

6 Novembro de 1930 horas

VI

Presid. prof. ~~Santh~~

Supl. prof. | Bate Pereira
Romalho

JULIAO VALENTE DOS ANJOS

Vofais prof. } 2.ª feira
Salazar

Hernias do encefalo

(Breve estudo clinico)

Tese de doutoramento apresentada

á

Faculdade de Medicina do Porto

21616 FMP

---:---:---:---

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director

Dr. José Alfredo Mendes Magalhães

Secretário

Dr. Hernâni Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Higiene.....	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Patologia geral.....	Dr. Alberto Pereira Minto de Aguiar
Patologia cirúrgica.....	Dr. Carlos Alberto de Lima
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Terapeutica geral.....	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia patológica.....	Dr. António Joaquim de Sousa Junior
Clínica médica.....	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Anatomia descritiva.....	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clínica cirurgica.....	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria.....	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Medicina Legal.....	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Histologia e Embriologia..	Dr. Abel de Lima Salazar
Pediatria.....	Dr. António de Almeida Garrett
Patologia médica.....	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doenças infecciosas.....	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia cirurgica.....	Dr. Hernani Bastos Monteiro
Clínica obstétrica.....	Dr. Manuel António de Moraes Frias
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia.....	Vaga
Parasitologia e doenças parasitarias.....	Vaga

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

EXAMEN DE LICENCIATURA NAS DOCTRINAS EXPENDI-
DA DISSERTAÇÃO.

Artº 158 2º §

Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro

HERNIAS DO ENCEFALO

Defenição e classificação

As hernias do encefalo são mal-conformações ordinariamente de origem congenita e de frequencia bastante rara. Estas hernias formam no couro cabeludo tumefações de vários tamanhos que podemos classificar de 3 formas: se a tumefação é constituída sómente pelos envólucros do cerebro contendo liquido chama-se meningocele; se alem de liquido contem substancia cerebral mais ou menos modificada ou mesmo outros elementos sólidos dá-se-lhe o nome de encefalocelo e se existe no interior da parte sólida uma cavidade mais ou menos distendida por liquido classifica-se de hidrencefalocelo.

Assim, dizemos que ha três variedades de hernias do encefalo: meningocele, encefalocelo e hidrencefalocelo.

Histórico - Embora os cefalocelos sejam bastante raros e passem muitas vezes sem serem diagnosticados, já apparecem mencionados por Albaculus e Paul d'Égine tendo recebido

o nome de Corvinus em 1749. Até ao começo do século XIX eram tomados por tumores perfurantes do craneo como se pode ver na memória apresentada por Louis de Brocq de Cirurgia de Paris em 1766.

Foi Geoffroy Saint-Hilaire que fez desaparecer este erro. Seguiram-se depois vários trabalhos sendo o mais importante o de Berger, de 1840, onde indica a etiologia que foi definitivamente suprimida. Devemos mencionar também Mascarello pois tem os trabalhos trabalhos sobre o assunto e Finger que muito contribuiu para o conhecimento e tratamento cirurgico dos osteomiossarcomas da base do craneo.

Frequencia - Como já dissemos, uma afecção rara. Treint, num curso da Faculdade deu a estatística de 5 casos em 13.900 partos. Segundo Large encontrou mais frequencia nas raparigas que nos rapazes e essa proporção aproximada de 3 para 1. Vines em 3.000 partos observou

hernia cerebral uma vez; Miller encontrou 42 casos num total de 122.430 crianças o que dá um cefalocelo para 3.000 doentes.

Patogenia - As teorias patogenicas do encefalo podem ser divididas em teorias fetais e teorias embrionárias.

Teorias fetais - a) Segundo Niemeyer e Klementowsky a causa dos cefalocelos seria uma ossificação retardada e irregular dos ossos do craneo, verdadeiro craneo-tabes fetal que poderia terminar ^{em} perfurações craneanas pelas quais o encefalo faria hernia.

- b) Segundo Talko, Hirsprung, Küster, tratar-se-hia pelo contrario duma ossificação precoce de certas suturas forçando o cerebro a escapar-se por outros pontos ainda não ossificados.

- c) Segundo Ackermann, o cefalocelo teria dois modos patogenicos absolutamente diferentes.

