

Antonio Augusto Fernandes

N.º 4

TRATAMENTO

DA

SPINA BIFIDA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PORTO

Typ. de A. F. VASCONCELLOS, SUCCESSORES

51, Rua de Sá Noronha, 51

1899

93/4 ENC

dia 14 de Junho, pelas 1 hora
tarde

presente O Excmo. Sr. Ricardo
Freixo Jorge

Excmo. Sr.

Medio Agnes Ser. do Valle

Alberto Ser. Pinto de Aguiar

Carlos Alberto de Lima

Vir de Freitas Viegas

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

Corpo Cathedratico

Lentes cathedratcos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria.	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Canlido Augusto Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'A. Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica	Jose d'Andrade Gramaxo.
	Dr. José Carlos Lopes.
	Pedro Augusto Dias.

Lentes substitutos

Secção medica	João Lopes da S. Martins Junior.
	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
Secção cirurgica	Clemente J. dos Santos Pinto.
	Carlos A. de Lima.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Luiz de Freitas Viegas.
----------------------------	-------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

 meus paes

*Jâmais esquecerei quanto por mim
fizestes.*

A minha irmã

TRIBUTO DE SINCERA AMIZADE.

À SAUDOSA MEMORIA

DE

Minha irmã CANDIDA

Uma sentida lagrima.

AOS MEUS PARENTES

Aos meus condiscipulos

E

AOS MEUS AMIGOS

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SNRS.

Dr. José Dias d'Almeida Junior

E

Dr. Luiz de Freitas Viegas

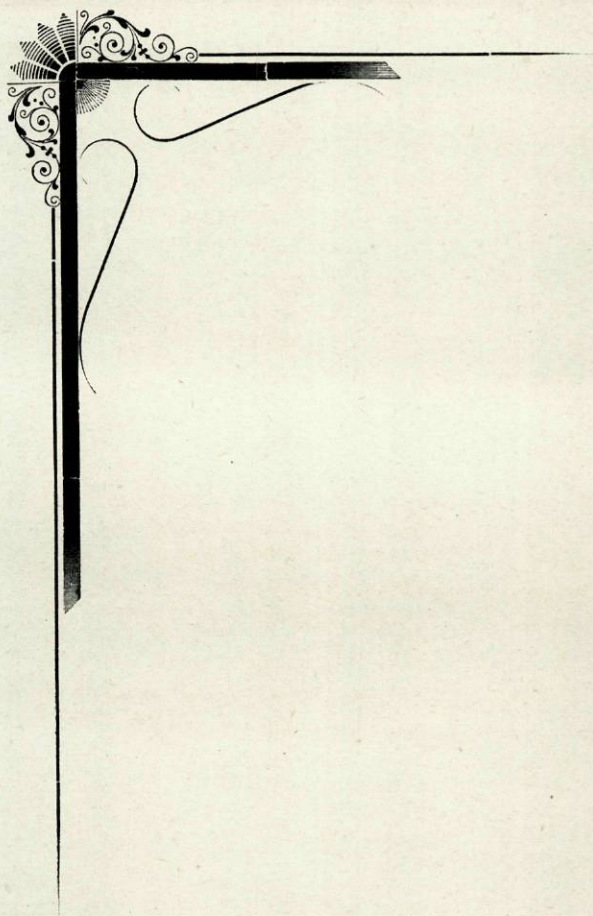
O interno reconhecido.

AO PRESIDENTE DA MINHA THESE

O PROFESSOR

Dr. Ricardo d'Almeida Jorge

Homenagem ao seu grande talento.



Deve intervir-se na spina bifida?

Não ha muito tempo ainda, em 1870, se considerava a cura da spina bifida como inteiramente impossivel. *En effet, quoi qu'on fasse, on ne pourra jamais combler la partie osseuse qui manque au canal du rachis* ¹.

Tulpius, que foi quem primeiro descreveu esta doença, diz que a abertura espontanea ou artificial d'este tumor é seguida fatalmente da morte.

Ytard no seu dictionario exprime-se: «Devemos abster-nos de todo o tratamento e nada fazer para prolongar a vida d'um sêr que não nasceu viavel.»

Este pessimismo continuou mesmo a ter os seus partidarios e é assim que Bouchut, em 1873, rejeita completamente toda a intervenção cirurgica e expõe

¹ Guersant — *Chirurgie des enfants*.

francamente a opinião de que a spina bifida se deve abandonar á sua marcha natural. Cita em apoio da sua affirmativa, uma estatística de Guersant, que é realmente desoladora. Com effeito, de 25 doentes operados por este cirurgião 24 succumbiram a acciden-tes inflammatorios resultantes da operação.

Lallemant viu falhar todas as operações tentadas contra a spina bifida.

Laborie considera, no emtanto, como incontestavel que a operação pôde em alguns casos ser seguida de successo, mas sómente quando o tumor não contém medulla; todavia n'estes casos a cura pôde ser espontanea, o que quer dizer em bom portuguez que a intervenção não offerece probabilidades de exito senão nos casos em que é inutil.

Estas opiniões desfavoraveis á intervenção foram seguidas durante muito tempo pelos auctores classicos e é assim que Giraldés, Holmes, Follin e Duplay declaram, depois de varias tentativas infructiferas, que se pôde estabelecer como um preceito absolutamente geral que não deve atacar-se o tumor pelos meios cirurgicos senão depois do emprego dos meios palliativos.

No dia 13 de maio de 1876 M. Perier communica á Société de Chirurgie dois casos de cura por meio da ligadura.

Por esta epocha dão-se dois factos d'uma extrema importancia: a substituição da injeção iodada de Brainard-Velpeau pela injeção iodo-glycerinada de Morton, tão preconizada em Inglaterra, e uma revo-

lução que marca uma pagina brilhante na historia da cirurgia — a vulgarisação da antiseptia.

Hoje o cirurgião, seguro de si e dos seus ajudantes, nada deve temer da infecção. Se uma ferida por elle praticada é séde de pús, é porque commetteu uma falta. Redobre de cuidados e remediará o inconveniente. Esta segurança que hoje se possui não era dada aos antigos. Tinham, pois, toda a razão em se exprimirem da fôrma por que vimos ha pouco. Ora, desde o momento em que todo o perigo está na infecção e que este perigo está hoje pelo menos infinitamente diminuido, porque não ha de intervir-se?

Pois apesar d'isto, ainda em 1878 Duplay estava eivado do mesmo desalento e tinha a fraqueza de confessar: *Soit qu'on abandonne l'affection à elle-même, soit qu'elle devienne l'object d'une intervention chirurgicale, les malades sont voués à une mort presque certaine.*

Ha mais. Em 1883, M. de Saint-Germain aconselhava o emprego de meios palliativos, pois que, dizia elle: *une intervention intempestive accelererait l'apparition des phénomènes de meningite et hâterait la mort du malade.*

Felizmente que já em 1884 este mesmo auctor teve ensejo de modificar a sua opinião, pois que em 4 casos que operou teve 3 successos. Eram, é verdade, casos favoraveis á operação, mas se a expectação tivesse sido a pratica ou, o que vem a ser o mesmo, se tivesse empregado os meios palliativos, não obteria, estou certo, os mesmos resultados, e isto justifi-

cal-o-hemos mais adiante, quando analysarmos os resultados da expectação,

À medida, pois, que nos approximamos da epocha actual, vemos despertar cada vez mais vivo o enthusiasmo pela intervenção, e é assim que Rohmer ¹, Tillaux ² e Kirmisson ³ expõem desassombradamente a opinião de que deve intervir-se, citando em fundamento d'esta asserção argumentos e estatisticas deveras concludentes.

Mas, antes de mais nada, vejamos o que succede á spina bifida quando abandonada a si mesma.

