

A TRAQUEOTOMIA NA LEPRA

Dr. FRANCISCO AMÊNDOLA
Oculista do S.P.B.

A nossa finalidade nesta contribuição ao estudo da traqueotomia nos doentes de lepra, visa expor os resultados que vimos obtendo com a prática desta intervenção entre os pacientes do A. C. Sto. Ângelo.

A indicação da traqueotomia tem sido sugerida nos livros clássicos, mas ao que parece, não foi, objeto de um estudo mais pormenorizado como o que agora procuramos realizar, sem no entanto deixar de assinalar que isso, em absoluto constitue novidade, mesmo entre nós, pois é de nosso conhecimento que essas intervenções vêm sendo realizadas em todos os asilos.

Tendo feito 26 intervenções em doentes do A. C. Sto. Ângelo, nós nos propomos estudar os resultados das mesmas, estabelecendo as suas indicações, contra-indicações e outras sugestões que julgamos mais convenientes de acôrdo com a nossa experiência.

A indicação da traqueotomia se resume na iminência de asfixia devida a presença de obstáculos laringeos que na lepra são: infiltrações generalizadas, edemas, nódulos, ulcerações, etc....

A traqueotomia na lepra não obedece à mesma indicação que em outras entidades mórbidas, porquanto se nestas os fenômenos de asfixia se manifestam de um modo brusco, necessitando uma intervenção imediata, como nos corpos estranhos da traquéia ou então na difteria laringea, determinando fenômenos de sufocação que requerem uma atuação operatória imediata, na lepra, assim como nas lesões crônicas que provocam diminuição de calibre da laringe, não se deve esperar pelos fenômenos asfíxicos para praticar a traqueotomia, devendo-se ao contrário, operar afim de se prevenir a fase de asfixia.

As lesões lepromatosas laringeanas têm o mesmo decurso lento e progressivo das lesões cutâneas; sôbre estas, porém, podemos intervir com as cauterizações com ácido tricloroacético, as infiltrações intradérmicas e demais tratamentos medicamentosos, fisioterápicos e cirúrgicos, do conhecimento de todos, de modo a determinar melhorias, ao menos transitórias.

Se isso não pode ser feito com as lesões lepromatosas laringeanas, e se habitualmente, elas têm caráter evolutivo grave, poder-se-à observar, embora excepcionalmente, a involução dessas lesões nos casos de regressão da moléstia (casos queimados ou "burned out" dos autores ingleses).

Pudemos observar um caso nessas condições em um paciente operado ha 9 anos devido a infiltrações e nódulos da epiglote e laringe, achando-se até hoje com a cânula, e em franca resolução. não só das lesões locais como gerais da moléstia. A prática da traqueotomia é indicada em determinada ocasião da afecção laringeana, antes que se agrave o estado geral do doente.

As manifestações laringeanas que em sua evolução, podem determinar asfixia, temo-las observado unicamente nos doentes lepromatosos e em períodos tardios da evolução da moléstia, quando o tegumento cutâneo, a mucosa nasal, os olhos e, eventualmente, outros órgãos já tenham sido atingidos de maneira acentuada pela lepra. Nessas condições, os doentes que devem ser operados apresentam-se em estado físico precário, acentuado pela anemia que se instala na fase final, e as vezes, antes e ainda pela intoxicação progressiva que se deve processar em virtude da aeração insuficiente dos pulmões .

Ha um período muito dilatado para o especialista exercer a sua intervenção nas lesões laringeanas lepróticas, a menos que surjam edemas, os quais condicionam uma atuação operatória imediata. As traqueotomias de urgência na lepra, geralmente, não são praticadas nos surtos edematosos agudos intercurrentes, porque êtes reagem bem ao tratamento antiespasmódico, de maneira que o paciente pode aguardar o especialista, sem os perigos fatais da asfixia.

Entre os 26 pacientes operados, somente três vezes foi solicitada a nossa presença fora do período normal de trabalho e todos eles eram portadores de processos crônicos da laringe, que, apesar das pequenas crises anteriores de sufocação, não quizeram ser operados, ou por temor ou na expectativa de uma cura medicamentosa ou espontânea.

Na marcha lenta, mas progressiva das lesões nodulares, edematosas ou infiltrativas da faringe e laringe, na invasão inapelavel e insidiosa da moléstia, ocasionando o estreitamento da luz traqueial, o paciente não vê outro recurso terapêutico que a traqueotomia e a ela se apegam com toda sofreguidão, pelo déficit respiratório existente, motivado pela pouca aeração, insuficiente ao seu equilíbrio vital.