Quando a substancia encefalica no tumor, ex-
 plicar-se-hia por uma lacuna preexistente
 e saida ulterior do encefalo por este orificio, quando na
 no tumor, no centro do qual se achava um ponto
 tendo liquido, o tumor perfurava-se para se escapar
 no exterior, e a abertura se fechava depois da
 perfuracao. Em alguns casos, a perfuracao
 ha perfuracao primitiva e a abertura se fecha

- O Dr. Spring, segundo Spring, a perfuracao craniana se-
 ria a causa da hidropisia e reconhecida a causa da hidrop-
 isia limitada, apresentando, de acordo com a sua idade, as diferen-
 tes variedades de hidropisia. A hidropisia circunscrita
 da arachnoide, diz-se que se apresenta em alguns casos
 determinados, depois de ter ocorrido a reabsorcao e
 fusão do tecido osseo do craneo, no ponto que lhe dá origem

ponde a hernia das meninges (meningocelo), podendo depois sair tambem uma parte do cerebro ou do cerebello (encefalocelo).

A hidropisia parcial duma das cavidades ventriculares depois de ter corroido a parede craneana no ponto que corresponde ao ventriculo, determinaria a hernia da parte dos centros nervosos que a serosidade distende, constituindo assim um kisto formado pela substancia nervosa do encefalo e limitando uma cavidade central em comunicacão com um dos ventriculos. Assim se formaria o hidrencefalocelo.

Esta teoria foi a que teve mais sucesso mas nem sempre corresponde aos casos observados.

Por exemplo M. Malis cita um caso de hidropisia colossal dos lobos occipitais dos dois hemisferios cerebrais donde por consequencia deveria existir, segundo a teoria

de Spring um cefalocelo occipital, mas que na realidade, apresentava uma hernia compacta dos lobos frontais: encefalocelo naso-frontal. O mesmo auctor cita ainda um outro caso de encefalocelo occipital que está tambem em completa contradicção com a teoria de Spring .

Teorias emorionarias

Desde 1820, Geoffroy Sanit-Hilaire e mais tarde Serres Leriche admitiram que os cefalocelos tinham origem no periodo embrionário.

Neste caso, como em todas as hernias congenitais não são, dizia o primeiro deste autores, as visceras que deixam as cavidades já existentes, mas as visceras que ficam no proprio lugar da sua produção, á volta das quais nenhuma cavidade se forma. Fazendo saliencia e sendo mantidas exteriormente elas opõem obstaculo ao desenvolvimento possível das partes que as haviam de conter.

Depois, quando sobreviesse a ossificação, esta produzir-se-ia á volta da saliência considerada e o orificio osseo formar-se-ia duma maneira semelhante aquelles que dão passagem aos nervos e aos vasos.

Na realidade o encefalo ou as meninges não saem do craneo e portanto não ha hernia secundaria mas sim ectopia primitiva.

que em ultimo lugar mencionamos encontram-se no trajecto da primeira fenda branquial. No caso de orificio occipital pode-se observar a extensão dele até interessar as primeiras vertebrae cervicais havendo então uma associação de cefalocelo e spina-bífida. A séde na protuberancia occipital externa ou acima dela (no lugar do osso wormio de Kerkringne) não é rara; a séde na fontanela posterior ou na sutura sagital é excepcional, e na grande fontanela nunca se encontra.

Envolucros - O pericraneo e as meninges existem mas é excepcional que tenham mantido os seus caracteres normais. Apresentam-se mais ou menos confundidos uns com os outros. É igualmente raro que sejam totalmente ausentes. Indo de fóra para dentro, os envolucros são constituídos por: pele mais ou menos angiomatosa, lipomatosa, glabra, ou pelo contrário, trofica

e como que fusionada a uma lamina fibrosa que é formada pela pia-mater e a aracnoide espessadas e não pela dura-mater ausente aqui como na spina bifida.

A pia-mater e aracnoide sofrem algumas vezes um espessamento enorme constituindo uma massa gelatiniforme, de malhas cheias de serosidades, d'aspecto mixomatose semelhante a gelatina de Wharton.

Conteúdo - Temos de considerar as 3 formas seguintes: 1º O meningocele cujo sacco, formado pela distensão das meninges não contém senão liquido cefalo-raquidiano esta forma é bastante rara; 2º o encefalocelo caracterizado pela presença, dentro do sacco, duma massa nervosa compacta que se considerava até ha pouco uma verdadeira hernia do encéfalo; 3º o hidrencefalocelo em que se encontra, no interior do sacco meningeo uma porção encefalica cavada, cujo interior (cavidade ventricular) está

distendida pela acumulação de liquido que comprime excentricamente a substancia nervosa e redu-la a um delgado folheto, por vezes só identificado ao microscopio. Assim podemos dizer que muitos meningocelos não são mais que o terminus da evolução lenta dum hidrencefalocelo. Esta classificação esquematica não é rigorosamente anatomica: tomam-se algumas vezes por meningocelos tumores em que o adelgaçamento da camada nervosa é tal que parece uma parede serosa; por outro lado o encefalocelo verdadeiro é muito raro fazendo-se por vezes este diagnostico quando na realidade se trata de infiltrações gelatiniformes da pia-mater ou de neoplasmas do cerebro.

