

200/2 EMP



SÔBRE

SPINA  
BÍFIDA

TESE DE DOCTORAMEN-  
TO APRESENTADA Á  
FACULDADE DE MEDI-  
CINA DO PÔRTO POR  
Joaquim Gvedes  
Caldeira  
ano de MCMXXI

№ 119

**SOBRE SPINA = BÍFIDA**

200/2 F.M.P

Joaquim Guedes Caldeira

---

# SÔBRE SPINA-BÍFIDA

(A propósito de um caso clínico)

Trabalho de Clínica Pediátrica

---

TESE DE DOUTORAMENTO

apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DEZEMBRO — 1921

TIPOGRAFIA MARQUES

R. Gonçalo Cristóvão, 191

PORTO

# Saculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

## PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva . . . . .	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia . . . . .	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia . . . . .	Vaga
Farmacologia . . . . .	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral . . . . .	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica. . . . .	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidermiologia . . . . .	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal. . . . .	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia cirurgica (anatomia topografica e medicina operatoria). . . . .	Vaga
Patologia cirurgica . . . . .	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica . . . . .	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas . . . . .	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica. . . . .	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrologia médica . . . . .	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica. . . . .	Vaga
Historia da Medicina e Deontologia . . . . .	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia . . . . .	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria e psiquiatria forense . . . . .	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria. . . . .	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

## PROFESSOR COM LICENÇA ILIMITADA

José de Oliveira Lima

## PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático

**A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.**

**Art. 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da Faculdade de  
Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.**

# A meus Pais

que por mim, sorridentes, ver-  
teram o suor do seu rosto nas  
claras fontes de Minerva.

**A minhas irmãs**

**Natália e Laura**

**Pelas pétalas dos seus sorrisos.**

---

## À memória de meus Avós

Que, da minha vida, o norte  
Seja a vida dos meus mortos.

---



**A minha Avó materna**

**A meus Tios e Tias**

**Sombras boas de meus Pais.**

**Aos meus condiscípulos  
e contemporâneos**

**em especial a**

**Dr. Augusto Cerqueira Gomes**

**Dr. Fonseca e Castro**

**Dr. Guedes Machado**

**Dr. João Saraiva**

**Dr. José Feijão**

**Dr. Júlio Cabral**

**Dr. Melo Pestana**

**Dr. Moura da Mota**

**Dr. Venâncio de Araujo**

# Aos meus amigos

Damão e Pythias, ou Dyonisio?

**Ao Ilustre Corpo Docente  
da Faculdade de Medicina do Pôrto**

Quero mais aos meus profes-  
sores do que aos meus pais, por-  
que se estes me deram a vida,  
aqueles me ensinaram a bem-  
-viver.

*Alexandre.*

**Ao meu dignissimo presidente de tese**

**Ex.<sup>mo</sup> Snr. Prof.**

**Dr. António de Almeida Garrett**

**O discípulo reconhecido.**

**Página selecta:**

## I

### Trabalhos portugueses sôbre spina-bífida

Antes das considerações sugeridas por um caso clínico, julgamos útil resumir os trabalhos nacionais de que temos conhecimento, relativos a spina-bífida, não só porque deve sempre ser citada a bibliografia portuguesa do assunto nas teses de doutoramento, como porque, nêste ponto particular, há estudos deveras interessantes. São em pequeno número, mas mais não podemos encontrar. Seguem os resumos, por ordem de antiguidade.

**I— Tratamento da spina-bífida, por Custódio Cabeça,**  
— Depois de dividir os processos empregados para a cura da spina-bífida em antigos e modernos, pondo de lado os antigos que actuam às cegas, divide os modernos em paliativos e curativos. Limitam-se os paliativos a proteger a spina-bífida com um penso, permitindo ao doente viver com a sua doença. Os processos curativos abrangem dois métodos: o das injecções que êle já

reputa passivo das mesmas objecções que os processos antigos e o método da excisão que é já o seu método de escolha, essencialmente cirúrgico, racional e curativo; racional porque permite adoptar o grau da intervenção ao caso que se nos apresente e curativo porque só êle resolve uma fase de problema que nenhum dos outros métodos pode resolver — a autoplastia raquídea — garantia que pode ser necessária para a cura da spina-bífida. Ensina a resecar os filetes nervosos sem valor, poupando, pela sua redução dentro do canal raquidiano, todas as raízes dos diferentes plexos que apenas fazem uma derivação de caminho dentro do saco. Aconselha a ir buscar o retalho para a autoplastia na região cervical às apófises transversas, na região lombar a estas ou à face posterior do sacro ou da crista ilíaca, na região dorsal, ainda às apófises transversas ou às costelas.

Após estas considerações, apresenta uma criança do sexo feminino, de um ano de idade, bem constituída e pesando 6 kg. Na união do sacro com o coccix nota-se um tumor do volume duma tangerina, de larga base.

A pele, um pouco tensa, tinha uma forte irrigação cutânea; no centro uma umbilicação e, um pouco para fora, um ponto vermelho inflamatório. Expandindo-se com os movimentos respiratórios, reduz-se em parte com a compressão. Depois de reduzido nota-se, pela pressão funda do tumor, uma solução de continui-



dade com uns 0<sup>m</sup>,08 de diâmetro. As funções nervosas dos membros e vísceras, intactas.

Pela existência do ponto inflamatório anunciador duma ulceração próxima faz-lhe uma operação radical semelhante à que foi feita no nosso caso. Apesar da saída duns 150 gr. de líquido, não houve nem no acto operatório nem nos dias que se lhe seguiram, manifestação alguma dependente da medula ou do cérebro. A criança usa por certo tempo uma funda elástica ventral colocada com a almofada de ar sôbre a cicatriz. O resultado imediato é magnífico, formulando, no futuro, a possível hipótese de recidiva da doença e aparecimento de hidrocefalia.

Diz o auctor conhecer 6 casos de Poirier tratados por êste processo da excisão, todos com bom successo, sendo levado a crêr que êste seria igualmente bom.

**II Um caso de spina-bífida**, por *Ramos de Magalhães*. — L. M., de 28 anos, solteira, costureira. Pais sadios. Nos parentes de linha colateral, a causa da morte mais freqüente foi a tuberculose pulmonar. Nasceu com um pequeno tumor duro e indolôr do tamanho dum ôvo de pomba, situado na regiãc sacro-lombar. Teve êste tumor um crescimento lento, tendo aos 14 anos apenas o tamanho dum ôvo de galinha. Houve nesta idade uma suspensão dos menstruos durante oito mêses, aumentando rãpidamente o tumor, que atingiu o volume duma cabeça de adulto, volume

êste que conservava ainda na ocasião da observação. Tornou-se então incomodativo, produzindo-lhe à pressão, quando era ou demorada ou um pouco intensa, dôr, mal estar e vertigens. Tendo então dado entrada no hospital, apenas se recorda ter-lhe sido feita uma punção, que lhe fez sentir como que uma martelada na cabeça, chegando quási a perder os sentidos. Pediu alta passado pouco tempo, sentindo então dificuldade em andar. Meses depois teve vários abcessos à periferia do tumor, que lhe deixaram uma série de cicatrises ainda bem evidentes.

Regularmente menstruada dêse os 13 anos, tendo havido a suspensão menstrual atraz indicada e uma amenorreia actual que vêm de há 7 meses e meio. Nos espaços inter-menstuais, de semana a semana, notava a saída pela vagina dum líquido aquoso e transparente, feita dum só jacto, sem qualquer fenómeno revelador de tal facto. Havia então diminuição de volume do tumor, aparecimento de grandes perturbações cerebrais, maior dificuldade na marcha, necessidade da posição horisontal, cansaço intelectual enorme e ligeira anestesia dos membros inferiores, sintomas êstes proporcionais à quantidade de líquido. Coincidindo com a última amenorreia referida, começou a aumentar-lhe o ventre, attribuindo a doente êste facto a gravidez, visto já ter sentido por várias vezes os movimentos fetais.

A doente era portadora de um tumor sacro-lombar, como uma cabeça de adulto, de consistência pouco

dura e com fluctuação, de larga base e forma ovalar. A pele que o recobria era normal, excepto na parte infero-direita onde há uma cicatriz de punção antiga e nas regiões periféricas as cicatrises dos abcessos. Á palpação nota-se uma dureza muito irregular, havendo o aparecimento imediato de sintomas de compressão espinal podendo levar-se até à síncope. O ventre, pouco mais volumoso que o normal, mostrava a existência de líquido abundante encobrendo um tumor duro, irregular e profundamente situado. A pressão era dolorosa nas fossas ilíacas, aparecendo imediatamente sintomas análogos aos provocados pela pressão do tumor sacro-lombar. O septo vésico-vaginal estava muito bombeado, em prolapso até à vulva e distendido pelo líquido propulsor. Explorando profundamente o fundo do saco posterior, tocava-se um tumor sólido, duro, irregular e de grandes dimensões. Pés em posição viciosa, sendo o direito em abdução e o esquerdo em adução. Secreção láctea evidente em ambos os seios. Tudo o mais era normal.

Exigiu alta no fim de mez e meio, prometendo voltar no desfecho da gravidez que a doente dizia ter e que não foi possível reconhecer apesar do período adiantado em que se encontrava. Informou a família, passados 45 dias, de que tinha tido um parto feliz, sendo mãe duma criança robusta e continuando a sentir sempre os mesmos incómodos já referidos. Em consultas que êste autor fez, apenas encontrou 5 casos de

spina-bífida de idade superior a 5 anos. Faz notar que a pele era normal, o que só acontece em pequena idade e com pequenos tumores. A coincidência, porém, mais curiosa é a doente ser portadora duma volumosa spina-bífida posterior sacro-lombar e de outra anterior situada na parte profunda da bacia, tufando até ao fundo do saco posterior vaginal, por onde, de longe a longe, se davam as descargas líquidas, tumor êste em que a simples pressão determinava sintomas cerebrais de compressão.

