, da varíola, do sarampo e outras infecções com suas estrituras laringo-traquiais poderiam prestar-se a confusões somente em casos em que a memória das doenças primitivas não existissem mais.

A traquio-patia-osteo-plástica, constituída por um crescimento cartilaginoso progressivamente obstrutivo da luz do canal traquial, não pôde, por seus caracteres clínicos, prestar a confusão com as estrituras de origem diftérica.

Relatadas as causas de retraimento laringo-traquiais, que, em circunstâncias especiais, poderiam dar origem a dúvidas de diagnóstico etiológico com as estrituras post-diftéricas, as quais, em maioria das vezes, trazem o sinal operatório do drama mórbido, cumpre-nos lembrar a existência de difterias de evolução torpidas, desaperecidas, que muito bem pode originar lesões estenosantes de aparecimento progressivo e silencioso, que seriam motivo de diagnóstico impreciso. Talvez as reações serológicas verificadoras de ter existido infecção diftérica anterior possam, como na LUES contribuir de uma maneira útil, mas não absoluta, para o esclarecimento da natureza destas lesões.

### PROGNÓSTICO

Considerado de uma maneira geral o problema das estenoses laringo-traquiais post-diftéricas e estudando-se a evolução e o resultado terapêutico de todos os casos, benignos, médios e graves, chega-se a conclusão de que se trata de estado patológico de prognóstico sério, não só pelas dificuldades inerentes a terapêutica e pelos resquícios irremediáveis do mal, mas também pelo fato de haver mortalidade em consequência da respiração pela traquiectomia que predispõe à bronquió-pneumonia ou de infecções originadas nesta fistula respiratória durante o período de tratamento ou em época anterior.

Entretanto, estudado de acordo com as diferentes variedades anatomo-patológicas das estenoses, apresenta-se ele variável para os diferentes tipos de estreitamentos e para o mesmo tipo de conformidade com a

extensão das lesões e os caracteres biológicos dos diferentes indivíduos.

Embora, em rigôr, cite-se fatos letais em todos os grupos, na realidade, a morbidez, e a letalidade tem maior frequência nos casos anatomo-patologicamente mais alterados e nos indivíduos constitucionalmente mais predispostos à reações mórbidas.

Nos casos simples de estenose por entropion traquial e náqueles de obstrução por alterações graves e vastas do conduto laringo-traquial observa-se a veracidade desta assertiva.

As insuficiências funcionais dependentes das inibições psíquicas, das anquiloses das aritnoides, dos reviramentos da orla orifical da traceotomia, de cura fácil e pronta, tem menor morbidade e excepcional letalidade, o que é de se atribuir ao fato que nestes casos a cura se processar rapidamente.

Nos outros casos de estenoses por vegetações, sinequias, diafragma, anéis retrateis, traquio-malacia a morbidade e a letalidade são bem maiores, o que é explicável pela duração do mal e do tratamento, o qual requer ações bem mais diferenciadas do que no grupo supra-citado.

São justamente estes casos que mostram-se rebeldes, difficilmente redutíveis, redutíveis apenas parcialmente ou irreductíveis, rescidivantes, que desafiam a tenacidade do médico e propiciam, pela multiplicidade dos atos terapêuticos, prolongados por meses e meses, ensejos de infecções de diferentes naturezas.

### TERAPÊUTICA

A necessidade de curar doenças e enfermidades foi a força inicial creadora dos métodos de magia, de empirismo e de ciência que edificaram a medicina atual. Embora fôsse a terapêutica o *primum movens* destes estudos tornou-se, por fim a síntese, a conclusão e a finalidade da sabedoria Hypocrática.

Em nosso assunto, apesar desta síntese, desta conclusão e desta finalidade não poderem serem erigidas, atualmente, em métodos de curas que rivalisem, em seus resultados, em geral, com os brilhantes processos de terapêutica cirúrgica empregados em quasi todos os órgãos, regiões ou sistemas da economia, devidos as dificuldades inerentes às funções do laringe e da traquéia, tem que se concordar ter havido um real progresso na supressão cirúrgica dos processos estenosantes e obstrutivos da via aérea superior.