Sintomas e diagnostico

As obras clássicas dão sinais muito precisos, teoricamente, não somente dos cefalocelos, o que não é muito di-

fícil de diagnosticar, mas também os que caracterizam as 3 variedades. Entretanto, embora isso aconteça algumas vezes, é muito frequente não se poder fazer o diagnóstico preciso senão durante a operação, na autópsia ou mesmo sómente com o auxílio do microscópio.

Um cefalocelo em geral, é um tumor congênital do craneo, ocupando um dos logares já mencionados e comunicando com o interior do craneo. O seu volume aumenta mais ou menos rapidamente. A palpação faz-nos sentir o orifício osseo do craneo por onde o tumor comunica com o seu interior. Se isto não se consegue pode-se puncionar o tumor tomando-se assim o orifício mais acessível á palpação. A assimetria ligeira do craneo é uma circunstancia que nos deve fazer pensar num cefalocelo. Pode dar-se o caso que o tumor perca a comunicação com o interior do craneo mas o orifício osseo persiste.

Os sinais do meningocelo são os seguintes: um pedicelo liso e largo, a superfície do tumor é lisa os tegumentos são tensos, brilhantes. Se o tumor existe no couro cabeludo, uma orla de cabelos, somente, cerca a sua base. É transparente á luz, pela palpação sente-se flutuação e o orificio osseo do craneo. Os gritos e esforços da creança aumentam a tensão e o volume do tumor.

A pressão constante diminue algumas vezes o seu volume até desaparecer completamente, mais geralmente esta manobra incomoda muito a creança produzindo-lhe os seguintes fenomenos cerebrais: gritos, vômitos, convulsões, estrabismo, etc. o que prova a sua comunicação com o craneo. Pode-se recorrer a um processo que tem a vantagem de não ser doloroso. Aplica-se um dedo na grande fontanha e a outra mão percute o tumor. O choque transmite-se pelo

líquido e a gente sente-o na grande fontanela o que prova a comunicação do tumor com o crâneo.

Ha autores que embora encontrem todos os sinais acima enumerados negam a existencia de meningocelo puro dizendo que não se trata mais que dum hidrencefalocelo muito distendido.

O encefalocelo apresenta-se com os sinais seguintes: tumor sessil cujo pediculo sae do crâneo. A pele que o recobre é normal. Existindo no couro cabeludo só tem cabelos na base; apresenta pulsações isocronas ao pulso; é indolor, mole, e o mais das vezes pastoso e sem fluctuação. Durante o repouso diminue ordinariamente (mas no entanto menos que o meningocelo) e pode mesmo reduzir-se (por ser sessil); aumenta com os esforços e gritos (menos que no meningocelo). A pressão ligeira não origina dôr nem mal

estar mas uma pressão mais forte determina sintomas cerebrais; dilatação da pupila estrabismo, perda de conhecimento ou sonolencia, paralisia, anastesia, raramente convulsões.

O hidrencefalocelo - é um tumor irreductivel, ligeiramente transparente e fluctuante à palpação.

Sente-se o seu orificio de saída na base do tumor. Os movimentos e esforços não influem no seu volume; a pressão é indolor, produz-se uma pequena diminuição do seu volume mas não ha fenomenos nervosos. A espessura da camada nervosa varia e algumas vezes não se vê senão com o auxilio do microscopio. A quantidade de liquido tambem é muito variavel. Vê-se que os sinais relativamente ás outras duas variedades são negativos: não é doloroso, a sua pressão não provoca sintomas cerebrais, não ha tensão com os esforços, não ha pulsações, é ir-

reductivel.

A marcha dos cefalocelos seria progressiva nos menin-
gocelos e hidrencefalocelos (nestes principalmente) e pa-
ra os encefalocelos não, ordinariamente, porque segun-
do os factos observados conservam-se estacionarios ou
quando muito, aumentam de volume ligeiramente num espa-
ço de tempo muito longo.

Então, como temos já dito, apesar de todos estes si-
nais, o diagnostico fica frequentemente incerto quanto
á categoria do tumor, tanto mais quanto é certo que
nem sempre as variedades referidas apresentam a forma
esquemática que acabamos de mencionar.