Seria uma spina-bífida única em forma de amputheta, tendo a sua parte mais estreita nos corpos vertebrais? Haveria apenas uma fissura vertebral única que desse origem aos dois sacos, isto é, uma spina-bífida em forma de alforge? Seriam duas spina-bífidas diferentes e completamente independentes ainda que correspondendo-se pelo canal raquidiano? De qualquer modo é interessante o decorrer normal da gravidez que não a incomodou nem alterou os seus sofrimentos. Conseguiu aquêlê útero grávido não lhe dar perturbações quando a pressão ligeira do tumor lhe dava imediatamente sintomas cerebrais de compressão.

**III A cura radical da spina-bífida,** por *Dias de Almeida*. — A., de 7 mêses, natural de Paredes, nasceu a termo, não apresentando antecedentes hereditários dignos de registo. A mãe teve um nado-morto e cinco crianças saudáveis. Pequeno ao nascer, foi o tumor

crescendo, com fases de maior crescimento correspondentes à lua cheia. Nestas ocasiões a criança estava quatro dias sem mamar.

No momento do exame apresentava na região lombar um tumor volumoso de forma arredondada, de larga base de implantação estendendo-se para cima até à altura da décima vértebra dorsal e para baixo até à segunda sagrada. Tumor translucido, com flutuação, sempre tenso e mais quando a criança gritava, irreduzível a uma pressão moderada, era coberto por uma pele fina, aparecendo aqui e além manchas angiomasas contrastando com a côr normal do resto da superfície. O ânus apresentava a forma duma fenda longitudinal em lugar da forma normal radiada. Havia também paresia dos esfíncteres vesical e anal.

Como o tumor apresentasse um adelgaçamento notável na parte culminante, foi feita a intervenção, havendo ao décimo terceiro dia uma cicatrização perfeita e diminuindo duma forma notável a paresia vesical e anal.

No decorrer da operação foi descoberto um saco apendicular ao nível do qual havia uma depressão óssea, o que parece demonstrar que primitivamente havia duas spinas, transformando-se a primeira numa espécie de quisto pela obliteração do orifício ósseo reduzido à simples depressão não comunicante.

No exame do tumor por transparência, não pôde ser descoberto um grosso nervo seccionado, porque

percorria a base de implantação, vendo-se, por êste caso, que é possível cortar um nervo de certo volume sem inconveniente.

É opinião do autor que a spina-bífida mata 80 % das crianças no primeiro ano de idade e 95 % até aos 5 anos. Refere-se à terapêutica que esta afecção tem percorrido, dêse a simples expectativa até à cura radical: fomentações, compressão, punção, acupunctura, electrolise, injecções, incisão, sedenho, laqueação e excisão. Considera a expectação como um grave êrro, senão um crime. A par da expectação e pouco mais valendo do que ela, conta as fomentações quentes, as pomadas, os líquidos adstringentes, meios destinados a aumentar a vitalidade dos tecidos e a espessura das parêdes que ameaçam ruptura. A compressão, além de não aplicável aos casos em que o saco contém elementos nervosos, e êsses são muitos, não tem acção sôbre o orifício ósseo; é um processo inapplicável em muitos casos, inútil na maioria, perigoso quasi sempre. A punção, quer simples, quer seguida da aspiração, precisa de ser completada pela compressão, oferecendo assim os inconvenientes desta e os resultantes da abertura do saco. As injecções fizeram melhor carreira, havendo estatísticas como a de Morton, cuja mortalidade era apenas de 21 %; todavia êste processo não poderia mesmo ser aplicado nos casos em que a fenda óssea é larga e naqueles em que as parêdes do saco estão prestes a ulcerar-se, sendo sempre

um processo que actua às cegas e que não é menos grave que a excisão. A electrolise, a incisão simples, o sedenho, seriam mais perigosos ainda que a punção simples. A laqueação só poderá ser indicada nos casos de spina-bífida pediculadas ou quási, não sendo contudo superior à excisão. Êste é o verdadeiro método de escolha com 70 % de sucessos; as contra-indicações são relativamente raras: nos casos em que as crianças por uma debilidade extrêma não podem esperar da intervenção cirúrgica mais do que uma morte imediata, e nos casos em que o tumor, sendo coberto por uma pele espessa, dá garantias de resistir, podendo o paciente chegar com o seu tumor à idade adulta. Termina com detalhes operatórios: diérese com tesoura curva e de pontas rombas.

IV — **Spina-bífida**, por *José de Abreu*. — Depois de considerações embriogénicas sôbre a formação desta deformidade, de expôr a sua sintomatologia e de falar rápidamente da spina-bífida occulta, passa ao capítulo do tratamento que consiste na injeção de líquidos modificadores e na excisão. Dá preferênciã à fórmula de Morton ou de Villemin (que substitui a glicerina por vaselina líquida), conservando-se o doente em decúbito ventral. Mas a excisão é o processo de escolha, opina o Prof. Salazar de Sousa, em cujo serviço hospitalar foi feito êste trabalho. As indicações são, porém, diversamente apreciadas. «Se há pele suficientemente

sã para se conseguir uma reunião por primeira intenção, deve fazer-se a excisão; se o tumor está ulcerado ou a pele em estado de se não poder realizar aquela condição, deve recorrer-se à injeção iodada». Quanto a Salazar de Sousa, ou a ulceração é de tal modo grave e o risco de morte tão iminente que o que temos a fazer é aseptisar tanto quanto possível aquela superfície infectada para diminuir os perigos de infecção, até podermos intervir directamente para a cura da spina; ou o caso não é tão grave, e devemos então recorrer à excisão, procurando depois retalhos laterais, se fôr necessário, para cobrir de pele a abertura raquidiana. Injeção iodada não a dá, porque pode produzir um estado de irritação na parede interna do saco que lhe vai diminuir a resistência ao processo de ulceração que tão próximo lhe anda.

V—**As manchas pigmentares e a spina-bífida,** por *A. A. Costa Ferreira*.—Recorda a opinião de Papillaut, segundo a qual as manchas são devidas a acidentes na soldadura da goteira vertebral e constituem, por assim dizer, um vestígio passageiro de um acidente cujo gráu máximo é a spina-bífida. Cita um caso de idiotia com manchas azues dorso-sacro-lombares (manchas mongólicas) que teve ocasião de observar no qual considera estas manchas não como um estigma étnico mas sim como uma distrofia, talvez devida à sífilis da mãe.



A mãe dêste idiota deu à luz uma criança prematura de 8 meses, portadora de uma grande spina-bífida sessil, com um grande prolapso rectal e pé bôto duplo. Constitui esta gestação quási experimental uma prova eloquente de distrófogeneidade, à qual atribui as manchas azues do pequeno idiota. A spina-bífida substituiu a mancha azul.

As manchas azues representam um tipo de «pigmentação inferior», a «pigmentação dérmica» ordinariamente talvez representada numa fase intra-uterina por células que em regra desaparecem e que não se observam nos recém-nascidos europeus senão em caso de paragem ou perturbação evolutiva. Tal deve ser a regra geral. Sobretudo as manchas de larga extensão devem ser tidas como estigmas distróficos e não estigmas étnicos. As manchas pigmentares, do mesmo modo que a spina-bífida, são acidentes de evolução.

## II

### As formas anátomo-clínicas de spina-bífida

Para não repetir o que vem exposto em todos os tratados de patologia cirúrgica ou de cirurgia infantil, limitar-nos-hemos aqui a resumir as noções gerais sobre spina-bífida, com leve menção da sua etiologia e patogenia ; o indispensável para a compreensão da discussão dos problemas clínicos que a spina-bífida ainda hoje pode fazer surgir, em face de cada caso que se apresenta à observação médica.

*Spina-bífida* quer dizer : existência de uma fenda vertebral de origem congénita. Mas o termo alargou-se para designar não só a lesão óssea como todas as suas conseqüências, ou seja o conjunto de lesões do ráquis, da medula e dos envólucros, causadas por aquela. A formação desta deformidade explica-se facilmente em face do desenvolvimento embriológico da coluna vertebral e seu conteúdo. Com efeito, o desen-

volvimento ráqui-medular passa pelos três estados seguintes: 1.º goteira medular, resultante da união dos bordos internos das lâminas medulares; 2.º tubo medular, resultante da soldadura dos bordos externos desta goteira, para traz, na linha mediana; 3.º separação do tubo medular e da ectoderme, por prolongamentos mesodérmicos que vão dar origem à derme, ao tecido celular, aos músculos e aponevroses, e mais profundamente ao ráquis e às meninges.

A spina-bífida resulta dum desvio precoce dêste processo normal, desvio em que há sempre tendência para a volta à sua marcha normal, por forma a que da intensidade do desvio e dos resultados dessa tendência dependerá a extensão da deformidade. Compreende-se como a medula possa ficar no estado de goteira: se as lâminas vertebrais (provenientes dos citados prolongamentos mesodérmicos) se não unem, fica uma goteira vertebral aberta em maior ou menor extensão. E é ainda a uma razão embriogénica que obedece a preferência de localização ao nível dos arcos posteriores.

No que os autores estão, porém, em desacôrdo, é na causa desta paragem de desenvolvimento. Tem-se admitido, por parte da mãe, as fadigas durante a gravidez, os traumatismos, a compressão abdominal, etc.; do lado do feto, uma lesão meníngea ou medular, tumor, hidropisia cérebro-espinal (que retardariam a soldadura das vértebras), aderências amnióticas (impe-

dindo o desenvolvimento da pele e dos arcos vertebrais subjacentes), hipertrofia localizada da medula enquanto que o eixo medular conservaria fisiologicamente a sua continuidade, etc.