Para isso dividiremos as creanças portadoras d'esta affecção em duas cathegorias:

- a) Creanças de menos d'um anno d'idade;
- b) Creanças de mais d'um anno.

A. — A primeira cathegoria dá numeros muito desfavoraveis á expectação. É assim que na Inglaterra, nos annos de 1881 a 1883 morreram 1:768 creanças de menos d'um anno d'idade, sendo 1:375 de 0 a tres mezes. Não é caso para espanto. Temos de metter n'este numero os casos de tumores abertos durante o parto, os cobertos por uma pelle muito delgada, prestes a romper-se, aquelles em que ha abundante secreção de liquido cephalo-rachidiano, hydrocepha-

¹ Dechambre — *Dictionnaire encyclopedique des Sciences Medicales.*

² *Chirurgie clinique.*

³ *Traité de chirurgie.*

lia, etc. Além d'isso, n'esta epocha as creanças estão expostas a todos os perigos da sua idade, má alimentação, diarrhêa, etc., perigos aggravados ainda pela sua affecção que as torna menos resistentes.

B. — Quanto á segunda cathegoria, encontramos na these de Bellanger ¹ 37 observações de casos spina bifida que não foram submettidos a tratamento algum. Tratava-se de creanças em boas condições, pois que escaparam aos variadissimos accidentes que constituem o apanagio do primeiro anno da existencia. Pois só 5 podem considerar-se curadas. As restantes apresentaram complicações variadas, principalmente pé boto, paralysias, perturbações tropicas, etc.

Poderemos, pois, concluir pelos maus resultados da abstenção.

Devemos portanto intervir. Como? É o que vamos dizer. Antes, porém, de o fazermos, consagremos algumas palavras a um accidente que acontece indifferentemente qualquer que seja o processo empregado e que alguns auctores invocam para repellir ou pelo menos retardar a intervenção: referimo-nos á hydrocephalia. Ora, compulsando as estatisticas, vê-se claramente que o tratamento não deve ser incriminado, pois que em 330 observações a hydrocephalia

¹ Bellanger — *Traitement du spina bifida*, 1891.

lia appareceu 41 vezes, 27 vezes fóra de todo o genero de intervenção e 14 vezes depois d'esta. O que acontece é que n'estes casos de spina bifida, a falta d'ossificação das vertebraes, a hernia da medulla não constituem toda a doença: ha ao mesmo tempo doença das meninges, caracterisada por uma hypersecreção do liquido cephalo-rachidiano. Não fallaremos aqui do papel que se suppõe ter esta hypersecreção na etiologia da spina bifida, pois que não cabe no estreito espaço do nosso assumpto, mas uma vez produzida a spina bifida, a sua marcha, o seu augmento de volume está dependente da secreção do liquido. Ha assim um balanço entre a spina bifida e a cavidade craneana.

Encontramo-nos em face d'um problema de hydrostatica que se póde formular assim: Sendo dado um tubo inextensivel fechado nas suas extremidades, craneo e spina bifida, por uma membrana elastica, e encerrando esse tubo um contheúdo compressivel, centros nervosos, qual dos tres elementos soffrerá mais, se a pressão augmentar? Se a spina bifida fôr o menos resistente, romper-se-ha; se é o craneo, haverá hydrocephalia; se são os centros nervosos, paralysisia e morte.

É, pois, bem critica a situação do cirurgião, collocado em face d'uma spina bifida com hypersecreção de liquido, collocado por assim dizer entre Scylla e Charybides, isto é, abstendo-se assistir á ruptura do sacco e á morte por meningite, e intervindo, assistir á morte por hydrocephalia.

Digamos de passagem, sómente, que se tem empregado a punção dos ventriculos para combater a hydrocephalia; Mayo Robson e Picqué procederam a esta operação, mas os resultados são pouco animadores. Broca ¹ diz ter praticado a drenagem dos ventriculos, depois da trepanação, n'um doente em que appareceu a hydrocephalia consecutivamente á cura radical d'uma spina bifida lombar. O resultado foi a morte da creança passadas 24 horas.

N'um outro caso fez a punção lombar ao nivel da cicatriz e comprimiu, com tiras de diachylão, o craneo reduzido de volume; o resultado foi nullo. O tratamento, pois, da hydrocephalia, com ou sem spina bifida, deixa muito a desejar.

Posto isto, passemos a enumerar os variados processos que se tem posto em pratica para a cura d'esta affecção.

Reduzil-os-hemos a dois grupos:

- I. — Os que visam á modificação do sacco.
- II. — Os que tem em vista a sua destruição.

¹ *Semaine Médicale*, 1894.

I

A. — **Sedenho**

Aconselhado por Richter e Desault, acha-se ha muito tempo abandonado. Determina no sacco uma inflamação que póde estender-se ás meninges e occasionar a morte.

B. — **Encostamento**

Imaginado e posto em pratica por M. Dubois, conta poucos successos. Eis, resumidamente, a technica d'este processo: Esvasia-se o tumor e collocam-se na sua base duas laminas de ferro, convexas, e munidas nas suas extremidades d'um collo para se poderem apertar com fios; introduz-se o pediculo do tumor entre as convexidades das laminas de maneira a produzir o encostamento da serosa interior; collocam-se depois alfinetes em buracos praticados no meio das placas, de maneira a atravessar o tumor e provocar uma inflamação adhesiva.

C. — **Puncção**

Foi praticada algumas vezes com successo. Bouchut serve-se do aspirador Dieulafoy afim, diz elle,

de evitar os accidentes inflammatorios. Depois de ter esvaziado o tumor, exerce uma compressão moderada. Cita uma observação do Dr. Curry Cabral e que vem desenvolvidamente exposta na these do snr. Reis Santos ¹. Trata-se d'um caso de spina bifida (hydro-meningocéle), tratada e curada pela evacuação do liquido com o aspirador pneumatico de Dieulafoy. Existe, todavia, um numero infinito de insuccessos, de que nos podemos convencer vendo Guersant declarar que fez 15 a 18 vezes a punção sem ter de que se regosijar. Ruysch e Breschet confessam que jámais tiveram um unico successo. Era um recurso de que se lançava mão á falta de melhor, mas que nunca inspirou grande enthusiasmo. De resto, a questão parece que passou em julgado na pratica, pois que não encontramos, n'estes ultimos annos, observações d'este genero, a não ser o caso de Tedenat, que diz respeito a uma creança de dois mezes d'idade, que morreu com convulsões violentas meia hora depois de se lhe ter feito uma punção, com uma agulha Pravaz, n'uma spina bifida lombar ².

D. — Compressão

Feita por meio d'uma placa bem adaptada ou de uma faixa guarneçada d'uma almofada de crina, foi

¹ *Spina bifida*. These do snr. João Guilherme dos Reis Santos, defendida na Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. 1873.

² Tedenat — *Semaine Médicale*, 1894.

preconizada por Abernethy e A. Cooper, mas sem successo, pois que o tumor reproduzia-se logo que a compressão se abandonava. Tinha, de resto, o inconveniente de ser dolorosa. Como meio palliativo, nos casos em que a pelle do tumor é espessa e resistente, é aproveitavel e é assim que se citam casos em que individuos portadores d'esta affecção, n'estas condições, attingiram a idade de 35 annos e mais.

A compressão póde fazer-se tambem por meio de collodio, como para a hernia umbilical congenita. Cobre-se o tumor com uma camada de collodio ricinado (duas partes de collodio e uma d'oleo de ricino) e colloca-se por cima algodão e emplastro adhesivo. Este penso é renovado diariamente e substituido mais tarde por collodio puro.