Consiste a descrição da terapêutica no relato dos métodos clássicos, referindo também o processo singelo por nós usado no tratamento de nossos casos.

Como tratamento preventivo destas lesões aparece em primeiro lugar a serum-terapia convenientemente aplicada nos estados iniciais da difteria, o que diminue, certamente, o número de estenosados.

Em seguida a traquiectomia e a intubação feitas conforme as regras de técnicas observadas com rigôr, o que, muitas vezes, não é possível de se praticar em crianças, nas fases últimas de asfixia croupal, nas quais a traquiectomia feita a toda a velocidade constitue um dever absoluto, porque de segundos depende a sobrevivência do doente.

Também deve, para o fim em questão, ser evitado, na medida do possível, o uso prolongado dos instrumentos cirúrgicos de respiração, autores de necrose de contato, procurando-se retirá-los o mais cedo possível, no segundo ou terceiro dia, todas as vezes que tal se tornar possível.

Os processos de terapêutica cirúrgica destinados a suprimir as estenoses e obstruções laringo-traquiais post-diftéricas são classificados nas seguintes categorias: os processo de dilatação progressiva intra-traquio-laringianas, os processos de dilatação progressiva após laringo-traquiostomia e o processo de ressecção segmentar da traquéia.

Como ato preliminar do tratamento cirúrgico, em todos os casos, traquiotorisados ou não traquiotorisados, acha-se estabelecido a prática de uma traquiotoria infra-cricoidiana, média ou baixa, feita sistematicamente de acôrdo com as leis da técnica operatória. Este ato operatório torna-se, em certos casos de desvios e de deformações traquiais, de realização difícil, obrigando o cirurgião a procurar pontos de referência na cartilagem tireoidiana, sempre reconhecível, o que constitui a regra de ouro nos casos complicados. Quando existe orifício de traquiotoria alta, trans ou supra-cricóideu se é coagido a praticar também a traquiotoria baixa para facilitar o trabalho terapêutico intra-laringo-traquial, destinado a curar as lesões existentes em estes órgãos.

Feita ela, com correteza, a experiência ensina que se deve esperar um tempo suficientemente longo para que nêle seja possível processar-se atos regressivos das lesões existentes, capazes de, uma ou outra vez, por si mesmo, trazerem a cura do mal, como se tem observado em edemas da mucosa, ancilose das articulações laringianas e noutras variedades mórbidas. Surge destas noções uma lei de terapêutica cirúrgica das estenoses, consistindo no dever de se esperar bastante, por um ou dois meses, após a traquiotoria baixa, antes de efetuar o segundo tempo operatório.

Transcorrido este tempo de espera e não tendo havido melhora ou cura da disfunção respiratória, acha-se indicado de modo formal o prosseguimento da ação cirúrgica, a qual, orienta-se por um dos três métodos já citados, sendo aplicados isoladamente ou sucessivamente, nos casos de insucesso de algum dêles.

### A) MÉTODOS ENDO-LARINGIANOS

Estes métodos, que eram os únicos de que dispunham os cirurgiões de outros tempos, acham-se abandonados na maioria dos casos, principalmente dos casos difíceis, nos quais o tratamento das lesões obstrutivas e estenosantes, por via exo-laringiana, após traquio-laringostomia, constitui o processo de escolha, pelo fato de ser com êle possível uma ação terapêutica mais eficaz e mais radical e de resultados comprovadamente melhores.

Entretanto, ainda hoje, havia endo-laringiana, para aqueles que tem prática e habilidade suficientes da terapêutica médica e operatória do laringe e da traquia pelas vias naturais, encontra, de maneira

não rara, indicação justa de sua utilização, em certas formas anatomo-patológica de estenoses.