E além desta dificuldade temos de pensar sempre nas
afecções de outra origem que aparecem frequentemente
com o mesmo aspecto e forma nas mesmas regiões. Pode-
se, por exemplo confundir um cefalocelo com o cefale-
matoma, mas este ultimo aparece quasi sempre após o

nascimento. Pode-se dar o caso de o encontrarmos já numa criança que acaba de nascer, mas fazendo incidir o nosso interrogatorio sobre a maneira como se deu o parto veremos que ele se deu anormalmente tendo-se realizado manobras que traumatizaram a cabeça do feto. Alem disso, o cefalomatoma existe em um dos parietais, mais frequentemente no direito; não é reductivel; diminue espontanea e rapidamente e é limitada pelas suturas. Durante os primeiros dias é um tumor não doloroso e fluctuante e depois começa-se a notar um bordaleta osseo. Nos casos duvidosos faz-se uma punção exploradora que pode tirar-nos todas as duvidas não pelo líquido que nos fornece mas tambem, pelo esvaziamento que se faz, por tornar o exame da tumefacção mais facil. Esta tumefacção longe de não aumentar diminue lentamente até desaparecer completamente.

O angioma tem-se prestado tambem a erros de diagnos-

tico, mas raramente existe na linha media, não é pediculado; não apresenta caracteres nem sintomas de comunicação com o interior do craneo; é muitas vezes corado de violeta, vermelho etc.

Os kistos dermoides e kistos serosos podem aparecer nas mesmas regiões em que aparecem os cefalocelos, mas são aderentes ás partes profundas e independentes da pele.

Além disso, são sesséis e os fenómenos cerebrais faltam durante a compressão; aumentam do volume muito mais lentamente que os cefalocelos e a sua região predilecta é o angulo externo da orbita, cauda da sobrancelha, regiões onde os cefalocelos quasi nunca se encontram. Os kistos dermoides podem existir na grande fontanela o que é extremamente raro nos cefalocelos. Se estes são anteriores (cefalocelos sincipitais) nota-se um alargamento do nariz o que não acontece nos kistos dermoides. Mas

ainda que haja um erro de diagnostico entre estas duas afecções, o mal não é grande porque ambos se tratam cirurgicamente. O mesmo não acontece com os angiomas porque tal erro poderia ser fatal. Eguamente as pontas de fogo feitas num cefalocelo que se julgava um angioma originaria uma meningite mortal(caso de M. Balassa).

Os abscessos craneanos, qualquer que seja a sua causa, (traumatismos, carie) apresentam muitas analogias com os cefalematomas e por consequencia com os cefalocelos. Tem a mesma forma arredondada, a mesma consistencia, o mesmo rebordo osseo a periferia. Duma maneira geral, o abscesso é menor e não tem região de predileção na abobada craneana e aparece em qualquer idade. Abandonado a si proprio dá primeiro rubor progressivo, adelgaçamento da pele e evacuação do pús.

Uma complicação bastante frequente e perigosa dos cefalocelos é a hidrocefalia. Não é um efeito da malconformação mas acompanha-a muitas vezes.

Ela sobrevem depois da operação e mesmo antes dela se fazer e mata o doente num espaço de tempo variavel.

Quando dei a defenição de cefalocelo disse que era uma malconformação de origem congenita ordinariamente.

Fiz esta restrição porque os ha adquiridos. Estes reconhecem uma etiologia traumatica, traumatismo que se dão nos partos laboriosos ocasionados pelas manobras obstetricas, quedas, pancadas, etc. Assim se produz uma fractura do craneo e uma laceração da dura-mater. É por isso que os bordos do orificio osseo são recortados e não lisos como nos cefalocelos de origem congenita, não é redondo e o cerebro apresenta um verdadeiro prolapso.

Esta variedade é verdadeiramente rara. De resto a operação é igualmente necessária.

Prognóstico

O prognóstico dos cefalocelos abandonados á sua evolu-
ção espontanea é dos mais graves porque é fatal. Com efei-
to, na maioria dos casos, após um periodo de tolerancia
que não excede alguns dias, algumas semanas ou alguns me-
zes, o tumor ulcera-se, inflama-se, infecta-se e uma me-
ningo-encefalite declara-se vitimando o individuo. É muito
excepcional que haja uma sobrevivencia de 10, 15, 20 anos.
Larger cita 15 casos de grande sobrevivencia, mas certa-
mente tratava-se não de verdadeiros cefalocelos mas certa-
mente de kistos dermoides.

Os cefalocelos mais benignos são os encefalocelos
de pequeno volume, sem tendencia a aumentar e recobertos
duma pele normal. A estatistica apresentada por Miller
dá 39 falecimentos em 42 casos que observou. Uns poucos
morreram de hidrocefalia e 26 de doencas intercorrentes
e fraquesa congenital. É excepcional que os doentes por-
tadores destes tumores atinjam a idade adulta.

Das 3 variedades o mais frequente é o encefalocelo, depois vem o hidrencefalocelo e por ultimo vem o meningocelo puro que é extremamente raro.