Seja como fôr, trata-se de indivíduos atingidos às vezes de outras malformações, podendo, todavia, ser vigorosos e bem constituídos. A deformidade apresenta dois graus de complicação: ou simples fissura dos arcos vertebrais, ou hernia das meninges, com ou sem medula, fazendo uma saliência, invisível se a fissura é anterior, visível se é posterior. O primeiro caso é mais raro, e então a deformidade pode passar despercebida, conquanto geralmente dê lugar a perturbações motoras e tróficas nos membros inferiores, por deformação da medula; são as spina-bífida latentes e as spina-bífida ocultas, cuja sede é frequentemente assinalada por hipertricose cutânea, e que às vezes se complicam com um tumor fibro-lipomatoso compressor da medula. As spina-bífida anteriores, sem fenda posterior concomitante, são raríssimas. Na clínica, o que mais vulgarmente aparece é a spina-bífida com hérnia posterior, dando uma tumefacção visível. É para êstes casos, mais correntes, que mais se tem desviado a atenção dos pediatras, porque são êles os que ordinariamente reclamam uma solução prática.

A tumefacção pode ser sessil, ou pediculada, de volume variável, recoberto de uma pele delgada ou espessa, de superfície regular ou desigual, umbilicada

ou não. Algumas vezes nota-se uma certa transparência. A palpação revela uma massa pastosa quando a comunicação com o canal raquidiano é pequena, como acontece na spina pediculada, dando pelo contrário a sensação de uma cavidade cheia de líquido sob forte pressão quando a spina é sessil, sendo então condição indispensável haver uma larga fissura. O tumor é mais ou menos reductível pela compressão. A redução traz um aumento de tensão da fontanela, podendo notar-se em certos casos perturbações convulsivas ou sincopais devidas a êste aumento de tensão que dá um reflexo inibidor sôbre o cérebro ou partes superior da medula. A posição de pé, os gritos, a expiração, um simples esforço podem ser causas suficientes para o aumento do seu volume.

Podem notar-se perturbações nervosas interessando os esfincteres vesical e anal e os membros inferiores, dizendo respeito à motilidade, à reflectividade, à troficidade ou à sensibilidade.

O tumor pode crescer, aumentar de volume e romper-se, ou, mais excepcionalmente, dar-se pelo contrário, uma cura expontânea, por obliteração do pedículo e atrofia.

Variável na sua extensão anatómica, na sua sintomatologia e na sua evolução, a deformidade completa, isto é, abrangendo a coluna e o seu conteúdo, pode pertencer a qualquer dos três tipos anátomo-patológicos em que a divide a descrição clássica de

Recklinghausen: o *mielomeningocelo*, o *mielocistocelo* e *mielocistomeningocelo*, e o *meningocelo*

No *mielomeningocelo*, há larga fissura óssea, e a goteira medular não se fechou em tubo, os seus bordos não se desprenderam das conexões com o folheto epidérmico; no tegumento há uma solução de continuidade onde a pia-mater fica a nú, com elementos medulares mais ou menos alterados. De aí uma tumefacção de base larga, de volume em geral não muito grande, com uma superfície na qual é reconhecível a existência de três zonas: uma externa, *dermática*, com hipertricose ou *nævi* vasculares; uma mediana, *serosa*, lisa e rosada, muito vascularizada, representando a pia-mater; e, finalmente, a zona central, *medulo-vascular*, com elementos nervosos, aveludada e vermelha, de superfície irregular. O líquido céfalo-raquidiano pode acumular-se nos espaços inter-meníngeos, dando as variedades «sub-aracnoidêa» e «sub-dural» a primeira podendo dar um aspecto esponjoso pelos numerosos septos da cavidade, ou formar uma cavidade grande e cheia de líquido que empurrou os septos para a periferia, cavidade atravessada por raízes medulares; a variedade sub-dural, em que a aracnóide e a pia-mater estão encostadas e a bôlsa líquida não contém feixes nervosos, pois êstes deslisam pelas paredes da tumefacção. Quando não há derrame, não há na realidade tumefacção, mas apenas solução de continuidade (*raquischisis*). Esta forma existe geralmente na região lombo-

sagrada, e é anatomicamente uma lesão extensa, pois que a paragem de desenvolvimento localizando-se sobre a dura-mater, arcos vertebrais e mesmo, por vezes, sobre a pele, não poupou a medula: a goteira medular ficou largamente aberta não se constituindo o canal central. A fissura interessa simultaneamente a ectoderme e os tecidos provenientes da mesoderme até à dura-mater (derme, músculos, fascias, parede posterior do ráquis e dura-mater).

No *mielocistocelo*, uma fissura vertebral e da dura-mater dá saída, sob a epiderme formando uma camada contínua, a um tumor formado pela dilatação local do tubo medular fechado: é um hidroráquis interno. A fissura pode ter dimensões variáveis, ser lateral ou mediana, em geral, incidindo apenas sobre uma metade dos arcos posteriores; os corpos vertebrais podem apresentar anomalias de número ou de forma ao nível da malformação ou fora dêle. A cavidade do mielocisto contém um líquido citrino, geralmente transparente, bastante análogo ao líquido céfalo-raquidiano. As relações da parede anterior dêste mielocisto com a parêde cutânea, podem ser diversas: pode o saco, então em geral volumoso, aderir à face profunda da epiderme, não tendo chegado à linha média nem à derme nem às partes moles subjacentes, do que resulta um aspecto cicatricial a êste nível; pode, pelo contrário, ter-se feito a junção, e o mielocisto ser coberto por todas as camadas que normalmente se sobrepõem à pa-

rêde óssea e à dura-mater, donde resulta que o revestimento da tumefacção tem um aspecto cutâneo uniforme. É de notar que entre as malformações que por vezes (mais raramente que no mielomeningocelo) co-existem com o mielocistocelo, foi assinalada por Recklinghausen uma forma curiosa, que consiste numa fissura complexa, incidindo ao mesmo tempo sôbre a parede abdominal, a bexiga e intestino (fissura êntero-cisto-abdominal).

Há *mielocistomeningocelo*, quando os espaços meníngeos se tornam sede de derrame. Em geral existe êsse derrame no espaço sub-aracnóideo para traz do mielocisto: é o *mielocistomeningocelo posterior*. Pode, contudo, o derrame localizar-se para diante do mielocisto, repelindo-o para traz e aumentando assim a sua saliência através da fissura vertebral; é o *mielocistomeningocelo anterior*, com derrame nos espaços sub-aracnóideo ou sub-dural.

O *meningocelo* é a forma mais rara e a mais benigna, tendo freqüentemente uma evolução fibrosa, que leva à retracção. Para existir como forma independente, seria preciso que só as meninges se herniassem pela fissura óssea, ficando a medula normal. Ora há sempre alterações, maiores ou menores da medula, de modo que a existência de um meningocelo puro na spina-bífida é problemática para todo os autores, depois que a histologia, de acordo com a embriologia, mostrou a impossibilidade ou pelo menos grande improbabilidade



duma lesão assim constituída. Denucé não a aceita, e julga que os casos classificados como meningocelos são mielocistocelos, e geralmente da variedade a que chama «aréal»; é a variedade em que, em vez da parede medular se adelgaçar na parte posterior (como na forma aderente acima citada) ou desaparecer para dar lugar à pia-mater (como na forma não aderente), fica o sacco quístico constituído, em toda a sua periferia, pela área medular. Esta variedade pode também acompanhar-se de derrame na linha de junção mediana epitélio-serosa, ou seja um derrame posterior, e também, concomitantemente, de um derrame no espaço anterior, sub-dural, de modo que o mielocisto aparecerá como uma hernia da medula sem meningocelo; esta interpretação é dada por Denucé para os casos de meningocelo em que tal se observa. As spina-bífidas consideradas como meningocelos, são em geral tumores pediculados, com preferência quási exclusiva pela região cervical.

Quási nos limitamos, até aqui, a uma descrição anátomo-patológica. Vejamos agora a que sintomatologia levam as diversas formas que acabamos de apontar. Já referimos, do *mielomeningocelo*, o seu aspecto exterior com a área vascular central arredondada e avermelhada, a sua zona epitélio-serosa e a sua zona dérmica que é por vezes sede da *nævi* ou de hipertricose. As raízes raquidianas são muitas vezes altera-

das, sobretudo as anteriores, donde a relativa frequência das paralisias dos membros, pés botos, incontinência de urina e fezes. A razão das grandes e frequentes perturbações motoras, está em que a medula, sendo empurrada para fora pela tensão do líquido contido no saco, pucha muito mais pelas raízes motoras do que pelas raízes sensitivas, o que facilmente se compreende pelas respectivas situações. Mas pode haver perturbações de sensibilidade, eczemas extensos, ulcerações ao nível do sacro, dos trocanteres ou dos maléolos. O tumor é pouco móvel sôbre os planos subjacentes. Em geral é flutuante, tanto mais quanto mais volumoso, mas nunca reductível pela pressão. Pela palpação pode reconhecer-se a fissura óssea, larga e simétrica. Coexiste frequentemente com outras malformações, e as crianças que o apresentam desenvolvem-se mal. Da zona central pode sair líquido, às gotas ou em maior quantidade. Essa zona infecta-se facilmente, de modo que não é rara a terminação por complicação séptica ou por meningite.

O *mielocistocelo* é em geral sessil, oferecendo uma larga base e uma saliência regularmente arredondada. Revestido por uma pele espessa e angiomatosa, por vezes com um aspecto cicatricial na sua parte mais acuminada, é frequentemente coberto de pêlos abundantes e voltados para esta cicatriz. Apresenta flutuação, sendo geralmente reductível à pressão, e provocando-se com esta uma maior tensão da grande fontanela e

siniais de compressão cerebral. As paralisias dos membros são menos freqüentes que na forma anterior e quási sempre unilaterais; pelo contrário, as paralisias vesicais e rectais são de relativa freqüência, ainda que sobrevivendo tãrdiamente, por vezes.