Ora se, como quer Cooper, a spina bifida se assemelha á hernia, e se a sua cura se pretende obter por meio d'apparelhos, vêr-nos-hemos obrigados a procurar na spina bifida as mesmas condições de curabilidade que na hernia. N'esta é preciso que o intestino seja reductivel e que as paredes do sacco possam ser encostadas uma á outra por meio da compressão. Ora a spina bifida nem sempre é reductivel; e se fôr reductivel, nem sempre se póde manter reduzida em consequencia dos accidentes que por vezes se produzem na creança. Mesmo até no caso de se poder reduzir e manter, a compressão seria perigosa por causa do contheúdo nervoso do sacco (se existisse). São estas razões de sobejo para limitar o emprego da compressão como meio curativo.

Não quer dizer que a compressão não dê resultados. N'uma spina bifida transparente, reductivel, de orificio estreito, daria resultados. Mas estas seriam condições ideaes para praticar a excizão, assim como adiante veremos, e francamente, o cirurgião aseptico preferirá um meio que lhe dá a cura quasi certa em 15 dias a processos que dariam, em semanas e talvez mezes, resultados problematicos. Mas a compressão dá tão bons resultados nos derrames articulares, porque não dará o mesmo na spina bifida? Porque as condições são muito differentes: n'um derrame do joelho, por exemplo, póde envolver-se o membro em algodão e exercer uma compressão energica sobre toda a articulação, ao passo que na spina bifida não se exerce senão n'um ponto limitado.

E. — **Acupuncture**

Consiste em fazer penetrar agulhas na profundidade do tumor e deixal-as abi afim de provocarem uma inflamação adhesiva. Tem os mesmos inconvenientes que o sedenho.

F. — **Electrolyse**

Tal como se pratica na cura dos angiômas; não dá resultados.

G. — Fomentações quentes, pomadas, líquidos adstringentes, etc.

Com os quaes se pretendia augmentar a vitalidade dos tecidos e a espessura das paredes que ameaçavam ruptura; não devem prender-nos a attenção.

H. — Incisão

Tem todos os inconvenientes da punção e mais o de provocar, geralmente, syncopes mortaes.

I. — Injecções

As injecções iodadas, preconizadas por Velpeau e Chassaignac deram um certo numero de successos. Injectar iodo n'um hydrocéle era crear um novo methodo therapeutico, transportar este methodo da cavidade vaginal para o peritoneu constituia uma singular audacia, mas collocar os elementos nervosos em contacto com este agente irritante, parecia dever ultrapassar todos os limites da temeridade. Velpeau, depois de ter entrevisto a possibilidade de atacar o hydrorachis pelas injecções iodadas, não se abalancou, contudo, a tão grande empreza. Hesitou, e só mais tarde, depois de Brainard, de Chicago, ter ousado um tal commettimento, é que elle applicou o me-

thodo de que foi o promotor. Em 10 casos de spina bifida, tratados como hydrocéles, este auctor conta 5 successos. Os casos de bom exito repetiram-se, e em 1860 Debout fazia á Société de Chirurgie uma comunicação a este respeito. Aparece-nos depois um entusiastico partidario do methodo, Caradec, de Brest. Mais algumas observações apparecem dispersas, entre as quaes destacaremos duas que vem citadas na these do snr. Reis Santos ¹. Trata-se de dois casos de spina bifida lombar, tratados e curados pela injectão que nós chamaremos de Brainard-Velpeau.

Esta corrente a favor das injectões engrossa cada vez mais com as modificações que Morton introduziu na composição do liquido a injectar, e na technica operatoria. Adiante nos referiremos a este assumpto, tentando d'algum modo completal-o. Diremos, porém desde já que Morton julgou estas modificações tão importantes, que entendeu dever ligar o seu nome ao novo methodo. As suas ideias optimistas vão tão longe, que elle affirma que o seu methodo seria efficaç *em todos os casos* e apresenta uma estatistica, publicada na *Union Médicale* de 1878, na verdade tentadora. Consegue, pois, excitar no mundo medico uma corrente d'opinião favoravel ao seu methodo, e então as intervenções multiplicam-se com bons resultados, e na America e Inglaterra a injectão de Morton gosa do favor entusiasta d'um grande numero de medicos.

¹ Loc. cit.

Entre nós parece ter-se aclimatado mais difficilmente.

Na these de Bellanger, já citada, vem um grande numero de observações de doentes tratados pelos dois methodos a que nos vimos referindo, observações extrahidas de varios jornaes e bolletins. Por ellas se vê que os successos quasi confirmam a maneira de vêr dos auctores dos methodos respectivos. Com effeito, ha para o methodo de Brainard-Velpeau uma percentagem de 70 p. c. de curas, e de 80 p. c. para o methodo de Morton.

Resultados, como vêem, surprehendentes, mas que submettidos ao crisol da critica imparcial devem ficar um pouco abalados. Com effeito, as estatisticas são por vezes d'uma malleabilidade que póde considerar-se criminosa. Apregoam-se casos felizes, dá-se lhes a maior publicidade e os insuccessos ficam quasi sempre em completo esquecimento. Ha, de resto, alguma coisa de muito mais instructivo do que estas estatisticas, compostas de elementos colligidos aqui e acolá: são as estatisticas pessoaes de cirurgiões que tiveram um certo numero de casos. Citaremos, entre outros, Morgan, que em 6 casos tratados pela injeção de Morton obteve uma cura definitiva, uma cura parcial e quatro mortes; e Parker, que em 12 casos teve um resultado nullo, tres curas e oito mortes. Ha, pois, razões para não nos deixarmos levar na corrente de enthusiasmo que estes methodos despertaram.

Mas então não existirá um methodo capaz de dar resultados constantes, qualquer que seja o cirurgião

que o empregue e seja qual fôr o meio em que elle o exerça? Não me parece. A excisão, verdade seja, é um methodo excellente, como a seu tempo veremos, quando praticada por um cirurgião em extremo cuidadoso para crear á roda de si um meio absolutamente aseptico. Mas nem sempre se pôde conseguir este *desideratum*.

N'um meio desprovido de recursos, em que o cirurgião é obrigado, por assim dizer, a operar sem auxilio de especie alguma, não contando com pessoal devidamente adextrado para este genero de intervenções, julgo que a injeção de Morton pôde prestar relevantes serviços, e n'este ponto seja-me licito discordar da opinião exposta pelo ex.^{mo} snr. Dr. Dias d'Almeida na sua comunicação á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto ¹, em que elle se exprime da fórma seguinte: «Apesar dos resultados preconizados por Morton e do inquerito favoravel da Sociedade Clinica de Londres, persisto em julgar que as injeções se não podem applicar nos casos em que a ferida ossea é larga e n'aquelles em que as paredes do sacco estão prestes a ulcerar-se».

Ora, se a injeção acaba por penetrar na cavidade rachidiana, que importa que ahi chegue ao fim d'um minuto ou d'uma hora? E com effeito nós vemos na these de Bellanger dois casos em que o orificio de comunicação era muito largo e que foram coroados

¹ *A cura radical da spina bifida.* Comunicação feita em sessão de 21 de novembro de 1898.

de bom exito. Egualmente encontramos na *Semaine Médicale* duas observações de Tedenat em condições semelhantes.

Julgo, pois, que em certas e determinadas circumstancias devemos empregar a injectão de Morton, tanto mais quanto é certo que o papel do cirurgião é relativamente facil. Limita-se a fazer uma picada na pelle e impellir o embolo d'uma seringa; não é elle que actua, mas sim o liquido injectado, cuja composição é constante. A sua verdadeira intervenção consiste em lavar a pelle e possuir uma seringa aséptica, o que está ao alcance de qualquer clinico.

O mechanismo por que a spina bifida cura median- te a applicação das injectões é o seguinte: transformação do sacco em tecido fibroso, operando-se da profundidade do sacco para o orificio de communição. Não ha formação de adherencias no cóllo de fórma a transformar a spina bifida em kysto independente da cavidade rachidiana. Fica, pois alli uma excrecencia que, aliás, nada prejudica.

