

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEURITES LEPROSAS AGUDAS

LINNEU M. SILVEIRA.
*Cirurgião do Asilo-Cólonia Pirapitingui. Assistente da Cadeira de
Técnica Operatória e Cirurgia Ex-
perimental da Escola Paulista de
Medicina.*

A anatomia-patológica ensina que nas neurites leprosas recentes, o perinervo é invadido por infiltração linfocitária, que se propaga também para os septos conjuntivos intra-fasciculares. Processa-se assim o espessamento dos elementos conjuntivos do nervo que terminam por exercer compressão sobre as fibras nervosas.

Num estágio mais avançado de evolução, o processo ganha o epinervo e a constrição então passa a ser maior. As fibras nervosas permanecem intatas por algum tempo e só secundariamente é que atrofiam e degeneram. Essa última noção é de grande importância em terapêutica cirúrgica.

Fato capital, bem evidenciado por Virchow, é que os fenômenos de esclerose predominam no tecido conjuntivo intra-fascicular. O desconhecimento dessa noção é o responsável por métodos operatórios deficientes em seus resultados, como destacaremos mais adiante. O grande desenvolvimento do tecido intra-fascicular é mesmo apontado como um caráter diferencial entre as neurites lepróticas e as infecciosas de outra origem.

Vicente Grieco estudando as neurites nos diversos tipos de lepra conclue que nas formas tuberosas elas são primitivamente intersticiais, sendo as fibras nervosas destruídas secundariamente por compressão, localizando-se os infiltrados lepróticos no tecido conjuntivo intra-fascicular, que pelo seu crescimento dissocia as fibras

nervosas, que são afastadas e comprimidas, até completa destruição. Conclue também, que mesmo nas formas nervosas puras, as neurites são de natureza intersticial. Nas neurites hansenianas tuberculoides os infiltrados se localizam igualmente entre as fibras nervosas, podendo dar lugar á caseificação do nervo.

Dessas constatações destacaremos tres fatos que nos parecem essenciaes :

1) — Os processos infiltrativos dos nervos na lepra, se processam nos elementos conjuntivos perinervosos e intra-fasciculares, em todas as formas da doença, É de capital importancia a noção de grande infiltração dos elementos conjuntivos intra-fasciculares ;

2) — As fibras condutoras do influxo nervoso resistem por algum tempo á ação compressiva dos elementos conjuntivos infiltrados e a sua destruição se processa secundariamente por compressão;

3) — A evolução da neurite aguda dolorosa será para a destruição das fibrilas nervosas e suas graves consequencias, se não as libertarmos dos elementos conjuntivos que as estrangulam. Essas infiltrações de carater agudo serão substituidas posteriormente por elementos de fibrose.

Feitas essas considerações, que constituem os fundamentos de nossa orientação terapêutica, examinemos os casos sob o aspêto clinico.

O cirurgião é chamado a intervir sobretudo nas neurites agudas, localizadas mais frequentemente nos nervos cubitais (56,9% dos casos, segundo a estatística de Chattergi). Os pacientes são apresentados padecendo dores atrózes, sendo que a região correspondente ao trajeto dos nervos afetados mostra-se tumefeita e hiperemiada e a pele distendida e brilhante. A anestesia geral se impõe, dada a extrema sensibilidade da região em que se vai intervir. Feita a via de acesso ao nervo, através tecidos intensamente hemorragiparos, devido á hiperemia da região, encontramos-lo muito espessado e fusiforme na maioria das vezes.

Comumente, procede-se a descapsulização pura e simples do nervo, visando a libertação ,das fibras da ação constrictora que sua capsula lhes impunha. Ora, se considerarmos que a trama conjuntiva intra-fascicular achasse também intensamente infiltrada e exercendo forte compressão na maior parte das fibras nervosas, compreenderemos a ineficácia dessa intervenção.

Por isso, torna-se indispensável a dissociação do nervo longitudinalmente, o que levamos a efeito a bisturi, afim de se conseguir a libertação completa das neurofibrilas. Essa dissociação deve ser cuidadosa e o mais completa possível. Num cubital espessado, a operação é relativamente simples e sente-se perfeitamente o bisturi seccionar os tecidos fibrosos do endonervo. Com um estilete rombo completa-se a dissociação. Suturam-se então os planos superficiais, tendo-se preparado previamente um bom leito para o nervo e protegido-o bem contra as prováveis aderências á cicatriz cutânea. Terminada a intervenção, ao despertar o paciente da narcose, os fenômenos dolorosos desapareceram por completo, podendo ele repousar tranquilamente.

Façamos agora a análise rápida de cinco casos operados e cuja evolução confirma o que foi exposto anteriormente.

1) — *Y. M.*: neurite cubital aguda direita. Operação: em 27/12/1937 — foi feita a simples descapsulização do nervo. Cicatrização por primeira intenção. Não cessaram os fenômenos dolorosos, tendo a intervenção sido absolutamente inútil.

2) — *Y. C.*: neurite cubital aguda direita. Operação: em 7/9/1936 — descapsulização do cubital e libertação das fibrilas nervosas da trama conjuntiva intra-fascicular, por dissociação longitudinal do nervo. Cicatrização por primeira intenção. A doente passou bem durante um ano, época em que surgiram novamente fenômenos dolorosos no nervo operado. Impunha-se nesse caso, nova intervenção.

3) — *I. C.*: neurite cubital aguda esquerda. Operação em 21/7/1937 — descapsulização do cubital e libertação, por dissociação longitudinal do nervo, das fibras nervosas comprimidas pela trama conjuntiva intra-fascicular. Havia processo extenso de fibrose do nervo, demonstrando que o processo agudo que indicou a intervenção se instalara num nervo já afetado. Grande parte desse tecido fibroso foi ressecado. Não existiam porém, fenômenos de amiotrofia Cicatrização da ferida por segunda intenção, por ter havido processo supurativo, que foi facilmente debelado. Resultado : cessação completa dos fenômenos dolorosos. Não surgiram amiotrofias ou distúrbios funcionais na zona correspondente ao cubital doente.

4) — *Z. A.*: neurite cubital aguda direita. Operação : em 8/6/1937 — descapsulização do cubital e libertação das fibras nervosas, da trama conjuntiva intra-fascicular, por dissociação longitudinal do nervo. Cicatrização por primeira intenção. Resultado desapareceram por completo os fenômenos dolorosos, não tendo havido amiotrofias ou outros fenômenos atribuíveis a uma alteração profunda do nervo afetado.

5) — *E. T.*: neurite cubital aguda esquerda. Operação realizada ha mais de um ano, não nos tendo sido possível precisar a data ; foi feita a descapsulização do cubital e dissociação longitudinal do nervo para libertação completa das fibras nervosas. Cicatrização

por primeira intenção. Resultado: cessação completa dos fenômenos dolorosos. Não surgiram amiotrofias ou deficiências funcionais no membro afetado.

Em todos esses casos, antes de se suturar a pele o nervo foi bem protegido por tecidos musculares e celular, afim de se fazer a profilaxia, de provavel aderencia com a cicatriz cutânea.

Houve portanto em cinco casos, um insucesso, que corrobora as nossas afirmações ; uma recidiva após um ano e tres curas completas, que constituem sem dúvida a melhor justificativa da técnica operatória por nós empregada e aconselhada.