As malformações concomitantes são pouco freqüentes; pode haver um simples afastamento dos músculos grandes rectos, paralisia dos músculos abdominais, desvios raquidianos, etc.; a hidrocefalia pode aparecer no nascimento ou sobrevir a uma intervenção. A evolução é, em geral, mais favorável que no mielomeningocelo, porque se o tumor pode aumentar de volume e romper-se como na forma antecedente, em regra as crianças podem viver com a deformidade.

O *mielocistomeningocelo* é um tumor geralmente pediculado, de pele espêssa na base, adelgaçando-se à medida que se aproxima do ponto mais saliente, o qual pode apresentar um aspecto cicatricial. É fluante e reductível à pressão. A fissura óssea é geralmente pequena, mal se reconhecendo à palpação.

As perturbações motoras, sensitivas e tróficas, são aqui mais raras e geralmente pouco importantes. O quadro clínico é pois aproximado do mielocistocelo. A evolução é ainda mais benigna, pois é a dos meningocelos, e já vimos como esta categoria pode entrar, anatómicamente, na dos mielocistos com derrame, confundindo-se clinicamente as duas formas da classificação de Recklinghausen.

Não será portanto necessário anotar, a respeito do *meningocelo*, mais do que de passagem já ficou escrito ao descrever os tipos anátomo-patológicos.

Algumas palavras apenas sôbre *spina-bífida occulta* e *spina-bífida anterior*. A primeira mostra apenas uma hipertricose cutânea mais ou menos desenvolvida, ao nível da lesão; às vezes há estigmas pseudo-cicatriciais. A' palpação pode sentir-se a deformidade óssea, dando uma depressão. Muitas vezes coexiste como pés bôtos. Em épocas variáveis, às vezes tórdiamente, aparecem perturbações motoras (paralisias dos membros inferiores), e menos vulgarmente sensitivas (zonas de anestesia, nevralgias) ou tróficas (placas de esfacêlo ao nível do sacro ou dos maléolos); mais tórdiamente a incontidência ou retenção das urinas e das fezes. É vulgar serem as perturbações parésicas ou a aparição de pé bôto, que encaminham para o diagnóstico. Quanto à *spina-bífida anterior*, já assinalamos a sua raridade como forma independente da spina-bífida posterior, com a qual anda ligada, com raras excepções. Os raros casos isolados foram diagnosticados pelas perturbações nervosas a que davam origem, devido às alterações da medula que está quási sempre em diastematomielia, ou seja, dividida numa separação que corresponde à fenda mediana dos corpos vertebraes.

### III

## Dignóstico clínico das spina-bífida

Pondo de parte as spina-bífida latente e oculta, comquanto possam levantar interessantes questões de diagnóstico, vamos ocupar-nos sómente da spina-bífida posterior e visível. São, repetimos, os casos que mais freqüentemente aparecem na prática. Passaremos por alto o diagnóstico diferencial entre as spina-bífida e outras tumefacções, diagnóstico que vêm exposto na tese apresentada por Sousa Machado — tumôres congénitos sacro-coccígeos — e limitar-nos-emos ao diagnóstico diferencial entre as diversas formas de spina-bífida visível, começando por citar o que sôbre êste ponto dizem os autores que pudemos consultar.

Auvray e Mouchet procuram distinguir clinicamente as diversas formas anatómicas da spina-bífida, do seguinte modo:

O *mielomeningocelo* caracteriza-se por um duplo conjunto sintomático, que vêm a ser, dum lado, o as-

pecto especial do tumor, do outro, a existência constante de manifestações nervosas. O tumor do tamanho duma noz ou duma maçã tem o aspecto dum bolso róseo, liso, de larga base de implantação. Distingue-se nêlo a *zona epitélio-serosa* que cerca a *área* duma côr mais carregada, lembrando uma superfície ulcerada em via de gemulação; o tumor é rodeado na sua base por um bordalete cutâneo, a *zona dermatica*, recoberto de pêlos mais ou menos compridos.

A palpação revela a flutuação; a pressão pode fazer diminuir o volume do saco emquanto a fontanela se distende. Êste exame provoca gritos da parte do doente. Às vezes sente-se na profundidade a fissura vertebral. Agarrando-se lateralmente o tumor entre o polegar e o indicador, tem-se a sensação de corda, devida às partes medulares que penetram no bolso e que se podem vêr por transparência à luz artificial, projectando-se sob a forma de sombras.

A área pode faltar em consequência de regressão, sendo então a parede posterior do bolso uniformemente lisa.

As perturbações gerais são aqui das mais importantes: paralisias dos membros (sobretudo paraplegia), incontinência dos reservatórios, pés botos (muitas vezes varus dum lado, valgus ou talus do outro), hidrocefalia. Bayer assinala um caso de atresia anal.

Para Rüyter e Bayer existiriam, todavia, mielomeningocelos não se acompanhando no nascimento de

nenhuma perturbação nervosa periférica: o tumor neste caso localizar-se-ia na parte completamente inferior da medula, não exercendo nenhuma compressão sobre as partes medulares subjacentes.

No *mielocistocelo* tumor é completamente recoberto pela pele; esta, algumas vezes normal, é, as mais das vezes, sede duma abundante hipertricose; no ponto culminante do quisto é em geral deprimida em consequência da aderência da medula ao folheto ectodérmico. Pode ser muito delgada e mesmo ulcerada; quási sempre adere, segundo os casos, ao mielocisto ou ao meningocelo dorsal que o acompanha. Pode este tumor ser sessil ou pediculado.

As perturbações nervosas são menos frequentes que no mielomeningocelo, não sendo, todavia, raras e revelando lesões secundárias da medula e suas raízes; tem-se mesmo assinalado paralisias uni ou bilaterais dos músculos da parede abdominal.

A existência do meningocelo puro é discutida: manifestar-se-ia pela presença dum tumor lembrando o mielocistocelo; quanto às perturbações nervosas, devem, teóricamente, faltar.

Kirmisson, invocando a autoridade de diversos autores, faz as seguintes considerações:

No mielocistocelo como, segundo as investigações de Recklinghausen confirmadas por Rüyter e Muscatello, esta variedade seria devida a uma perturbação de desenvolvimento em comprimento do ráquis, have-

ria uma curvatura da coluna vertebral e escoliose congénita; de facto, o próprio tumor é sempre situado lateralmente.

Rütyer conclui: nas fissuras laterais ou nas escolioses, deve pensar-se num mielocistocelo.

Segundo Muscatello, esta variedade distingue-se pelos seguintes caracteres: tumor de forma arredondada, pedículo bastante largo, localisando-se as mais das vezes na região lombo-sagrada, mais raramente na região dorsal e cervical, mais raramente ainda na região sagrada, mole, elástico, quási sempre nitidamente fluctuante, transparente; a pressão não diminui o seu volume, mas as mais das vezes conduz a um levantamento da fontanela. Frequentemente, ao mesmo tempo que o tumor, existem curvaturas patológicas do ráquis (lordose, escoliose), fendas da parede abdominal estendendo-se à bexiga e intestino (fissura abdomino-vésico-intestinal), pés bôtos, etc., mas raramente paralisias da bexiga e do recto.

Quanto ao mielomeningocelo eis os caracteres que lhe são atribuidos por Muscatello: forma em geral um tumor largo, pouco saliente, no qual se distinguem as três zonas clássicas, ocupando por ordem de frequência, as regiões lombo-sagrada, cervical, torácica e finalmente a região sagrada. O tumor é em geral mole, elástico, muitas vezes flutuante; emquanto se comprime vê-se quási sempre distender-se a fontanela anterior. Coexistindo com o mielomeningocelo, vêem-se por



vezes hérnias umbilicais e a abertura do intestino no umbigo; há paralisias dos membros inferiores, habitualmente muito extensas, paresia da bexiga e do recto e pés bôtos.

O *meningocelo* encontra-se sôbretudo na região sagrada, mais raramente na região cervical e mais ainda nas regiões lombar ou dorsal. Constitui em geral um tumor pediculado, transparente, não se acompanhando doutras malformações nem havendo perturbações do movimento ou da sensibilidade dos membros inferiores.

Segundo Broca há apenas que distinguir na spina-bífida com tumor o mielomeningocelo do mielocistocelo, não constituindo o meningocelo, se de facto existe, uma forma clínica capaz de se distinguir do mielocistocelo. O mielomeningocelo, que constitui a quási totalidade dos casos observados na prática, localisa-se em geral na região lombar ou lombo-sagrada. É um tumor mediano, hemisférico ou ligeiramente ovalar de grande eixo longitudinal, de volume variando do tamanho de uma noz a uma laranja. Tem êste tumor uma larga base, apresentando-se deprimido semelhando um tomate, como se uma corda aderente à sua face profunda o repuxasse para cima e para diante. O centro dêste tumor é vermelho, bastante vascularizado, de aparência mucosa, aveludado ao contacto; tem uma forma arredondada ou ovalar, algumas vezes em forma de pinta de carta de jogar. Não é raro vêr-se esta

superfície gotejar em finas pérolas o líquido céfalo-raquidiano; muitas vezes é recoberto de uma camada muco-purulenta. Pode vêr-se, em cada extremidade da linha mediana, um pequeno orifício, a «fosseta polar»; excepcionalmente, o superior, não obliterado, pode deixar penetrar uma sêda de porco. Á volta desta superfície central vê-se uma membrana lisa, branca-acinzentada, de aspecto cicatricial, a qual se continua insensivelmente e por uma linha muitas vezes irregular, com uma pele ordinariamente muito vascularizada, mesmo angiomatosa, continuando-se com a pele do dórso por um sulco coberto de pêlos por vezes longos e abundantes. São as três zonas, citadas pelos outros autores. O tumor tem uma consistência mole, apresentando-se fluctuante e transparente; tende-se com os gritos; com a pressão ou se reduz ou é pelo menos depressível, com transmissão à fontanela das pressões exercidas. Depois de o ter reduzido em parte pode já sentir-se, sôbre as partes laterais, as saliências dos arcos raquidianos divididos, sob a forma de dois ou três tubérculos ósseos.