Tem-se accusado violentamente a injectão de produzir paraplegias. Effectivamente algumas se tem observado. Pretendem explicar-se pela compressão dos nervos, em resultado da inflammação que o liquido provoca. Ora nós veremos adiante que se tem praticado um grande numero de excizões de saccos que contém numerosos nervos e até a medulla, sem que d'isto provenha prejuizo de maior. Não se comprehende, pois, que a compressão inflammatoria d'estes elementos nervosos dê origem a paralysias, quando a sua

incisão é inoffensiva. O que provavelmente se dá é que a medulla ou a cauda equina se encontram comprimidas no canal rachidiano por bridas inflammatorias produzidas n'este ponto. Ora, uma complicação d'esta ordem está sob o dominio da cirurgia, e Bellanger apresenta uma observação feliz, n'este genero.

A injeção de Morton offerece a seguinte composição:

Tintura d'iodo	50 centigrammas
Iodeto de potassio	1,5 grammas
Glycerina	30 grammas

Differe da de Brainard-Velpeau pela mudança de vehiculo (glycerina em vez d'agua) e pela fraca percentagem de iodo.

P. Gould constatou que se lançarmos uma solução iodo-glycerinada n'um frasco que contenha liquido cephalo-rachidiano, a solução cahe no fundo do vaso e não se mistura com o liquido.

Eis o que suggeriu a Morton a primeira modificação no processo.

Quanto á segunda modificação, lembraremos que, antes de Morton, Debout tinha proposto empregar uma solução a 1 por 10, e algumas gottas apenas, o que reduz a quantidade de iodo injectado quasi á mesma percentagem que na injeção de Morton (1 por 60).

Quanto ao methodo operatorio, descrevel-o-hemos da maneira seguinte:

1.º Punção com um trocarte de calibre sufficiente para permittir a penetração facil, através da canula, d'um liquido tão denso como é a glycerina. O ponto de eleição deve ser um pouco fóra da linha mediana e o mais perto possível do vertice do tumor, de maneira a poupar a medulla que se encontra no centro do sacco, e a tornar mais facil a obliteração do orificio da punção, pelo qual podem produzir-se perdas abundantes de liquido cephalo-rachidiano.

2.º Depois de feita a punção, deixa-se evacuar cerca de metade do liquido contido no interior do sacco, e em seguida faz-se penetrar o liquido da injectão, cuja quantidade deve variar entre 2 e 8 grammas.

3.º No momento de tirar a canula, deve tomar-se entre o pollegar e o indicador o orificio da fistula artificial e collocar immediatamente a este nivel muitas camadas de collodio.

Esta injectão faz-se sem chloroformio. Afim de evitar convulsões, Bishop administrou uma vez um clyster de brometo de potassio.

Examinaremos as suas indicações e contraindicações quando fallarmos da excisão, com a qual faremos o confronto.

II

N'esta segunda cathegoria collocaremos os methodos que visam á destruição do sacco e dividil-o-hemos em

a) Methodos nos quaes se não sabe o que se faz: ligadura, applicação de pinças de pressão contínua, ansa galvanica, thermocauterio, esmagador.

b) Methodos nos quaes se sabe o que se faz: excizão, depois da abertura exploradora do sacco.

Completaremos este capitulo com umas ligeiras referencias á excizão seguida de restauração osteoplas-tica, nos casos em que a abertura de communicação é larga.

A. — Methodos cegos

LIGADURA

Deter-me-hei apenas sobre a *ligadura*.

Preconizada por Bellet Forestus, foi empregada pela primeira vez por Orth. Mort.

Trowbridge tentou-a muitas vezes sem successo; teve, contudo, dois casos de bom exito em 1847. Lathil de Thimecourt foi testemunha d'um caso de cura que uma mulher obteve em seu filho affectado de hydrorachis. Esvasiou o tumor com uma picada d'uma agulha e sabiu um liquido transparente; ligou depois a base do tumor e a creança curou.

A ligadura era empregada nos casos de tumor pediculado. M. Reynard fazia a ligadura linear por meio de dois tubos mantidos ao lado do tumor por adhesivo e encerrando no seu interior um fio que se aperta gradualmente.

M. Lathil modificou este processo e substituiu os tubos por varas de madeira munidas de orificios para a passagem do fio. Sob a influencia d'esta constricção lateral vêmos o tumor mortificar-se e poder separar-se ao fim d'alguns dias. A adherencia estabelece-se interiormente ao nivel do ponto comprimido, e a cura obtem-se ao fim de oito a dez dias.

Todos os methodos que eu capitulei de methodos cegos, deram alguns resultados, mas note-se que os seus auctores sómente os recommendam nos casos em que o tumor é pediculado. Ora estes casos são precisamente os casos ideaes para se praticar a excizão e além d'isso existem casos em que os nervos de sacco devem ser respeitados. As tendencias actuaes da cirurgia regeitam-nos por completo. Elles representam nem mais nem menos do que a luta que os cirurgiões tinham que sustentar contra a infecção purulenta. Dividir os tecidos sem abrir os vasos, eis a preocupação da epocha. Eram os recursos de que se dispunha para vencer aquelle inimigo. Hoje está vencido; a infecção, e empregamos esta palavra na sua acceção mais lata, desde a meningite purulenta até á supuração no tracto d'um fio, é o resultado d'uma falta do cirurgião. Poderá ainda justificar-se o emprego d'aquelles methodos em certas e determinadas cir-

cumstancias. Assim o galvano cauterio poderá prestar grandes serviços na ablação de tumores hemorroidarios, por exemplo, o que póde fazer-se sem verter uma gotta de sangue, emquanto que com outros methodos se defronta por vezes com hemorragias incommudas. Mas na spina bifida estas condições não se encontram. Se abstrahirmos da questão dos elementos nervosos, de que em breve nos occuparemos, a spina bifida, sob o ponto de vista operatorio, é um tumor simples, tão simples como um kysto sebaceo ou um kysto synovial do punho. Não vemos, pois, motivo para preferir um methodo de excepção aos meios ordinarios, simples e rapidos que temos ao nosso alcance.

B. — Methodo em que se sabe o que se faz

Excizão

Ha um ponto que domina toda a therapeutica operatoria da spina bifida: é a questão de saber se ha ou não elementos nervosos no sacco, e não ha senão um unico meio de nos assegurarmos d'isso, é abrir o sacco e vêr o que existe dentro.

Duas razões se poderiam invocar contra a abertura do sacco: 1.^a a entrada do ar, que inspirava aos antigos cirurgiões um tão grande terror; 2.^a o receio d'uma syncope por esvasiamento demasiado rapido do liquido cephalo-rachidiano. A primeira, hoje, como já disse, não deve existir. Quanto á segunda, sem que-

rer negar a sua existencia, direi que os exemplos de syncope são raros. Na observação do ex.^{mo} snr. Professor Roberto Frias, que adiante publico, houve um colapso consecutivo á operação, a que não foi decerto alheia a sahida brusca do liquido cephalo-rachidiano. É por isso que o mesmo professor aconselha ¹, quando a abertura rachidiana fôr larga, a que se colloque a creança com a inclinação de Trendelenburg.

A excisão, depois da exploração do sacco, comprehende variados tempos:

1.^o *Incizão da pelle.* — A sua fórmula e direcção dependem das ulcerações, se existem; todas as partes ulceradas ou inflammadas devem ser extrahidas, pois que a reunião por primeira intenção é indispensavel. Se a pelle está sã, movel, aconselhamos a incizão transversal, que tem a vantagem, quando se opera nas regiões lombar e sagrada, e são as mais frequentemente séde de tumores d'esta ordem, tem a vantagem, diziamos, de afastar o mais possivel do anus a ferida operatoria e diminuir consequentemente os riscos da infecção. Possui além d'isso outra vantagem: se a pelle está adherente e que se penetra logo na cavidade, sendo a incizão parallela á direcção dos nervos, expõe menos á sua secção.