O prognóstico das 3 formas é grave porque o sacco distende-se de cada vez mais e rebenta ou ulcera-se. Em qualquer dos casos sobrevem uma infecção e morte por meningite.

Lissenkoff é de opinião que todo o cefalocelo, mesmo de pequeno volume, não operado, constitue um perigo e que portanto todos devem ser operados. Insurge-se contra a opinião bastante espalhada de que os doentes portadores desta afecção são ou virão a ser fatalmente idiotas. Ele demonstra que tal coisa não acontece relatando o exito que obtive operando 2 creanças que tinham respectivamente 8 e 9 anos que não ficaram menos inteligentes que as creanças da sua idade sendo a segunda muito viva e inteligente ape-

sar de o tumor ser dum volume bastante grande. Cita também observações de adultos que eram portadores destes tumores e que não são idiotas.

No entanto Larger encontrou em 15 casos de adultos: 5 casos de idiotia (encefalocelos occipitais), os 10 restantes (encefalocelos sincipitais) eram normais. Larger e outros autores notaram que os tumores da região occipital são mais graves porque as exencefalias verdadeiras existem mais frequentemente nesta região, o que torna o perigo operatório maior nesta região, que nos tumores sincipitais.

É evidente que o exito do tratamento cirurgico depende da região em que existe o cefalocelo e muito principalmente da substancia nervosa que o forma. É precisamente devido a isto que a compressão feita no tumor nem sempre provoca os mesmos sintomas.

Tratamento

O tratamento do cefalocelo tem sido tratado, empregando-se varios processos, mas os efeitos foram tão desastrosos antes da antiseptia que os mais ousados cirurgiões aconselhavam a abstrução de qualquer intervenção.

Eis os processos antigos mais usados: usavam-se a compressão sobre o tumor para conseguir a redução dele para dentro do craneo, como nas hernias intestinais (Taxis).

Este metodo alem de ser doloroso não dá resultado porque geralmente o encefalocelo e o diârencefalocelo são mais largos que o orificio osseo de saída constituindo por assim dizer uma hernia irreductivel e mesmo no meningocelo embora a redução se obtenna, o liquido volta desde que termine a compressão. As punções repetidas tambem não dão resultado porque o liquido reproduz-se continuamente. Empregava-se a injeção de tintura de iodo no interior do tumor que originava muitas vezes a morte. A incisão simples, o esmagamento, a laqueação do tumor não dão tam-

bem resultado. Estes processos abrem a porta á infecção, tão temivel nesta região; dilaceram os tecidos e diminuem a sua vitalidade retardando consequentemente a cura.

Assim muitos autores evitavam todo e qualquer tratamento deixando o doente entregue á sua triste sorte enquanto que outros mais ousados praticavam a excisão sobretudo quando o tumor era volumoso, mas os resultados, nas duas atitudes eram os mesmo porque se na primeira o tumor se abria espontaneamente infectando-se e originando uma meningite que vitimava o doente na segunda havia a mesma meningite produzida pela infecção operatoria.

Foi a antisepsia que mudou completamente o tratamento e actualmente é á intervenção cirurgica que se recorre e com bom exito; no entanto ainda na alguns autores e entre eles o prof. Heath que não aconselha a operação. Larger que em 1877 já a aconselhava nunca a fez.

A excisão foi praticada pela primeira vez, no regimen da antiseptia, é claro, em 1881 por Sklifassowsky em Moscon.

O doente era portador dum encefalocelo occipital e tinha 9 mezes de idade e curou. O operador inspirou-se no processo da cura radical das hernias.

Com os grandes processos da cirurgia moderna os insucessos operatorios são diminutos sendo portanto conveniente operar todas as exencefalias desde que não haja contra-indicação.

Contra-indicações operatorias

quando a massa encefalica herniada é formada por uma grande parte do cerebro, parecendo mais uma ectopia que uma hernia, e quando não se pode reduzir fazendo-se entrar na caixa craneana, tendo perdido o direito de domi-

cílio, é evidente que a operação é contra-indicada.

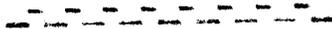
-Não se opera quando a criança é portadora doutras malconformações incompatíveis com a existencia; quando o craneo apresenta uma grande assimetria ou deformação indicando uma alteração consideravel do encefalo.

Não se devem operar tambem as crianças com temperatura superior à normal; com uma doença aguda ou apresentando inflamação das vias lacrimais, otite, coriza, conjuntivite purulenta, eczema ou outras supurações da face sobretudo na operação das hernias sincipitais. É preciso afastar em primeiro logar a causa possível da infecção e operar em seguida.