A alteração concomitante do sistema nervoso central é traduzida clinicamente pela coexistência habitual de perturbações musculares (pés bôtos geralmente em varus-equino, incontinença vesical e rectal, prolapso do recto) e algumas vezes sensitivas, ainda, às vezes, pela formação de lesões tróficas. Estas perturbações nervosas podem não ser simétricas.

Às vezes o aspecto geral do tumor pode ser modificado pelas variações em extensão e na forma das três zonas já descritas; e assim, a zona vermelha, central, pode faltar, aparecendo toda à superfície acinzentada, cicatricial, e por vezes apenas um revestimento cutâneo.

O mielocistocelo apresenta-se com a forma dum tumor arredondado, sem depressão central em tomate, às vezes pediculado, todo recoberto de pele, mole, elástico, fluctuante e transparente, irreductível ou quasi, mas com transmissão da flutuação à fontanela. É opinião de Muscatello serem freqüentes as curvaturas anormais, concomitantes da coluna. As perturbações nervosas são menos acusadas que no mielomeningocelo.

Denucé diz que se reconhecem os mielomeningocelos pela solução de continuidade do revestimento cutâneo, pela disposição típica da área, pelo aspecto liso da zona epitélio-serosa, rodeando a precedente e continuando-se periféricamente, por uma linha nítida e regular, com a zona dermatica, à superfície da qual se vêem muitas vezes nævi e hipertricose. Do mesmo modo, quando forma um tumor suficientemente saliente, reconhecer-se-há facilmente um mielocistocelo O tumor sessil, recoberto de pele, não permite erros de diagnóstico. Mas é muito mais difícil dizer de que variedade de mielocistocelo se trata. A integridade absoluta da pele fará pensar num *mielocisto não aderente*. A presença de estigmas pseudo-cicatriciais é uma prova da aderên-

cia do mielocisto. O volume mais considerável do tumor, a sua aparência mais ou menos pediculada, farão pensar mais num *mielocistomeningocelo*. A iluminação por transparência poderá informar se a medula faz saliência na cavidade do tumor, e no caso afirmativo tratar-se-há de um *mielocistomeningocelo anterior*. Nesta forma, haverá paralisias motoras e sensíveis muito pronunciadas.

Há todavia casos em que o diagnóstico pode oferecer probabilidades de êrro: é quando a inflamação e a supuração dum mielomeningocelo ou a ulceração da superfície cutânea dum mielocisto tiverem feito perder a cada uma das duas variedades os seus aspectos mais típicos. Basear-nos-emos então sôbre a forma da fissura óssea, muito menor e menos simétrica no mielocistocelo e também sôbre a coincidência das perturbações nervosas, mais notáveis no mielomeningocelo.

Pelas opiniões dos autores, que acabamos de transcrever, se verifica como o diagnóstico das diversas formas de spina-bífida pode ser difícil. Se é em geral muito fácil diagnosticar a deformidade, quando é visível, «o diagnóstico da variedade anatómica é infinitamente mais delicado», adoptando a expressão bem verdadeira de Denucé.

Com efeito, é fácil distinguir um mielomeningocelo de um mielocistocelo, quando se trata de exemplares típicos de cada uma destas duas formas anatómicas; a

primeira com as três zonas bem descriptas por Recklinghausen, a segunda com a superfície cutânea e conformação mais ou menos pediculada. A forma clinicamente designada por meningocelo (e que já vimos ser anatomicamente um mielocistocelo ou melhor um mielocistomeningocelo) tem caracteres que permitem um diagnóstico fácil, quando se trata de um tumor fluctuante, transparente, sem sombras, e sem perturbações de ordem medular.

Mas, para qualquer das formas, o diagnóstico pode ser muito difícil, quando faltam os sinais típicos, e existem sinais de uma forma juntamente com sinais de outra. O mielomeningocelo pode não apresentar as três zonas bem diferenciadas e reduzir-se a solução de continuidade da pele à presença duma membrana rosada, lisa, vascularizada; é caso que se diagnosticará ainda sem dificuldade, lembrando-se o clínico da sua existência. Junto reproduzimos as fotografias de uma observação que estava nestas condições. Mas quando todo o revestimento é cutâneo? Poderemos pôr de parte a ideia de um mielomeningocelo?

O trabalho de regressão pode-se ter feito por forma a não tornar visíveis os elementos nervosos, de modo que, podendo haver mielomeningocelos sem área medula-vascular (como está bem assente), pode haver mielomeningocelos sem «área» nem «zona epitélio-serosa», isto é, sem representação exterior da

medula e da pia-mater; êsses casos, raros por certo, são de molde a fazer hesitar entre o diagnóstico de mielocistocelo e de mielomeningocelo, e o clínico tem de se lembrar dêles, tanto mais que os livros de patologia cirúrgica, e mesmo os de cirurgia infantil, mais especializados, só raramente e por forma vaga, lhes fazem alusão.

As perturbações nervosas são mais freqüentes e mais graves no mielomeningocelo — é a regra geral. Mas ainda nêste ponto não se pode pôr o facto como um elemento de diagnóstico diferencial, porque há mielomeningocelos com muito leves perturbações motoras (as mais nítidas habitualmente) e há mielocistocelos em que são graves. Tudo depende não só da importância das lesões medulares e do repuxamento das raízes anteriores ou motoras mas também da parte do raquis em que a lesão tem a sua séde, como facilmente se compreende.

Da mesma forma, o pediculamento do tumor não serve para a diagnose se firmar em uma ou outra forma. Quando a tumefação é pediculada, móle, fluctuante, pode diagnosticar-se um meningocelo ou mielocistomeningocelo duma maneira absoluta? Não; há mielomeningocelos que são mais ou menos pediculados e que teem os caractéres que acabamos de indicar. O caso das fig. 1 e 2 era estrangulado na base, quasi pediculada.

Ainda a presença de um ponto, mais ou menos



Fig. 1



Fig. 2

M. B. P. de 16 meses; consulta n.º 6, de 18-VIII-919. Mielomeningocele da região lombar, com revestimento inteiramente epitélio-seroso; consistência mole; irreductibilidade; paresia dos membros inferiores; esfínteres normais; fosseta sacro-coccígea, em forma de sulco; estado geral regular.

mediano, deprimido como que em cicatriz, não é sinal exclusivo do mielomeningocelo; porque, como foi já indicado, o mielocisto pode ser aderente.

Quando há solução de continuidade na pele, com presença de elementos vascularizados, nervosos ou epitélio-serosos, é evidente que se pode diagnosticar um mielomeningocelo. Mas ainda aqui é preciso verificar que se não trata de um mielocistocelo inflamado e ulcerado, dando um aspecto parecido ao daquela forma. Quando não há solução da pele, é preciso observar o mais completamente possível o tumor, entrar em linha de conta com todos os elementos colhidos pela inspecção, palpação e iluminação, relacionar a sua sede com a extensão das perturbações nervosas, procurar apurar a situação mediana ou lateral da fissura óssea, para, conjugando todos os dados, chegar a um diagnóstico de variedade anatómica, que é por vezes muito difícil.

A importância dêste diagnóstico exacto, melhor se compreenderá passando em revista a evolução, e, conseqüentemente, o prognóstico de cada uma das formas de spina-bífida; prognóstico quer deixando a deformidade seguir a sua marcha natural, quer intervindo pelo único processo hoje praticado: a intervenção sangrenta.



## IV

### **Prognóstico da spina-bífida, com ou sem intervenção operatória**

Como para o capítulo do diagnóstico das diversas formas anatómicas, passaremos primeiramente pelas opiniões dos autores já citados. Delas procuraremos tirar conclusões que orientem o espírito do clínico sobre o seu procedimento em face de cada caso de spina-bífida que lhe apresentem. Para não alongar este trabalho, deixaremos de parte a discussão sobre os métodos de intervenção; com a generalidade dos autores que mais recentemente tem tratado o assunto, consideramos a compressão, a punção, as laqueações e os esmagamentos do pedículo, como métodos ineficazes ou perigosos, hoje abandonados.

Auvray e Mouchet, salientam que na spina-bífida oculta pode haver conservação de um bom estado geral durante muitos anos; os sintomas aparecem por vezes muito tardiamente. Já a mesma evolução não seguem

as variedades quísticas, que são muitas vezes incompatíveis com uma longa existência, devendo-se em geral a morte à meningite que sobrevem mais ou menos tardiamente. A simples compressão do quisto pode arrastar a acidentes sincopais graves. Mas não são só estas complicações as únicas a temer: o doente pode falecer de perturbações paralíticas ou tróficas (escaras, infecção urinária).

No mielocistocelo pediculado, em consequência de inflamação crónica, pode o prognóstico ser menos sombrio; infelizmente a supressão da válvula de segurança que o quisto constitue tem muitas vezes por consequência o aparecimento de hidrocefalia.

Em resumo, diz o autor, os doentes atingidos de spina-bífida são as mais das vezes enfermos cuja vida é sempre gravemente ameaçada, seja imediatamente, por infecção, seja tardiamente, por hidrocefalia. Duma maneira geral, em 100 casos de spina, 80 sucumbem no primeiro ano; dos 20 restantes, mais de metade morrem nos três ou quatro anos seguintes.

Os resultados do método da excisão, segundo Breslau (1907) são: em 64 casos, 39 foram operados; houve 13 mortes imediatas (infecção e hidrocefalia); às doenças intercorrentes, à caquexia e à hidrocefalia se deveram ainda 17 mortes. Definitivamente, são considerados curados pelo autor 9 casos dos quais 6 meningocelos simples, um meningocelo de conteúdo nervoso, um mielocistocelo e um caso de spina-oculta.

Vê-se pois que o prognóstico operatório é muito grave.