2.^o *Dissecção dos retalhos*, que será tanto mais facil quanto o sacco mais tenso e espesso fôr.

3.^o *Incizão do sacco.* — Far-se-ha de preferencia ao lado parallelamente á direcção presumida dos ner-

¹ *Gazeta Medica do Porto.* — 1898 — N.º 3.

vos e deverá deter-se na linha mediana, com receio de ferir a medulla. Por esta abertura explorar-se-ha, á vontade, o interior do sacco. Se não ha nervos, suture-se o sacco e a pelle, excizando o excedente. Se os ha, dissequem-se e reduzam-se, mesmo se forem muito compridos. Se a dissecação é impossivel, que fazer? Dil-o-hemos quando tratarmos das indicações e contra-indicações.

4.º Para fechar o orificio poder-se-ha fazer, segundo as dimensões, uma sutura de pontos separados, uma sutura em cadeia com um numero d'anneis proporcional ás dimensões do orificio, uma cirzidura, etc. O que é preciso é que a sutura seja muito apertada para impedir a sahida do liquido cephalo-rachidiano. Far-se-ha com catgut.

5.º A *sutura da pelle* faz-se como d'ordinario; Robson corta os retalhos meningeo e cutaneo de maneira que as duas linhas de reunião não fiquem sobrepostas, mas collocadas uma á direita, outra á esquerda do orificio. É provavelmente para evitar a adherencia das duas cicatrizes.

O dreno tende a desaparecer da pratica cirurgica. Deve supprimir-se; se porventura se fizer escoamento de liquido cephalo-rachidiano, far-se-ha saltar um ponto de sutura no angulo mais afastado do anus e drenar com gaze aseptica.

O penso deverá naturalmente corresponder ás exigencias da antisepsia. Aconselhamos applicar directamente sobre a costura uma pasta gelatinada, com oxy-

do de zinco e sublimado, que póde ser a da seguinte fórmula:

Oxydo de zinco	dez grammas
Gelatina	trinta grammas
Glycerina.	vinte e cinco grammas
Agua	trinta e cinco grammas
Sublimado corrosivo . .	um decigramma

Gaze iodoformada, algodão hydrophilo e uma ligadura contentiva, completam aquelle. Deve em seguida immobilisar-se a creança n'uma gotteira convenientemente preparada.

Emfim, a creança deverá receber a alimentação que convenha á sua idade. N'um caso em que a creança definhava, a gavagem praticada por M. de Saint-Germain deu bons resultados.

Digamos agora duas palavras sobre o tratamento osteoplastico da spina bifida. A operação foi executada pela primeira vez em 1880 por Koch. Eis um resumo da sua technica:

Destaca-se abaixo da crista iliaca um bocado osseo pertencente á fossa iliaca externa, e deixa-se adherente ás partes molles pelo bordo interno. Este pedaço, talhado segundo a fórma da perda de substancia do canal medullar, é invertido no buraco da spina

bífida e ali fixado com pontos de sutura a sêda, depois de avivados os bordos da abertura rachidiana e de tal maneira que a face perióssica se ache do lado do canal. Reunem-se seguidamente as partes molles e procede-se como já ficou dito acima.

Toda a intervenção operatoria suppõe necessariamente uma anatomia pathologica bem estabelecida; é com o seu auxilio que o cirurgião ataca de frente os obstaculos que surgem no caminho, e é egualmente por meio d'ella que se chega a estabelecer o diagnostico exacto d'um dado caso. Ora eis a difficuldade do problema. Apesar do grande numero d'autopsias a que se tem procedido, existe um ponto obscuro, que vem a ser o valor dos elementos nervosos que se encontram no sacco.

Elementos nervosos ha-os quasi sempre, pelo menos nas spina bífida lombares e sagradas, que constituem a grande maioria d'este genero de tumores. P. Gould encontrou-os 22 vezes em 23 casos. Houel, em 40 tumores que examinou conjunctamente com Cruvelhier, encontrou sempre nervos de variadas dimensões, e até por vezes a medulla. Meningoceles puros são, pois, extremamente raros.

Qual é, porém, o valor dos elementos nervosos? Eis uma questão que se nos afigura d'uma importancia capital e que nos esforçaremos por esclarecer o mais possivel.

Vejamos o que a anatomia pathologica nos mostra a este respeito.

Duplay diz que a maior parte das vezes o eixo medullar, penetrando no sacco atravez da abertura rachidiana, ahi descreve uma ou mais inflexões e entra de novo no canal vertebral. Evidentemente, n'este caso, a secção da medulla occasionaria uma paraplegia. Outras vezes a medulla vem inserir-se na parede posterior e ahi termina quer em ponta, quer dilatando-se em fórma de clava. Outras vezes mesmo adhege-se em fórma de membrana e forra d'este modo a parede interna do sacco. Os nervos rachidianos participam dos desvios do eixo central; descrevem uma serie d'arcos de convexidade exterior e acabam por perfurar a parede a alturas variaveis; alguns entram no canal medullar, acompanhando a medulla. Nenhum d'elles se distribue á parede do sacco.

Como se vê, n'esta descripção nada ha que auctore a suppôr que uma secção dos nervos contidos no sacco não se acompanhe de paralyisia.

Terrier reproduz quasi a mesma descripção: «Os nervos descrevem arcos de convexidade exterior, perfuram a parede do sacco, e, ou terminam ahi, ou então vão formar as raizes dos ganglios spinaes. Nenhum d'elles se distribue aos involucros do tumor». Ha n'esta descripção uma contradicção manifesta. Se os nervos terminam nas paredes do sacco, forçosamente se hão de distribuir aos involucros do tumor.

Varias descripções poderiamos transcrever para aqui, mas julgamos ocioso fazel-o, pois que todas dei-

xam entrever a impossibilidade de se reseccarem os nervos do tumor sem trazerem consigo accidentes de paralysisia.

Mas por outro lado a clinica mostra-nos que bastas vezes se tem feito secções de nervos contidos no sacco de spina-bifida, e até da propria medulla, sem que isto dê origem aos pretendidos accidentes. Na nossa observação n.º 1 vêmos que se seccionou um nervo bastante volumoso (0^m,002 de espessura) sem inconveniente. Muito pelo contrario até os accidentes de paresia vesical e rectal diminuíram d'uma fôrma consideravel, o que de resto não podemos explicar.

M. Polaillon, na sessão da Société de Chirurgie de 3 de maio de 1876 affirmava que não havia inconveniente em destruir os nervos contidos no sacco, pois que jámais vira em taes circumstancias accidentes de qualquer ordem.

Laffite, de Contras, tenta dar uma explicação d'esta auzencia de perturbações nervosas, admittindo que a medulla ou a cauda equina seccionada não está toda no tumor, mas que uma outra divisão mais importante, origem da innervação das regiões subjacentes, ficaria no canal rachidiano. A spina bifida nem sempre seria, pois, caracterisada pela divisão das vertebraes com sahida dos involucros rachidianos, de filetes nervosos e de serosidade, mas tambem pela divisão da medulla em trabeculas mais ou menos nervosas, mais ou menos uteis, de que umas se perdem no tumor e outras ficam no canal vertebral.

De facto, o espirito e a razão recusam-se total-

mente a admittir que o movimento, a sensibilidade e a vida possam subsistir abaixo d'um ponto em que a medulla foi completamente seccionada.