O paciente, geralmente, vai ter em primeiro lugar ao clínico, queixando-se da dificuldade respiratória, rouquidão e insônia, julgando tratar - se de uma doença cardíaca ou pulmonar, solicitando-

lhe a medicação adequada. O clínico indica a traqueotomia como única terapêutica benéfica para o caso, mas o doente só se apresenta para a intervenção quando o quadro clínico se acentua com crises de sufocação.

Não operamos um doente sem o exame prévio do médico clínico, afim de evitarmos as intervenções que poderão ser fatais durante o ato operatório, em cardíacos, cárdio-renais, etc....

Nos preparativos da intervenção, geralmente não nos preocupamos com a anestesia local, porquanto os pacientes com sintomas tóxicos da obliteração mórbida, apresentam ausência de sensibilidade na região, não reagindo aos três tempos clássicos da traqueotomia.

Diz MARION: *tcoute anesthesie est inutile, il faut operer vite sans s'occuper de la douleur, du reste bien attenué par l'état dans lequel se trouve le malade*". E isto, o mestre o diz, referindo - se a paciente não hanzenianos.

Nenhum de nossos pacientes queixou-se de dor no ato operatório, provavelmente devido à falta de sensibilidade.

De maior importância é a administração prévia de cardiotônicos (cardiazol, sparteina, óleo camforado, etc....) , afim de evitar os desequilíbrios orgânicos com a entrada súbita de ar na área pulmonar.

A operação ,se realiza em um minuto, ou um minuto e meio e preferimos a traqueotomia inferior, interessando a porção traqueial, abaixo do istmo da tiroide, compreendendo os primeiros anéis traqueais.

A crico-traqueotomia já foi tentada, pelo Dr. C. ROLIM, ilustre cirurgião do A.C. Sto. Ângelo, já falecido, porém, a intervenção em dois pacientes foi fatal, no ato operatório.

Quando o paciente traqueotomizado, após algum tempo, apresenta-se novamente, com o quadro que condicionou a primeira intervenção, apesar da cânula achar-se em bom estado de conservação, localização e livre, devemos nos precaver, pois em um dos casos houve a formação de um exudato muco-membranoso espesso, abaixo da cânula, de remoção difícil, vindo o paciente a falecer, quando operado de urgência, pelo médico interno do Asilo.

Praticámos a traqueotomia em 26 pacientes, dos quais 15 estão vivos, e, quasi todos, bem humorados, satisfeitos por estarem livres das angústias determinadas pelos fenômenos de sufocação que os martirizavam antes da intervenção.

Observou-se, em todos eles, apesar da moléstia evoluir para a caquexia, que houve modificação notável nas cordas vocais, melhorando a emissão de sons.

Dos 26 operados, 11 faleceram: 2 faleceram durante a intervenção, sendo, um por síncope respiratória e cardíaca, e outro devido ao

estado avançado de caquexia leprótica, que não permitiu terminar a intervenção.

Dos falecidos viveram depois de operados,

no ato operatório	2,
até 1 mês	1,
" 6 meses	1,
" 1 ano	3,
" 2 anos e meio	2,
" 3 anos	1,

Todos os pacientes acima, excepto um que veio a falecer durante a intervenção, tiveram a causa mortis devida ou a caquexia leprótica ou a uma moléstia intercurrente, não sendo nunca a afecção laringeana o motivo do falecimento do paciente.

Os pacientes que ainda vivem e se acham no A. C. Sto. Ângelo, são em número de 15 e foram operados: 2 ha 6 meses, 2 ha um ano, 1 ha 2 anos, 7 ha 3 anos, 2 ha, 4 anos e 1 ha 9 anos.

Neste último caso de 9 anos, houve uma involução das lesões locais e gerais do paciente. Quizemos mesmo, retirar a cânula e refazer a região operada, porém, o paciente, em vista da sua transformação em caso queimado, deseja obter alta em tempo oportuno, achando-se bem e já habituado com o uso da cânula, permitindo a sua retirada quando estiver em época de deixar o asilo. Êste caso é excepcional, porquanto quasi todos os outros pacientes são formas avançadas, na fase final da evolução do Mal de Hansen. Haviam pacientes no entanto, que apresentavam lesões ulcerativas generalizadas e após a traqueotomia praticada ha 1 ano, melhoraram, não se encontrando uma ulceração sequer em toda a pele, com melhor estado nutritivo, apesar de cegos e mutilados.