Segundo Kirmisson, é muito variável a evolução da spina-bífida, podendo sobrevir rápidamente a morte quer por inflamação do bolso que se comunique às meninges, quer pelos progressos incessantes do tumor, esgotamento do doente, perturbações paralíticas e ulcerações tróficas que se mostram do lado dos membros inferiores.

Algumas vezes há apenas uma fissura que também se pode tornar ponto de partida duma meningite fatal. É causa muitas vezes de morte a hidrocefalia que se nota nos doentes portadores de spina-bífida.

Pode, comtudo, a afecção ficar estacionária até aos cincoenta e mais anos. Um certo gráu de inflamação do bolso pode conduzir à cura espontânea, como a ela pode conduzir a obliteração do pedículo, processo muito mais freqüente. Em geral, porém, devemos decidir-nos à intervenção pela incisão que é hoje o método de escolha, porquanto as curas expontâneas são raras.

No congresso alemão de cirurgia de 1893, Hildebrand fez conhecer os seus resultados na clínica de König (de Gottingue).

Em 13 casos tratados pela excisão havia 10 meningoceles e 3 mielocistocelos; 3 doentes faleceram da operação e 10 curaram, tendo dêstes succumbido dois passado pouco tempo. Um teve uma recidiva e uma hidrocefalia volumosa. É preciso pois, confessar que a

excisão não realizou as esperanças que tinha feito conceber algumas vezes, por debilidade da criança ou coexistência doutros vícios de conformação que determinam a morte mesmo depois do melhor êxito operatório, outras vezes porque a morte depende dos progressos da paraplegia ou do desenvolvimento da hidrocefalia concomitante. De facto, ficam do lado da medula e dos nervos raquidianos, do lado do próprio cérebro, alterações contra os quais a intervenção cirúrgica nada pode. Em alguns doentes vê-se, sem complicação séptica, produzir-se uma desunião dos lábios da ferida, origem possível de complicações infeciosas, tanto mais que as crianças são muitas vezes atingidas de incontinência de urina e matéria fecal.

Broca diz que a spina-bífida com tumor, aumenta em geral de volume, pouco a pouco. O mielomeninogelo no seu aspecto habitual, com área granulosa central, termina quasi sempre, em dias ou semanas, pela morte devida a meningite, por supuração da bolsa ou por penetração microbiana através da parede vulnerável. Tumores de parede delgada podem romper-se durante o parto. Os de revestimento cutâneo são compatíveis com uma mais ou menos prolongada sobrevivência, mas as crianças estão expostas a todas as perturbações nervosas indicadas na sintomatologia e à hidrocefalia — uma e outra com as suas consequências.

O mielocistocelo, por causa da solidez da parede

cutânea de revestimento, é compatível com uma sobrevivência mais prolongada.

Assim, pois, se a spina-bífida, dum modo geral, é de muito mau prognóstico, pode, todavia, nos casos de mielocistocelo, ser uma lesão compatível com uma existência de largos anos; Kirmisson cita uma observação numa mulher de 53 anos. Mas, em regra, as crianças atingidas de mielomeningocelo são votadas a uma morte bastante rápida por meningite; as que sobrevivem são votadas à idiotia por hidrocefalia, quási sempre a uma paraplegia mais ou menos acentuada.

O prognóstico post-operatório compreende os resultados imediatos e os resultados definitivos. Todos os autores, diz Broca, estão de acôrdo sôbre a gravidade imediata: a mortalidade operatória é de 20 a 25 %, devida, quer à descompressão brusca por perda excessiva de líquido céfalo-raquidiano, quer à infecção das meninges. Algumas mortes retardadas, mas de ordem operatória, produzem-se por escoamento persistente de líquido céfalo-raquidiano que impede a reunião dos lábios da ferida operatória e favorece a infecção secundária.

Pelo que diz respeito aos resultados definitivos, é opinião de Broca serem a maior parte das vezes comprometidos pela hidrocefalia crónica ulterior ou pela paralisia dos membros inferiores.

A hidrocefalia parece para temer principalmente

nos casos de mielocistocelo porque, apesar de suprimido o bolso exterior, estando assim o indivíduo ao abrigo dos acidentes de ruptura, a hipersecreção do líquido céfalo-raquidiano continua e os seus efeitos são mais graves depois da operação.

Examinando estas crianças com cuidado, sobretudo aquelas cujo tumor aumenta com maior ou menor rapidez, verifica-se um certo grau de hidrocefalia, vendo-se o crânio distender-se com rapidez a partir do momento em que se fechou a válvula de segurança do raquischisis. Raramente se não observa esta hidrocefalia. Pode ser moderada, parando num dado momento da sua evolução, sem que a criança seja atingida de idiotia. É quasi inevitável quando se opera um caso em que o tumor se desenvolve rapidamente.

No mielomeningocelo é inevitável a paralisia dos membros inferiores, porque se é obrigado a resecar a placa medular terminal e as raízes raquideanas que emite. Dizia-se outróra que a medula faz uma ansa que se pode reduzir depois da secção dalguns filetes nervosos sem importância; sabe-se hoje que a redução da placa granulosa conservada implica a meningite aguda e a sua supressão, a paraplegia. Os únicos casos favoráveis à extirpação são as formas de mielocistocelo pediculado, de área medular anterior, pois que fica no ráquis uma medula quasi cilíndrica e as raízes correspondentes.

Denucé, concorda em que prognóstico é muito

sombrio no mielomeningocelo. Nos mielocistocelos, a infecção das meninges medulares é para temer se o tumor acaba de se romper; a paralisia vesical é muitas vezes causa de morte.

O mielocistomeningocelo posterior é a forma que apresenta um prognóstico mais benigno; todavia, qualquer que seja a forma anatómica, a maior parte dos doentes morrem a breve prazo. Na Inglaterra, em 647 indivíduos mortos em 1882 de spina-bífida, 615 tinham menos dum ano de idade. A morte, para os mielomeningocelos, sobrevêm, em geral, durante as primeiras semanas, e para os mielocistocelos, antes da idade de 5 anos, isto dum modo geral, bem entendido. Se a intervenção sangrenta é útil, pode dizer-se que o é apenas para os mielocistocelos. As contra-indicações da operação seriam a coexistência duma hidrocefalia ou doutras malformações graves, paralisias ou perturbações notáveis da bexiga ou do recto. A ruptura da spina não é contra-indicação quando é recente e o líquido que se escôa não é turvo, e assim uma ulceração superficial necessita sómente duma desinfecção tão completa quanto possível.

Böttcher faz observar que a ruptura da spina-bífida é uma ameaça certa de morte e que se não arrisca nada tentando a operação, mas é evidentemente dum prognóstico mais grave nestas condições. Denucé entende haver interêsse em tentar a operação o mais cêdo possível, nos primeiros dias da vida. Os resulta-

dos operatórios são em geral pouco brilhantes. Hildebrand dá na sua primeira estatística 10 curas em 20 casos e na segunda 4 mortos em 14 operações; Böckenhaimer em 63 casos não operou senão 20, com 7 mortes; Böttchers em 64 casos refere 39 operações com 13 mortes e Buccheri em 27 casos operou 23 com 4 mortes.

As causas de morte são habitualmente: 1.º o choque operatório; 2.º o escoamento de líquido céfalo-raquidiano pela ferida, terminando quasi sempre por meningite; 3.º a infecção operatória ou post-operatória, acabando numa meningite; 4.º nos dias que se seguem à operação não é raro vêr sobrevir quer uma pneumonia, quer uma enterite; 5.º o aparecimento ou o agravamento rápido duma hidrocefalia pode também conduzir rapidamente à morte; 6.º enfim, as secções das partes nervosas durante a operação podem conduzir a a paralisias graves, quer dos membros, quer da bexiga ou do recto. Muitas crianças que teem uma cura operatória morrem às vezes duma infecção diferente. (Henle).

Para os mielomeningocelos a questão é muito delicada, não aconselhando Muscatello qualquer intervenção, em razão: 1.º das lesões medulares; 2.º do estado inevitavelmente infectado da «área», que é impossível desinfectar. Ainda que Bayer acuse sucessos operatórios, Denucé crê que, salvo talvez os casos



muito pouco extensos, vale mais não operar os mielomeningocelos.

De um modo geral, portanto, os autores são muito reservados pelo que diz respeito aos sucessos da intervenção sangrenta na spina-bífida. A mortalidade que se lhe segue, já grande imediatamente, cresce no futuro por tal forma que pequena percentagem fica de casos felizes de larga sobrevida e mais pequena ainda de sobrevida larga e sem perturbações graves.

A evolução natural das spina-bífida é condicionada pelas lesões da medula, pela presença de hidrocefalia e pela resistência à ulceração do revestimento do tumor. Por tudo isto é má nos mielomeningocelos, mórmente pela facilidade de infecção e lesões nervosas, motoras e tróficas, sôbre os membros inferiores. É melhor nos mielocistocelos, e particularmente nos casos de revestimento cutâneo forte, e naquêles, sobretudo, em que a medula está pouco lesada e situada profundamente em relação ao saco, ou seja na variedade anatómica — mielocistomeningocelo anterior. Com mais rasão, é favorável nos casos que clinicamente se podem diagnosticar como meningocelos.

Ora é precisamente nêstes casos de evolução menos grave, que os sucessos operatórios são mais freqüentes. De modo que o clínico vê-se colocado entre êstes dois argumentos: de um lado a possível benignidade da evolução natural e os perigos da cura opera-

tória, a contraindicarem a intervenção sangrenta; de outro lado, o possível sucesso desta intervenção a aconselha-la, para evitar uma evolução tardia e funesta da spina-bífida, quer por rutura do saco quer por acidentes de ordem nervosa.

De toda a maneira, o que parece estar assente é que, em todos os casos com larga participação da medula (e principalmente nos mielomeningocelos), a operação é inútil. Quer ela se faça, quer não, o doente está votado a uma morte certa, num praso mais ou menos longo, em regra bastante curto.