Como explicar, pois, esta opposição entre a anatomia pathologica e a realidade dos factos? A concepção de Laffite, aliás muito seductora, não tem comtudo a sanção da experiencia. Desde essa epocha, porém, apparecem algumas observações que lhe dão algum valor. Citaremos uma para exemplo.

Trata-se d'um caso de spina bifida, cujo sacco se abriu durante o trabalho de parto. Morte da creança ao fim de 18 horas. Examinado o tumor vê-se um grosso cordão partir da parte superior do orificio do canal vertebral e que vem inserir-se nas paredes do sacco, onde termina. Durante o seu percurso, este cordão dá origem a filetes nervosos, que se dividem e subdividem até se perderem nas paredes do sacco. Tudo leva a crêr que a medulla e os seus ramos estão no sacco, e a mais minuciosa exploração, quer com a vista, quer com o tacto, não deixa a menor duvida a este respeito. N'estas condições restava indagar o que era feito das origens dos plexos sagrados, o que seria interessante debaixo do ponto de vista do tratamento d'um caso semelhante.

Fez-se uma incizão na parte posterior da coxa, afim de procurar o sciatico esquerdo; estava no seu logar e pôde seguir-se o seu trajecto para cima, que em nada differia do trajecto classico. Com o auxilio do escopro arranhou-se a parede anterior do canal sagrado, que estava normal, e fazendo tracções na par-

te peripherica do sciatico, verificou-se que o effeito d'essas tracções se fazia sentir, não sobre as extremidades nervosas da terminação da medulla que estavam no sacco, pois que essas ficavam perfeitamente immoveis, mas na medulla situada acima do orificio anormal do canal vertebral.

Portanto era possivel reseccar as partes situadas no sacco sem prejudicar de modo algum o doente.

Se se examinasse apenas o sacco, ter-se-hia visto a medulla e os nervos e ter-se-hia uma autopsia semelhante a quasi todas as outras, com a conclusão de que era impossivel reseccar o sacco.

Este e outros factos analogos instigam-nos a avançar que a grande maioria das autopsias sobre que se fundou a anatomia pathologica que atraz expuzemos, são muito incompletas. Os auctores publicam autopsias do sacco e não do doente. Descrevem minuciosamente as curvas dos nervos no sacco, as suas adherencias, fazem-nos atravessar as paredes do sacco, alguns, dizem elles, dirigem-se para os buracos de conjugação, e depois ahi os abandonam. São raras as autopsias em que se descreve a origem dos nervos dos membros e o modo de constituição dos plexos. Existem, todavia, algumas que demonstram que a excizão do sacco produziria perturbações funcçionaes dos órgãos, e na these de Bellanger encontramos mesmo uma observação, na qual se vê que a secção de ramos nervosos produziu uma paraplegia immediata.

Em resumo diremos que o sacco da spina bifida pôde conter nervos de duas ordens:

1.º Nervos que provêm da medulla, atravessam o sacco e vão em seguida constituir plexos; esses devem respeitar-se.

2.º Nervos inúteis, que se podem seccionar impunemente.

De fórma, que o diagnostico para ser completo deve compôr-se de duas partes: presença de nervos, e seu valor.

Presença de nervos

O seu diagnostico é bastante obscuro. Ha, todavia, um signal que parece quasi certo, é a depressão umbilicada de Virchow; em todos os casos em que existia, encontrou-se a medulla no sacco. Já assim não succede com outro signal que, tendo muitas semelhanças com o precedente, é comtudo muito fallivel: refiro-me ao sulco mediano que algumas vezes se encontra no tumor. Podemos, porém, basear o diagnostico da presença de nervos no sacco, nos seguintes dados:

1.º *Séde do tumor.* — Na região cervical a medulla raras vezes faz parte do sacco, e quando isto succeda, encontrar-se-hão convulsões, perturbações respiratorias, etc.

Na região dorsal, a medulla penetra muitas vezes no tumor, descreve ali variadas inflexões e entra no canal.

Na região lombar poder-se-ha encontrar a medulla, o prolongamento caudal do eixo medullar e a cauda equina.

2.º *Aspecto dos tegumentos.* — Signal chamado de Virchow. Uma vascularisação consideravel e um rubor anormal da superficie do sacco seria, para aquelle auctor, um signal d'adherencia da medulla ás paredes.

3.º *Transparencia.* — Se o tumor é transparente como um hydrocéle, poder-se-ha diagnosticar um meningecele puro (Koch).

Não me parece que deva ligar-se grande importancia a este signal, pois quantas vezes nós não vemos o testiculo que, não obstante, é mais grosso que a medulla.

4.º *Dimensões do orificio de comunicação.* — É evidente que quanto mais pequeno fôr o orificio, menos probabilidades ha de dar passagem á medulla e aos nervos.

Estas dimensões podem apreciar-se directamente pela palpação. Fleischmann dá-nos os seguintes caracteres, que permitem ajuizar do tamanho do orificio:

a) Grau de pressão necessaria para fazer desaparecer o tumor.

b) Collocada a creança de cabeça para baixo, se o orificio de comunicação é grande, o tumor torna-se logo menos tenso.

c) Quanto mais semelhante á d'um kysto fôr a fluctuação, mais pequeno será o orificio.

5.º *Palpação.* — Deve julgar-se a presença da medulla quando a fluctuação não fôr nitida e tiver algumas analogias com a d'um lipoma. Se a tensão não fôr excessiva, poder-se-ha sentir um cordão duro.

6.^o *Perturbações paralyticas ou outras.* — Para que tenha algum valor, será mister que a paraplegia seja permanente.

7.^o *Composição do liquido.* — A presença d'assucar constitue uma forte presumpção em favor da origem spinal do tumor. Mas por outro lado a ausencia d'esta substancia, ou mesmo a presença d'uma quantidade consideravel d'albumina, não provam que o tumor não contenha nervos.

Como em todas as outras partes da cirurgia, cada um d'estes signaes tomados isoladamente não tem valor decisivo, a não ser a depressão umbilicada de Virchow. É preciso, para que possamos formular um diagnostico, que elles se encontrem reunidos em grande numero e que sejam concordantes.

Valor dos elementos nervosos

Demonstrada a presença dos elementos nervosos no sacco, resta-nos apreciar-lhes o valor.

Antes da abertura do sacco, Maclean empregou a electricidade sem resultado. Com relação ao *modus faciendi* diremos, que se collocam os dois reophoros á superficie do sacco, um na linha mediana e o outro successivamente á direita e á esquerda, de maneira a excitar directamente as raizes nervosas. Ora, mesmo que se manifestem contracções, é prudente ficar na duvida, pois que ellas podem ser devidas a correntes desviadas, que foram actuar sobre a medulla no canal rachidiano.

Aberto o sacco, parece que poderíamos seguir os nervos, vêr se elles terminam nas suas paredes, ou se entram no canal; todavia, mesmo quando parecem terminar nas paredes do sacco, devemos lembrar-nos da disposição que por vezes elles apresentam, na qual tanto insistem Tourneux e Martin, e que vem a ser, que depois de se terem alargado em uma especie de lago nervoso, vão reconstituir-se atrás do collo do sacco, n'um ponto em que não podem vêr-se.

A excitação directa dos nervos deu resultados a Hildebrand; não vêmos inconveniente em a tentar.

Podemos, pois, affirmar que o diagnostico completo da spina bifida é muito difficil, e até para alguns auctores impossivel. Não ha, de resto, n'estas circumstancias nada de que o cirurgião deva affligir-se.

Esta incerteza não é especial á spina bifida. Quantas vezes no decurso d'uma laparotomia não se é obrigado a completar o diagnostico e até mesmo a reformal-o, e, não obstante, o successo nada deixa a desejar. Na verdade, um diagnostico completo será sempre o ideal que o cirurgião se deve esforçar por atingir; mas se isso não fôr possivel, não será razão para que deva abster-se.