Também nêstes casos de ação terapêutica pelas vias naturais, a traquiectomia baixa preliminar constitue uma operação auxiliar de muita importância, não só pelo fato de permitir atos operatórios realizáveis mais vagorosa e calmamente, condicionando uma maior precisão técnica, mas também pela circunstância de outorgar repouso ao órgão tratado em suas diferentes fases inerentes ao processo de cura das lesões. Igualmente, em determinados casos em que se é obrigado a recorrer a anestesia geral respiratória, a traquiectomia se faz útil, embora seja isto uma razão fraca nos dias de hoje, porque a anestesia loco-regional e a geral pela Avertina retal tem predominado de uma maneira quasi exclusiva na cirurgia do pescoço e da cabeça.

Como condição inicial e imprescindível dêstes métodos terapêuticos impõe-se o exame detalhado das lesões existentes, recorrendo-se aos diferentes processos já citados para sua sufficiente objetivação.

Por meio de instrumentos apropriados para cirurgia endo-laringiana, instrumentos de diereze e exerese, alças galvânicas e eletrodos para diatermo-coagulação ou diathermo-dereze, sob a luz da laringoscopia, consegue-se a destruição das sinequias, das bridas e dos diafragmas estenosantes e obstrutivos das cavidades laringiana e traquiais. Até a própria cõrtectomia se pôde realizar, satisfatoriamente, por esta via.

A dilatação progressiva endo-traquio-laringiana, feita com instrumentos apropriados como a sonda de Schroetter ou adaptados, como o tubos de O'Dwyre e as sondas de Beniqué, pôdem, em determinados casos, com lesões não muito acentuadas, dar resultados curativos definitivos como se tem observado nas sinequias moderadas e nas anquiloses das articulações laringianas. As canulas dilatadoras de Schrötter ou de Dufourmantel, introduzido sob o contrôle do espêlho laringoscópico ou do tato, como na intubação, são deixadas in loco (elas são perfuradas), durante alguns minutos ou alguns quartos de hora e são renovadas diariamente ou mais espaçadamente, conforme a reação tissular do órgão e o critério do terapeuta.

As sondas de cateterismo vesical de Nelaton, de couchue vermelho, pôdem servir também para êste fim, apresentado a possibilidade de, com o aux.lho de um fio, permitir o estabelecimento de uma sondagem sem fim. As sondas de Beniqué constituem um meio excelente de dilatação e que pôdem ser empregadas quer pela via oral quer pela via traquial através da fístula respiratória. Não sendo tubulares, tem que serem usadas em tempo reduzido de ação dilatadora, mas repetidas vezes na mesma secção de dilatação, de modo a perfazerem o tempo de ação das sondas perfuradas. Introduzida a sonda de Beniqué se a deixa in loco de um quarto a meio minuto no máximo, conforme a resistência individual a asfixia, e se a retira, para, após o restabelecimento do equilibrio oxigenado do sangue, se a reintroduzir, e, agindo intermpidamente, conseguir o efeito terapêutico que se consegue com o tubo de Schrötter.

**B) MÉTODOS EXO-LARINGIANOS**

Caberia, com propriedade, ser tratado aqui o método de dilatação traquéio-laringiano à Beniqués, supra relatado, já que, em geral, este processo se aplica por via retrograda, Transtraquial. Na prática, contudo, a denominação de tratamento cirúrgico exo-laringiano das lesões estenosantes e obstrutivas laringo-traquiais tornou-se sinônimo de tratamento feito a céu aberto, após laringo-traquiectomia. Feita esta intervenção consegue-se remover as formações obstrutivas e estenosantes, calibrar o conduto aéreo e realizar-se a plástica final obturadora do orifício fistuloso residual.

Procede-se em três fases sucessivas e de uma maneira sistemática. Em uma primeira fase faz-se a laringo-traquiectomia. Numa segunda processa-se a dilatação e a calibração do conduto aéreo. E em uma terceira fase pratica-se autoplastia obturadora da fístula respiratória, quando há lugar ainda para se fazer esta intervenção.

(Continuará no próximo número)