## Observação clínica seguida de intervenção

Os casos de spina-bífida não são raros entre nós. Quasi todos os anos veem à consulta de pediatria do Hospital um ou dois casos. O seu registo é despido de interesse quando se trata das formas típicas da deformidade, mielomeningocele com as 3 zonas clássicas mais ou menos diferenciadas, ou mielocistocele com o revestimento habitual de pele hipertricosada ou com naevi e reconhecimento da fenda vertebral lateralizada. Mas o registo dos casos de spina-bífida é sempre valioso, quando se trata das variedades que dão aspectos diferentes das formas típicas dos dois grandes grupos anatómicos. Está nesta situação a observação que vamos publicar.

Deolinda P., de 45 dias de idade, natural da freguesia da Madalena, concelho e distrito do Pôrto, filha de mãe aparentemente saudável, apresenta na região lombo-sagrada um volumoso tumor, pelo menos do ta-

manho da sua própria cabeça, tendo na metade superior um sulco mediano pouco profundo que divide o tumor, a esta altura, em duas partes proximamente iguais. Ao nível deste sulco sente-se uma dureza fibrosa. É recoberto por uma pele lisa, tensa, espessa, tendo por grande parte da sua superfície uma côr avermelhada (angiomatosa), em alguns pontos mais ou menos violácea. Na metade esquerda há um pequeno oval violáceo, coberto por uma fina película, à volta do qual a pele é mais espessa. Outro ponto semelhante do mesmo lado. Está implantado por um pedículo circular cujo diâmetro é de 6<sup>cm.</sup>,3, tendo um perímetro de 21<sup>cm.</sup> e distando inferiormente cêrca de 2<sup>cm.</sup> do vértice coccígeo. Nota-se um sulco de separação bem nítido entre o tumor e a região sôbre que está implantado. Êle recalca para diante e para baixo a saliência das nádegas que lhe formam como que um leito. As suas dimensões são: 12<sup>cm.</sup> no seu diâmetro vertical e 11<sup>cm.</sup>,3 no seu diâmetro transversal. A distância que vai da parte lateral do sulco de implantação até à parte mais acuminada é de 10<sup>cm.</sup>

A figura 3 dá bem ideia da forma e volume desta tumefacção, que à palpação se mostrava uniformemente tensa, elástica, renitente, dando a sensação de onda. Á percussão obtinha-se um som mate. A iluminação, devido à espessura das paredes, nada revelou.

O tumor tinha ao nascer (o parto decorreu normal, nascendo a criança em apresentação de pelve), mais de



Fig. 3

D. P. — Fotografia aos 45 dias de idade.

metade do volume presente, tendo já aproximadamente o volume da cabeça da criança. Cresceu contudo, depois do nascimento, em proporção igual ou superior à do desenvolvimento do doente.

Êste é uma criança regularmente constituída, tendo 4<sup>kg.</sup>,900 de pêso e 54<sup>cm.</sup> de altura. Há paresia dos esfínteres anal (defecações involuntárias muito frequentes) e vesical (basta que se pegue nela ao colo para urinar). A fontanela é normalmente tensa; com o choro ou tosse aumenta a pressão, assim como com a pressão enérgica da spina-bífida. Sensibilidade dos membros inferiores, normal. Reflexos, idem. Pés em talus, fácilmente redutível.

O aleitamento é materno. Do lado dos pais há antecedentes sifilíticos, pois que há oito anos o pai esteve no hospital (enf. n.º 6) com dôres ósseas, queda do cabelo, e dôres de garganta. A mãe teve, há 7 anos, uma ferida no terço superior e interno da perna esquerda, tendo-se tratado com injeções de benzoato com as quais curou. A êsse tempo e sempre desde então tem sentido dôres de garganta, por vezes cefaleias, etc. Do lado paterno ainda há a notar hábitos alcoólicos. Nada há de anormal nos avós. Todos os filhos mortos e os abortos que a mãe teve foram entre os três mais velhos e o doente. Há quatro filhos vivos, no total. Faleceram três de afecções intestinais aos 4 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> anos, 20 mêses e 9 mêses; teve dois nados-mortos, sendo um de 7 e outro de 8 mêses.

Observada na consulta do Serviço de Pediatria, instou a mãe pela sua entrada para o Hospital, para que a criança fosse operada. Foram-lhe expostos os perigos da intervenção, e declaradas as dúvidas sobre a marcha futura provável da deformidade. Quiz entrar, indo para a enfermaria 9 (Dr. Couto Soares) no dia 15, onde foi operada três dias depois.

Eis o relato da operação: Anestesia pelo cloroformio, estando a criança em decúbito ventral. Incisão circular a 2<sup>cm.</sup> do estrangulamento, abrangendo a pele. Por um pequeno golpe mais profundo saiu um jacto de líquido. Depois da saída dêste acabou-se a dissecação dos restantes planos e cortou-se, a 1<sup>cm.</sup> da pele, um feixe nervoso. A falha sagrada era pequena, abrangendo, todavia, a segunda e terceira vértebras, e dando assim suficiente saída a parte da cauda de cavalo. Com um ponto mediano abrangeu-se então a aponevrose e planos profundos, dum e doutro lado. O mesmo para dois pontos laterais. Terminou-se por pontos cutâneos de sutura e agrafes.

A peça anatómica que resultou da excisão era um saco do centro do qual partia um feixe nervoso formando um pedículo constituído por uma massa de filetes, envolvidos uns pela serosa, encostados outros só externamente. Iam aderir em leque, irradiando do centro, estendendo-se as terminações até quási à periferia. Na parte média superior a espessura das várias camadas era maior, o mesmo se dando na parte inferior. Algumas

fibras, mais grossas, vinham prender-se ao polo superior formando feixes. (fig. 4). Tomando a peça operatória pelo feixe nervoso, assemelhava-se a um guarda-chuva voltado (fig. 5).

Remetida (a pedido do Ex.<sup>mo</sup> Prof. Almeida Garrett), ao Laboratório de Anatomia Patológica da Facul-

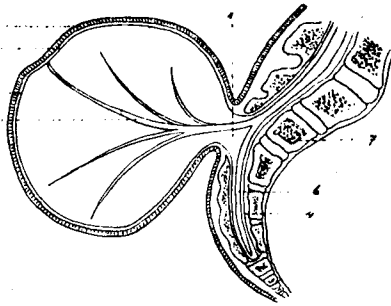


Fig. 4

- 1 — Fenda sagrada.
- 2, 3 — Pele e tecido celular sub-cutâneo.
- 4 — Camada serosa.
- 5 — Principal feixe nervoso, situado na linha mediana.
- 6 — Feixe da cauda de cavalo.
- 7 — Segunda vertebra sagrada.

dade, o seu exame mostrou que a parede do saco continha a pele com tecido celular bastante espesso, a aponevrose, e uma camada serosa constituída pela aracnoidea e pia-mater, na qual se vinham perder, ramificando-se, as terminações dos nervos que formando primeiro um feixe, depois se separavam em leque, com preferência de direcção por uma linha mediana e ver-



tical; era nessa linha de direcção que a última camada apresentava maior espessura.

Os resultados imediatos da operação foram bons. A criança apresentava-se bem disposta, tendo tido pequenas elevações de temperatura durante alguns dias, e nada mais. Por requisição da mãe, a criança saiu no dia 30 do mesmo mês, já com a cicatriz operatória quási perfeitamente formada.

Procurei mais tarde saber quais os resultados mediatos, e eis os informes que os pais me deram: Que passados dias principiou a não conhecer as pessoas dando-lhe uns ataques (?) que se repetiam quási todos os dias, deixando-a muito pálida e com abundantes suores. Passadas 3 semanas deu-lhe um ataque com o qual faleceu passados uns 4 dias. A criança apresentou, pouco depois de retirar do Hospital, as coxas em flexão sôbre o abdómen e as pernas sôbre as coxas, (enganchadas, no dizer dos pais) apresentando os pés livres movimentos para qualquer lado. A quando do último ataque a criança ficou inteiriçada, formando arco de concavidade posterior, tendo perdido ao mesmo tempo a vontade de mamar. Tinham-se dado, pois, pouco tempo decorrido sôbre a intervenção, perturbações motoras graves, principalmente dos membros inferiores, acompanhadas de fenómenos gerais, e terminando pela morte da criança, cêrca de um mês depois da operação, com manifestações de um estado tetanoide.

\*  
\*   \*   \*

Em primeiro lugar, qual o diagnóstico da presente observação?

A primeira distinção a fazer era a relativa ao diagnóstico singelo de spina-bífida, separando esta de certos tumores congênitos não comunicando com o canal raquidiano, particularmente situados na região sacro-coccígea. Mas a tumefacção não era irregularmente mamilonada e de pele quási normal; pela palpação êstes tumores são de desigual consistência, correspondendo isto ao facto de geralmente haver bosseladuras, sendo o tumor irregularmente lobulado, formado por partes sólidas e líquidas; também não há nestes casos qualquer perturbação nervosa dos membros inferiores, havendo sempre integridade esfínteriana; estes tumores não são nunca reductíveis, ainda que parcialmente, não se tendendo o tumor pelos esforços nem se aumentando nunca a tensão da fontanela; pela palpação exterior obtem-se ainda a certeza das suas conexões com o esqueleto, para diante ou para trás do coccis.

Ora, no nosso caso tratava-se dum tumor aproximadamente oval, de configuração regular coberto por uma pele com numerosas manchas angiomasosas. Era uniformemente tenso, elástico, dando a sensação de onda bem nítida. Havia incontinência esfínteriana vesical e anal. Com os esforços, chôro ou tosse, aumentava-se

um pouco a tensão da fontanela, o que também sucedia com a compressão do tumor. Os pés encontravam-se em talus, o que, como sabemos, é extremamente frequente, ainda que êste talus fôsse neste caso fácilmente reductível.