Indicações e contraindicações

Consagremos um pequeno espaço ao estudo das indicações e contraindicações.

Laborie (1845) exige um tal numero de condições para a operação se praticar, que quasi equivalem a uma prohibição absoluta. Este auctor não podendo apoiar-se nem sobre a sua experiencia, nem sobre a d'outros cirurgiões, pois que n'aquelle tempo e até mais tarde, como vimos no principio da nossa dissertação, não ousavam tocar n'este genero de tumores, emittiu ideias puramente theoricas. Preferiremos, pois, a opinião e sobre tudo a pratica de Mayo Robson, cujo nome figura com honra no capitulo da excisão.

Este auctor divide a spina bifida em tres cathogorias:

- 1.º Casos em que a operação é inutil.
- 2.º Casos em que deve fazer-se.
- 3.º Casos em que não pôde nem deve fazer-se.

Depois de enumerar estes ultimos, declara que pela sua parte tem em pouca consideração os conselhos que dá aos outros, pois que interveio n'um caso, que estava comprehendido na terceira cathegoria e obteve um successo operatorio. É que a intervenção na spina bifida não é uma d'estas operações de complacencia em que se não tem o direito de fazer correr ao doente riscos desproporcionados com o beneficio a obter ou maiores do que os que resultam da evolução natural da doença: toda a creança portadora

de spina bifida está condemnada se se não cura o seu tumor. Não ha senão uma excepção a esta regra, é quando as creanças são de tal fôrma mal conformadas, que seria uma crueldade auxiliá-las a curar; mas isso é uma questão d'ordem extra-medica que a nós não cabe resolver.

Retomemos a classificação de Robson.

1.º Casos em que a operação é inutil: quando o sacco é pequeno, os involucros duros e bastante espessos para formarem uma rolha á columna vertebral.

2.º A operação apresenta-se em condições favoráveis quando o sacco communica com o canal rachidiano por um orificio muito pequeno; o trabalho reduz-se então a muito pouco.

3.º A operação apresenta-se em condições desfavoráveis quando a deformidade é muito extensa, por exemplo, uma fenda em todo o comprimento do canal vertebral, quando ha uma paraplegia completa, quando o sacco é grande e os involucros delgados de fôrma a não haver pelle para cobrir as meninges.

Mesmo n'estes casos deve intervir-se, na opinião de Bellanger, e elle cita um caso em que a paraplegia melhorou e curou ao mesmo tempo que a spina bifida.

Na litteratura medica encontramos casos, que não citamos por falta de tempo e espaço, em que o orificio comprehendia tres ou quatro vertebrae e que foram coroados de bom exito.

Em resumo, pois, e para concluir, desde o momen-

to em que se admitta a necessidade da intervenção, como devemos fazel-o?

No decurso da exposição dos differentes methods, tivemos occasião de provar que sómente dois d'elles deviam ser postos em pratica: as injeccões de iodo e a excizão, depois da abertura exploradora do sacco.

A injeccão de iodo expõe á syncope muito mais que a excizão; os accidentes paralyticos parecem mais frequentes, o que se comprehende facilmente se se admitte que em quasi todos os casos a tintura penetra no canal. Em summa, a excizão parece preferivel; o seu principal inconveniente é não estar ao alcance de todos. Exige um cirurgião habil, um material rigorosamente aseptico, ajudantes exercitados, sob pena de se expôr a ter uma estatistica como a de Guersant.

É n'isto que deve procurar-se a verdadeira indicação. O cirurgião preferirá a excizão, que entra melhor nos seus habitos; o medico, que não tem pratica de cirurgia, fará melhor contentando-se com a injeccão, que de resto dá bellos resultados.

A injeccão é mesmo o unico recurso n'um caso, que vem a ser quando a superficie ulcerada é muito grande de fôrma a impossibilitar a reunião.

Conclusões

A conducta do cirurgião em face d'uma spina bifida n'uma creança recém-nascida, é dictada pelo estado do tumor. Se o tumor está ulcerado, prestes a romper-se, deve intervir-se immediatamente.

Se não ha accidentes de maior, esperar que a creança adquira forças.

Em face dos maus resultados fornecidos pela expectação, não ha contraindicação admissivel, ha sómente condições inherentes á creança ou ao tumor, que fazem com que a intervenção se apresente sob auspícios mais ou menos favoráveis.

Dois methodos sómente devem pôr-se em pratica: as injeções de iodo e a excisão, depois da abertura e exploração do sacco.

A excisão convém, certamente, no caso de grandes tumores communicando com o canal vertebral por um largo orificio; não obstante, o que deverá presidir á escolha d'este processo, de preferencia ás injeções, é a consideração de que elle necessita uma antiseptia rigorosa. Se esta não poder realisar-se, convém então lançar mão das injeções.

Na grande maioria dos casos é impossivel saber d'antemão se o sacco encerra elementos nervosos, e se estes elementos devem ser conservados ou se se podem resecar impunemente. Esta incerteza impõe a abertura exploradora do sacco.

Se não ha elementos nervosos, excisão e sutura.

Se o sacco os encerra, dissecação e redução ao canal vertebral. Se a dissecação é impossivel, existem muitos casos em que a resecção de nervos de todas as dimensões não se seguiu de effeito algum desastrado, e estamos portanto auctorisados a cortar tudo, sem que nos taxem d'uma excessiva temeridade.

As operações osteoplasticas são um aperfeiçoamento interessante. Se a operação foi curta, poderemos tental-as; d'outro modo, a sua necessidade não está demonstrada a ponto de podermos prolongar em excesso uma operação que foi já longa.

OBSERVAÇÃO I

Clinica do Dr. Dias d'Almeida

Alzira, de 7 mezes de idade, natural de Paredes, entrou para a enfermaria n.º 12, sala de S. Duarte, em 10 d'outubro de 1898.

Nascida de termo, não apresenta antecedentes hereditarios dignos de nota: avós maternos saudaveis, mãe sandavel, pae hemorrhoidario, um irmão nado-morto, e outros cinco saudaveis.

Como antecedentes pessoaes, pode colher o seguinte: já nasceu com o tumor, que era approximadamente das actuaes dimensões com relação á base

d'implantação: foi levantando pouco a pouco e tem phases de grande crescimento, correspondentes á lua cheia (*sic*). N'estas condições a creança está quatro dias sem mammar. Alimentada ao seio pela mãe, tem quasi sempre diarrhêa (?).

Examinada ao dar entrada na enfermaria, apresentava na região lombar um tumor volumoso, de forma arredondada, de larga base, occupando a região mediana e cuja base d'implantação se estendia para cima até á altura de 10^o vertebra dorsal e para baixo até á 2.^a sagrada.

Tumor com fluctuação, tenso sempre, e mais quando a creança grita, irreductivel a uma pressão moderada, é coberto por uma pelle fina, adelgada bastant e á esquerda do ponto culminante e apenas na base com um fôrro espesso de tecido cellula; n'esta mesma região apparecem aqui e além manchas angiomatosas, contrastando com a côr normal do resto da superficie.

Por transparencia via-se que era translucido, sem outras sombras mais que a produzida por uma veia grossa e parallela á base d'implantação do tumor, veia que de resto era tambem visivel á inspecção directa da pelle.

A creança, forte e de estatura regular (0^m,63), não tem dentes, mas tem a fontanella anterior quasi fechada (apenas o diametro correspondente ao d'uma penna de pato); não tem, como algumas vezes se encontra, pés botos nem outra deformação, a não ser no anus, que apresenta a forma d'uma fenda longitudi-

nal em lugar da fôrma normal radiada. Ha tambem paresia dos sphincters vesical e anal, que faz com que a urina e as fezes saiam ao menor esforço da creança. É talvez a esta incontinencia que a mãe chama diarrhêa; o que é certo, porém, é que á entrada a creança tinha diarrhêa verde, que com um regimen e medicação apropriados cessaram completamente alguns dias depois. Foi mesmo este accidente que determinou a demora de intervenção.