Pelo exposto, deduzimos a alta significação e importância de que se reveste na clínica hospitalar de leprosário, a traqueotomia, operação que, na totalidade de suas indicações, apresenta, como resultado imediato, a cessação pronta de fenómenos asfíxiantes das lesões laringeanas lepróticas, afastando o quadro dramático e angustiante da morte pela sufocação, prolongando a vida dos operados e prodigalizando-lhes, quando mais não seja, a esperança, "toute trompeuse qu'elle est, sert au moins a nous mener à la fin de la vie par un chemin agréable".

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO



TÔNICO GERAL — REMINERALI-
ZADOR — RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE —

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPÊUTICO ORLANDO RANGEL
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro.

LABORATORIO KALMO

Secção Industrial de VICENTE AMATO SOBRINHO & Cia.
SÃO PAULO

HEPACRITAN COFA

Princípio antitoxico do Fígado, segundo o metodo de
Forbes.

Cada ampola de 1 cc. contem:

Fração antitoxica do Fígado: 1 Un. Rato
(Correspondente a 50 grs. do orgão)

INDICAÇÕES

Molestias hepaticas — Intoxicações exogenas e endoge-
nas — Toxiemias infecciosas — Pre e post-operatorio —
Prevenção dos accidentes toxicos no emprego dos arseno-
benzois e da sulfanilamida — Estados alergicos — Ure-
mia e Toxiemias gravidicas, etc..

USO INTRAMUSCULAR

<p>A MINOZOL COMPRIMIDOS TUBOS com 20 COMPRIMIDOS</p>	<p>p-Aminobenzolsulfamid (Contendo 0,40 de sal)</p>	<p>Infeções gonocócicas, Tratamento do tracôma. Combate às estreptococias, estafilococias, septicemias.</p>
<p>A MINOZOL EMPÓLAS NORMAL Caixas com 5 empólas de 2 cc. FORTE Caixas com 3 empólas de 5 cc.</p>	<p>NORMAL Cada empóla contém: p-Sódiosucinilaminobenzolsulfamid 0,10 em agua distilada. FORTE Cada empóla contém: p-Sódiosucinilaminobenzolsulfamid 0,25 em agua distilada.</p>	<p>Infeções gonocócicas, Tratamento do tracôma, Combate às estreptococias, estafilococias, septicemias.</p>
<p>ANABIOSE GRANULADO VIDROS COM 100 CC.</p>	<p>Bromureto, Hiposulfito e Silicato de magnésio, Hiposulfito de sódio, Peptonas de: carne, peixe e leite, Suprarenal em pó, Sacarose em pó, Vanilina e Carmim q. b. p. colorir.</p>	<p>Nas anafilaxias e suas manifestações, Nas manifestações circulatorias (vaso dilatação, constricção periférica, hipertensões), Nas manifestações de origem respiratória (asma, dispnéa, corizas espasmódicas), etc.</p>
<p>ASCORBORAX EMPÓLAS NORMAL Caixas com 6 empólas de 2 cc. FORTE Caixas com 3 empólas de 5,3 cc.</p>	<p>NORMAL Cevitamato de sódio (0,1) corresp. a 2.000 U. I. - Glutation 0,0001 FORTE Cevitamato de sódio (0,5) corresp. a 10.000 U. I. - Glutation 0,0002</p>	<p>Diatases hemorrágicas, Doenças infecciosas, Alergias, Gravidez, Aleitamento, Anorexia, Anemias, Intolerâncias aos arseno-benzóis, Nas avitaminoses e hipovitaminoses, Nas hemoptises, Fraturas, etc.</p>
<p>ZINFENE EMPÓLAS NORMAL Caixas com 6 empólas de 1,5 cc. FORTE Caixas com 3 empólas de 2,2 cc.</p>	<p>NORMAL Cada empóla de 1,5 cc., contém: Cloridrato de tiamina 0,002 corresp. a 660 U. I. FORTE Cada empóla de 2,2 cc., contém: Cloridrato de tiamina 0,01 corresp. a 3.300 U. I.</p>	<p>Desequilíbrio e insónias nervosas, Nevralgias, Perturbações gastro-intestinais, Hiperglicemia, Nevrites, Dermatoses nervosas, Escleroses multiplas etc.</p>
<p>ZINFENE LIQUIDO VIDROS DE 120 CC.</p>	<p>Extrato de fígado desproteinado, Vitamina B₁ (Aneurina) Vitamina B₂ (Lactoflavina), Acido nicotínico, Suco de Limão, Essencia de Limão, Glicerina, Xarope simples, Microclase.</p>	<p>Nevrites, Polinevrites, Falta de appetite, Anemias, Convalescença e no crescimento das crianças.</p>

CIA. PRODUTORA FARMACEUTICA ASCLÉPIAS

Caixa Postal 1183 — São Paulo