Era pois fácil estabelecer um diagnóstico de spina-bífida, com grande saco contendo líquido. E a propósito notaremos que, se é muito simples diagnosticar a spina-bífida com tumefacção, ou seja, com hernia, na ausência de qualquer massa extra-raquidiana, já o diagnóstico no caso inverso pode ser difícil. Muitas vezes é quasi impossível precisar se no centro do pedículo profundo dum grande neoplasma sólido ou poliquístico, na região mais profunda dum lipoma, dum quisto hidático ou dum simples abcesso, existe ou não um canal de comunicação com o interior do ráquis fendido a essa altura. Dever-se-há investigar sempre com cuidado a presença dos tubérculos ósseos laterais e especialmente a existência de perturbações nervosas que nos possam indicar qualquer relação com a medula e raízes.

Mas, de que variedade anatómica se trataria? A situação da fenda do canal raquidiano, ao nível do sacro, obrigava a pôr de parte sem mais considerações, o mielomeningocelo, isto é a participação da medula na parede do saco. A medula, por ocasião do nascimento, desce apenas até à 3.<sup>a</sup> vértebra lombar. Igual consideração porém leva também a regeitar a hipótese

de mielocistocelo. Como havia de existir um saco formado à custa da medula, mais ou menos inteiramente, se ela não estava ao nível da fenda raquidiana? Se

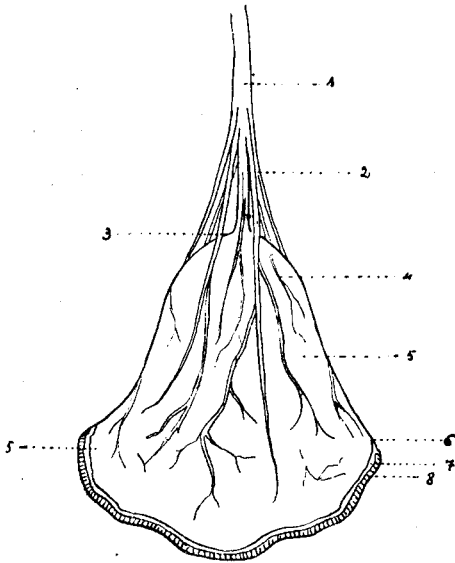


Fig. 5

- 1 — Feixe de nervos.
- 2 — Ramos nervosos separando-se do feixe primitivo.
- 3 — União à parede de um feixe nervoso.
- 4 — Filetes encostados à serosa.
- 5 — Serosa revestindo internamente o saco.
- 6 — Corte da camada serosa.
- 7, 8 — Pele e tecido celular sub-cutâneo.

havia lesões medulares, elas não podiam estar ligadas imediatamente à deformidade. De modo que, nas regiões sagrada e lombo-sagrada, buscando nas classificações

anátomo-clínicas das diversas formas de spina-bífida, uma em que colocar êste caso, só encontramos a forma clínica de meningocele, aqui imprópriamente aplicável, porque o saco continha elementos nervosos, e em grande quantidade.

Êsses elementos nervosos não entravam e saíam do saco, para continuarem o seu trajecto normal; perdiam-se na parede do saco. E é curioso desde já notar que, apesar de tal se dar, a evolução que o caso teve depois da intervenção, parece mostrar que nem assim a resecção dêsses elementos deixa de ser altamente prejudicial. O doente não apresentava, antes da operação, qualquer perturbação motora dos membros inferiores, e depois da operação as perturbações apareceram, a breve praso e muito graves. Seria por conexões importantes, feitas pela parede do saco?

Não se tinha podido verificar, ou melhor vêr, antes de intervir, a presença de nervos dentro do saco contendo líquido. Mas podia-se afirmar a sua existência, de uma maneira positiva, pela depressão mediana que a superfície do tumor apresentava, e que é indício seguro da existência de um elemento intra-raquidiano, que se vem prender à face interna da parede do saco. É um sinal precioso, quando existe, de que a parte herniada não é constituída apenas, como nas formas consideradas como meningocelos, pela pele e envólucros da medula. O diagnóstico anátomo-patológico correspondeu ao diagnóstico clínico, devendo-se insistir

(como neste caso se fez no serviço de Pediatria) na importância dêste sinal — a depressão de um ponto do saco —, porque êle não vem mencionado com o valor que deve ter nos livros de cirurgia infantil.

Quanto ao prognóstico, foi mais severo do que era lícito futurar. É um exemplo de como êle deve ser reservado, mesmo quando os casos se apresentam como operáveis.

## VI

### Conclusões

De caminho fomos fazendo o resumo do que a leitura dos tratadistas nos informa sobre as dificuldades do diagnóstico e sobre a gravidade do prognóstico das diversas formas de spina-bífida. Agora, para evitar repetições, queremos somente ligar o que ficou exposto com os ensinamentos dados pela observação que acabamos de relatar, aproveitando desta, especialmente, o que pode interessar ao estudo sistemático das spina-bífida.

As classificações de spina-bífida, quer as clínicas, aproveitando os três tipos de Recklinghausen — mielomeningocelo, mielocistocelo simples ou com saco líquido extra-medular, e meningocelo —, quer as que, cingindo-se à anatomia patológica, regeitam esta última forma, foram feitas para as spina-bífida com sede em qualquer altura do ráquis em que exista medula.

Não entram em linha da conta com os casos em que a fenda óssea reside no sacro.

Não sabemos se há meningoceles puros, com esta sede sagrada. As observações publicadas, na generalidade, dizem haver elementos da cauda de cavalo no saco, mais ou menos pediculado, que forma a hernia da spina-bífida sagrada. Não pudemos rebuscar o bastante para concluir da freqüência da disposição anormal da cauda de cavalo, existente no nosso caso. Vimos que, ao falar da intervenção operatória, dos cuidados que requer, aconselham a poupar as raízes nervosas terminais, reduzindo-as se estiveram normais, ou adoptando o processo de Murphy, que reseca as partes atrofiadas e sutura as duas extremidades antes de as reduzir. Parece pois que as referências são aos nervos que entram e saem do saco, sem terminarem na sua parede. Seja como fôr, parece-nos que no capítulo das formas de spina-bífida, se deve abrir um sub-capítulo especialmente destinado às spina-bífida da região sagrada, visto que a classificação seguida por todos os autores se baseia na presença de medula ao nível da deformidade.

Em face de um caso de spina-bífida, o clínico tem de tomar um dos dois partidos seguintes: ou deixar a deformidade seguir a sua evolução natural, ou intervir cirurgicamente pela excisão do saco. Julgamos a operação contra-indicada em todos os casos em que houver grandes lesões medulares, e implicitamente portanto



nos mielomeningocelos. Nos mielocistocelos com graves perturbações nervosas, ou com hidrocefalia, o método sangrento não poderá dar resultados úteis. Estes só poderão ser colhidos nos casos em que não existam tais sinais de gravidade. Mas, a somar aos perigos imediatos ou quási imediatos da intervenção, há que contar com o desenvolvimento de uma hidrocefalia e com lesões nervosas levando à impotência funcional e à morte. É de regra para as evitar, poupar o mais possível os elementos nervosos, o que é muito difícil quando se trate de sacos contendo a medula, como nos mielocistos aderentes, naqueles em que a «área» é posterior encontrando-se de cada lado da linha média a origem das raízes medulares. Nas spina-bífida da região sagrada as mesmas precauções são de preceito. Mas o nosso caso vem mostrar que elas devem ser tam severas, que até os filetes nervosos que se perdem no saco talvez devam ser conservados; e ainda procedendo assim, não está assegurada, em absoluto, a futura ausência de perturbações nervosas. Porque, não sabemos se procedendo-se assim, teriam deixado de se produzir as graves lesões que levaram à morte no nosso caso.

De modo que, para terminar, só fica como indicação clara da intervenção, as formas clinicamente puras de meningocelos, como os que se observam na região cervical. O que não quer dizer que se não recorra à cura sangrenta, nos demais casos que acabamos de apontar, como um recurso extremo, quando as dimen-

sões do saco, ou uma marcha evolutiva desfavorável, levem à convicção de que o portador da deformidade não poderá ter uma longa sobrevivência.

---

VISTO

*Almeida Garrett,*  
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

*Lopes Martins,*  
Servindo de Director.

## BIBLIOGRAFIA

---

- A. A. COSTA FERREIRA — As manchas pigmentares e a spina-bífida, in-*Movimento médico*, n.º 1 de 1910.
- A. LE DENTU ET PIERRE DELBET — Nouveau traité de chirurgie, — vol. XIV — Maladies de rachis et de la moelle, par Maurice Auvray et Albert Mouchet — Paris, 1913.
- BROCA — Chirurgie infantile — Paris, 1914.
- COMBY — Traité des maladies de l'enfance — Paris, 1907.
- CUSTÓDIO CABEÇA — Tratamento da spina-bífida, in-*A Medicina Contemporanea* — Série II, vol. IV, 1901.
- C. H. MONOD ET J. VANVERTS — Traité de technique opératoire — Tome I — Paris, 1907.
- DIAS D'ALMEIDA — Cura (a) radical da spina-bífida, in-*Gazeta Médica dos Hospitais do Pôrto* — 2.º ano, 1898-1899.
- H. DE ROTHSCHILD — Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du 1.º age — Paris, 1904.
- KIRMISSON — Traité de les maladies chirurgicales d'origine congénitale — Paris, 1898.
- JOSÉ DE ABREU — Spina-bífida — Tese de Lisboa, cit. in-*A Medicina Contemporanea* — Série II, vol. IV, 1901.
- LE GENDRE & A. BROCA — Thérapeutique infantile — Paris, 1908.
- M. DENUCÉ ET NOVÉ JOSSE RAND — La pratique des maladies de enfants: T. VIII — Chirurgie du crane, du rachis, du thorax, du bassin et des membres, orthopédie — Paris, 1913.
- RAMOS DE MAGALHÃES — Spina-bífida (um caso), in-*Gazeta Médica dos Hospitais do Pôrto* — 1.º ano, 1897-1898.