As dimensões do tumor tomadas dias depois da entrada são as seguintes:

Diametro vertical	Cm,12
Circumferencia no limite d'inserção . .	Cm,29
Curva supra-inferior	Cm,19
Curva-bilateral	Cm,20
Altura da flecha tirada da base ao ponto culminante	Cm,11

Estas medidas devem ter soffrido alguma alteração nos ultimos dias em que o tumor se tornou mais proeminente e de base mais larga, e em que as paredes na parte culminante adelgaçaram por tal fôrma, que houve receio de ruptura e se julgou urgente a operação.

Foi por isso resolvida e praticada a 24 d'outubro pelo ex.^{mo} snr. Dr. Dias d'Almeida. Eis como este distincto clinico a descreve ¹:

«Cercado de todos os cuidados para que uma ri-

¹ *Gazeta Medica do Porto* — 1899.

gorosa asepsia podesse ser mantida durante a operação, foi a creança chloroformisada e collocada em decubito lateral. Desinfectado o campo operatorio, notei que a tensão do tumor diminuira, sendo-me possível fazer uma prega cutanea, na qual fiz com o bisturi uma botoeira transversal; com a thezoura recta estendi para um e outro lado, e no mesmo sentido, a incisão cutanea. A ponta de thezoura curva e a dedo, dissequei sem grande difficuldade a maior parte do sacco, excepto na parte inferior, lado esquerdo, onde elle adheria fortemente á pelle; consegui assim reduzir o tumor de larga base, a um tumor pediculado, emergindo da região correspondente ás apophyses espinhosas das duas ultimas vertebrae lombares. Durante a dissecação rompeu-se o sacco á esquerda e algumas gottas d'um liquido transparente e limpido se escoaram: uma pinça de forcipressura obliterou esta ruptura, que estava destinada a proporcionar-me uma surpresa. Com effeito, terminada a dissecação, quando me preparava para abrir largamente o sacco e tamponar o orificio de communicação com o canal rachidiano, e tirei a pinça de forcipressura, encontrei uma pequena cavidade fechada, d'onde sahiram approximadamente umas 15 grammas de liquido, não communicando com o grosso tumor; introduzido o dedo n'esta loja encontrei um infundibulo obliterado ao nivel de uma depressão ossea tambem infundibuliforme e onde não penetra a ponta do dedo minimo.

Ataquei então o sacco principal fazendo uma larga abertura transversal, e por meio d'uma pelota de

algodão e gaze tapei o orifício osseo de communicação, obstando á sahida do liquido cephalo-rachidiano. O interior do sacco era cortado por numerosos filetes nervosos filiformes que se dirigiam para cima, e por uma espessa trabecula nervosa (0^m,002) que se dirigia para baixo, adherindo pela sua extremidade ao sacco, o qual por seu turno, n'esse ponto, adheria fortemente á pelle. Na parte média esta trabecula estava livre, podendo o dedo passar-lhe por baixo, como se fosse uma aza. Os filetes foram completamente liberados e reduzidos; o nervo cortado na sua extremidade e dissecado na sua raiz foi invertido para o orifício osseo, formando uma especie de rolha. N'esta occasião, do interior do canal rachidiano não sahia liquido algum. Excizei todo o excedente das meninges que me não era preciso para a costura e procedi a esta a pontos continuos e approximados por meio do catgut. A hemostase sendo perfeita, passei á sutura da pelle por meio da crina de Florença, dando 12 pontos separados, 6 profundos e 6 superficiaes. A costura media 12 centímetros de extensão.

Applicou-se-lhe uma pasta gelatinada e fez-se o penso ordinario.

Durou a operação 37 minutos, terminando ao meio dia.

A creança ao acordar do somno anesthesico estava bem disposta e mam mou com appetite. Para a tarde a creança parecia sentir dôres; por volta das 4 horas e meia houve ligeiras convulsões (*estremeções*, diz a mãe), que duraram uma hora. Não se repetiram. A

creança chora frequentes vezes, mas mamma regularmente. A temperatura subiu a 38°,4».

Nada de notavel se deu no decurso da cicatrização que mereça a pena transcrever-se, a não ser, no dia 2 de novembro, a sahida, pela compressão, d'uma borra sanguinolenta e com ella uma linha comprida d'algodão. Averigua-se que proviera d'uma das pelotas d'algodão e gaze, amarradas a fio de sêda umas e d'algodão outras, com que se fizera a limpeza da ferida.

No dia 13 de novembro a cicatrização era perfeita. A paresia vesical e rectal diminuíram d'uma forma consideravel.

Tive occasião de fallar com o pae d'esta creança uns 7 mezes depois da operação. Informou-me que estava excellentemente, e á minha pergunta se urinava e defecava a miudo, respondeu-me na sua linguagem picaresca que nas urinas *não pegava bem*, mas que da *natureza estava dura*.

OBSERVAÇÃO II

Clinica do Professor Roberto Frias

Miquelina Rosa, de 8 mezes d'idade, natural de Villa Real, entrou para a enfermaria n.º 8 (C. C.), em 8 de março de 1898.

Apresentava na região dorso-lombar um tumor do tamanho d'uma laranja, sessil e occupando a região

mediana. A pelle do tumor estava muito atrophiada e em alguns pontos prestes a romper-se; em outros pontos era esbranquiçada, com aspecto cicatricial.

Por transparencia, via-se levemente sombreado na sua parte mediana.

Não havia paresias nem outras complicações.

Como a pelle estava em eminencia de ruptura, fez-se a intervenção no dia 13 de março.

Consistiu esta em incizar longitudinalmente a pelle, dissecar o sacco até ao orificio de comunicação, abrir-o: patentearam-se então filetes nervosos bastante abundantes, que se juntavam no sacco e se estendiam sobre as suas paredes; isolaram-se por uma dissecação cuidadosa e reduziram-se no canal. O sacco foi ligado, reseccado e reduzido; cortou-se o excedente da pelle e suturou-se esta. A ruptura do sacco, antes de completada a dissecação, causou perda de grande quantidade de liquido cephalo-rachidiano, cuja sahida foi muito rapida, porque o orificio de comunicação era largo, a ponto de permittir a introdução da extremidade do dedo indicador.

A creança no fim da operação, que durou um pouco mais d'uma hora, ficou em estado de depressão com pallidez facial. Procedeu-se depois ao penso, que se fez como d'ordinario.

Ao cabo de tres dias da operação a creança morreu com symptomas de meningite.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—O palmar cutaneo não é um culicular verdadeiro.

Physiologia.— Physiologicamente o utero é antes um annexo do ovario.

Anatomia pathologica.— Na infecção microbiana do ganglio lymphatico o que domina é a reacção ; na intoxicação, pelo contrario, é a necrose.

Pathologia geral.— A luz solar é um dos mais poderosos microbicidas.

Therapeutica.— A homœopathia considerada como systema, não é senão uma reacção extravagante contra o humorismo e a polypharmacia.

Pathologia externa.— As psychoses post-operatorias não são o resultado directo da intervenção.

Pathologia interna.— A cessação da tosse na broncho-pneumonia é um signal precursor de morte proxima.

Medicina operatoria.— Reprovo o methodo de Calot no tratamento das gibbosidades vertebraes.

Obstetricia.— O annel de Bandl pôde ser causa de dystocia.

Hygiene.— Na apreciação das condições sanitarias d'um povo, não devemos entrar em consideração com a simples mortalidade.

Visto,
Ricardo Jorge
PRESIDENTE

Pôde imprimir-se,
Dr. Souto.
DIRECTOR INTERINO.