Indicações operatorias. Deve-se operar todos os casos não compreendidos nas circunstancias anteriores escolhendo sempre uma ocasião em que o estado geral da criança seja o melhor possível. A criança a operar não

deve ter menos de 1 mês por dois motivos principalmente: 1º porque no espaço de um mês pode-se observar a cura espontânea da exencefalia e 2º porque só no decorrer do segundo mês é que o estado de nutrição do doente está assegurado.

Deve-se intervir imediatamente sem atender á idade nos casos em que a pele do tumor se infectou e ulcerou, nos casos em que o tumor rebentou e que a temperatura nos leva a suspeitar duma infecção secundária.



As hernias sincipitais apresentam mais perigos post-operatorios que os occipitais. O praso não pode ser tão volumoso como deveria ser, não se pode tapar o nariz duma criança que ainda mama e alem disso a tendencia dos doentes a tirar o penso que lhe recobre os olhos aumenta os perigos duma infecção. É preciso conservar a boca e

e fossas nasais escrupulosamente limpas.

Técnica operatoria

Anestesia-se o doente com cloroformio ou eter e desinfecta-se rigorosamente o campo operatório. A anestesia geral tem muitas vantagens porque a criança não sofre, não grita, não faz esforços o que é muito favorável á operação porque a congestão cerebral e a tensão nitro-craneana não aumenta.

Depois traça-se uma incisão interessando a pele, á volta do tumor, de forma a isolar dois retalhos que reunidos cubram o logar onde está o tumor que vae ser extirpado destes dois retalhos isolam-se; na medida do possível, do sacco do tumor sem o abrir. Isto nem sempre é facil sendo a dificuldade aumentada ainda pela hemorragia que se produz. O sacco posto a nú laqueia-se ou abre-se.

É melhor talvez abri-lo porque assim vê-se o que existe no interior do tumor. Se se encontra a prociencia duma pequena quantidade de circunvoluções cerebrais reduzem-se; se a massa cerebral não tem o aspecto normal ou não pode ser reduzida sem empregar esforços faz-se a excisão dela o mais abaixo possível. Corta-se igualmente a parte do sacco que não é precisa e cose-se firmemente.

Termina-se a operação suturando a pontos separados o couro cabeludo e applicando ao nivel da sutura um penso asseptico compressivo. Abrindo-se o sacco temos de evitar quanto possível que o liquido cefalo-raquidiano saia em grande quantidade. Deve sair o menos possível e lentamente para evitar os fenomenos de descompressão brusca que podem ser fatais. A posição da cabeça do doente deve ser tal que evite tambem a descompressão brusca.

Os autores russos aconselham a osteoplastia para

obturar o orifício do craneo, mas este complemento da operação não é realisavel nas creanças que tenham menos de 1 mês de idade tornando-se tanto mais facil quanto mais idade tiverem. A osteoplastia tem a vantagem de ser uma boa defesa nos traumatismos, dá uma oclusão completa e previne o aparecimento d'um novo tumor na mesma região. A osteoplastia nos tumores occipitais é mais difficil que nos naso-frontais por causa da occipital ser extremamente delgado nas creanças sendo só possível a partir dos 5 anos.

As primeiras estatisticas publicadas após a antiseptia são animadoras embora os casos fatais sejam numerosos. São devidos sem duvida a defeitos nos processos de esterilisação e falta de cuidados operatorios e postoperatorios. Assim Diakonoff (1893) em 27 operações teve 10 mortos immediatamente após a operação por meningite e septicemia, 2 deixaram o hospital muito depressa e 17 curaram.

Em 1897 Chipault cita 50 casos operados em que 41 curaram e 9 faleceram com caquexia e meningite aguda. Os casos de cefalacelos da base do craneo são mais refratarios ao tratamento.

Actualmente o resultado operatorio é ainda mais animador graças aos progressos da cirurgia e de quem a pratica.

A observação de numerosos casos tratados pela extirpação autoriza-nos a dizer que ainda que a massa encefalica cortada seja bastante volumosa as faculdades mentais do doente não se ressentem muito com isso graças á localização habitual desta malconformação (naso-frontal e occipital).

Observações

1ª Observação

Ana Rosa de Melo, com 8 dias de idade, apareceu na consulta externa do hospital de Santo Antonio no dia 4 de Agosto de 1924.

Esta criança nasceu com uma tumefacção na região nasofrontal. Esta tumefacção não tem aumentado de volume mas tem mudado de aspecto pois tornou-se avermelhada na sua parte culminante dando sinais de se ulcerar. A tumefacção não está bem na linha media, mas um pouco sobre a direita tem o volume aproximado de um ovo de galinha e insere-se por uma larga base que se continua sem linha de demarcação com as regiões visinhas. Pende um pouco sobre o olho direito. Passados alguns dias a extremidade livre da tumefacção que se apresentava avermelhada necrosou-se e a placa de esfacelo caindo ficou a ver-se as circunvoluções cerebrais hiperemiadas.

Por esta abertura saía de vez em quando uma gota de li-

quido amarelado. Excetuando a base que
 mole e com os gritos da criança não apresenta movi-
 mentos de expansão em niticos. No dia 10 do mesmo
 cerebral começou a fazer hernia formando uma volumosa tume-
 f. pendente sobre o olho direito. No dia 11 do mesmo
 mês a massa encefalica formava uma polpa negra, fistome,
 exalando um cheiro putrido. A criança não voltou a aparecer
 tendo certamente falecido.

Nos seus antecedentes hereditarios averiguamos na pas-
 sado venerio muito accentuado para o Pai e 1 aborto, 5 filho
 mortos em creanga, 2 partos gemulares para a Mãe.

2ª Observação

do dos Prazeres, de 4 meses de idade, veio á consui-
 do de Outubro de 1924. Apresenta na região naso-
 frontal, ao nível do angulo interno do olho direito, junto
 da raiz do nariz, uma tumefacção esferica, regular, do tam-
 nho aproximado duma tangerina. Esta tumefacção é sessil e

insere-se por uma larga base circular de cerca de 3 centímetros de diametro, recobre parte do olho direito e desvia um pouco para este lado a narina direita. A superficie é lisa e a pele é ligeiramente angiomatosa em quasi toda a sua extensão. É indolor, á pressão, é de consistencia um pouco pastosa mas desigual. No ponto culminante e na sua face inferior encontra-se uma zona alongada mais consistente. É irreductivel, aumenta ligeiramente de tensão com os gritos e a pressão não provoca fenomenos cerebrais. A fontanela anterior é muito pequena. A creança quando nasceu já era portadora desta tumefacção que nessa ocasião era do tamanho duma nós e que aumentou sempre. Antecedentes hereditarios— É o primeiro filho. Mãe saudavel e sem abortos e parentes sem malconformações. O periodo de gestação decorreu normalmente. O aleitamento foi ~~was~~ irregular e materno. O doente não voltou a aparecer na consulta

pelo que não se sabe qual foi a evolução desta tumefacção que pelos sinais referidos deveria ser ~~meningocelo~~ um encefalocelo. Como a criança tinha já 4 meses é provável que não se tivesse realizado a cura espontânea e tivesse evoluído como no caso anterior. Julgo conveniente transcrever um caso que foi observado desde que apareceu na consulta até depois de realizada a operação. O que vou relatar vem minuciosamente descrito na "Medicina Contemporânea" pag. 49, 1918. Trata-se dum meningocelo.

A criança nasceu mal desenvolvida apesar de já ter terminado o tempo da gestação e era portadora dum tumor ovoide, pediculado, mole, fluctuante, bastante volumoso, situado na região lombar, pouco á direita da linha media antero-posterior, sobre a 8ª região lombarica. Este tumor ovoide era coberto por uma pele fina ligeiramente angiomatosa. Não se notavam sopros nem pulsações.

Aumentava de tensão e de volume com os gritos. Comprimindo-o provocava-se dôr e não é reductivel. A prova da transparencia foi negativa. Palpando o pediculo sente-se uma faixa de certa espessura que ocupa quasi toda a sua largura e que se submerge na cavidade craneana. Antecedentes hereditarios sem valor. Com estes sintomas não podemos dizer se se trata de ~~meningocelo~~ meningocelo se se trata de hidrencefalocelo. Deixaremos o diagnostico preciso para a operação que é indicada seja qual fôr a forma em questão.

Operação. Anastesia geral com cloroformio. Antiseptia rigorosa da região a operar e de todo o material a utilizar. Incisão circular á volta do tumor, 3 dedos acima da implantação do pediculo e compreendendo apenas o envolucro exterior que tem todo o aspecto de coiro cabeludo. Procede-se em seguida ao descolamento dos retalhos cutaneos até à implantação do pediculo, mas nesta altura os involucros in-

teriores não aguentavam a pressão e o tumor produzindo a saída do liquido em jacto. Nesta ocasião a criança tomou a cor de cera, os labios anularam-se e a respiração suspendeu-se por poucos minutos. O liquido seroso, abundante tomou a cor de café fraco, mas o tumor, apesar de ser muito contem substancia nervosa e comunica com a cavidade craniana por uma abertura por onde cabe á vontade o dedo indicador que toca no encéfalo. Fez-se a incisão da pele ao nível da parede ossea fazendo uma ligeira tração. Talhando no envoltorio exterior o sufficiente para cobrir a brecha de implantação e fazendo-se a ressecção do excedente, procedeu-se á costura de pontos separados e terminou-se o acto operatorio pela colocação dum penso esterilizado ligeiramente compressivo. Em seguida a operação a criança ficou a dormir a cor da pele tornou-se normal e os labios reaquiriram a cor própria e a respiração voltou a ser normal.

A peça extirpada foi examinada e verificou-se que era constituída por 3 camadas: a exterior de aspecto cutaneo; a media esbranquiçada, quasi transparente e de diminuta espessura; a interna, incompleta pois não fóra toda a cavidade, e de espessura variavel (vae de 1 mm. a 3 mm.), de côr variada e condensa-se em uma fama de aspecto mucoso de espessura irregular que mergulha na cavidade craneana. Pelo aspecto macroscopico a dura-mater parece ausente e ~~xviii~~ a camada media parece ser constituída pela aracnoide.

Por 3 vezes, após a operação, houve necessidade de abrir caminho para o exterior do liquido cefalo-raquidiano que erguia o retalho operatório, coincidindo o facto com um estado de agitação do operado que lo a seguir se modificava. Parece que os plexos coroideos em hiperfunção permanente se adaptaram a um excesso de secreção por haver uma cavidade maior que se reduzia após a operação e que só gradualmente se adaptaram ao novo espaço.

diária (apresentava a forma de um tubo que se encurva no final, como se fosse um tubo de siringa). Esta estrutura está este caso em desacordo com a teoria de Spring (que considera a velha de Serle (1907) como um tubo). Mas, se a ideia vem a atribuir-se estes caracteres aos sacos que se formam a partir de este tubo, então, provavelmente, se assia for a razão para a preferência dos animais da região polar para os encefalocelos que não nascem lá.

Esta teoria é mais tarde feita a partir de uma série de estudos feitos por M. Berger e M. Lissenkoff (1932) que estudaram minuciosamente a anatomia histológica sob o ponto de vista histológico do encefalocelo, notaram que na grande maioria dos

casos a sua estrutura era atípica, muito semelhante á dos neoplasmas.

Assim Lissenkoff entende que estes tumores se denominem cefalomas. A sua estrutura neoplásica é mais um factor que nos obriga a lançar mão do tratamento cirurgico que de resto é o que nos dá melhores resultados desde que se observem todos os cuidados duma intervenção cirurgica. É a conclusão a que chegamos após a leitura de cerca de 50 relatorios em que este processo foi empregado.

Os dois casos que apareceram na consulta não poderam ser observados, na sua evolução, porque não foram internados de forma que não podemos dizer nada a seu respeito.

Relativamente ao caso citado na "Medicina Contemporanea" caso de Aurelio Mendes Guimarães, de Galveias, chega á conclusão que o processo cirurgico é sempre eficaz tendo o cuidado de evitar a ruptura do saco para que se não dê uma baixa de tensão, bruscamente, no liquido cefaloraquidiano. Outra recomendação a fazer é que deve-se suturar

o melhor possível as paredes do saco para que assim o liquido cefalo-raquidiano não saia. O estado geral do operado deve ser continuamente observado e os pensos da ferida operatoria devem ser rigorosamente assepticos.

Conclusões

Os cefalocelos sem ~~conclusões~~ tratamento originam a morte do doente quasi sempre - Os exames microscopicos mostram muitas vezes extracturas atipicas e algumas de natureza maligna pelo que é perigoso não fazer a sua excisão o mais precocemente possivel.

A operação sendo bem suportada e as terminações fataes sendo devidas a accidentes septicos, não se deve operar senão após um crepencia rigorosa.

Os metodos antigos, usados antes da antiseptia - laqueação, cauterio, incisão, escarificação, injeções e punções são inuteis.

A reconstrução do arco herniario é indispensavel e a sutura após extirpação do tumor é importante e não se deve esquecer.

A osteoplastia é util pois protege o interior do craneo e previne as recidivas.

Os cefalocelos não acarretam tão frequentemente como se diz a morte ou diminuição de desenvolvimento das faculdades mentais do doente.

Bibliografia

- Broca - Chirurgie infantil..... pag. 782
- J. Comby-Traité des maladies de l'enfance.....pag. 732
- Hembner..... II vol.pag. 105
- Kirmisson.Précis.de.Chirurgie infantile..... pag. 29
- Suñer-Enfermidades de la infancia..... pag. 61
- Ombredane -..... pag. 332
- A.L. Dentu et Pierre Delbet - Nouveau traité de
chirurgie vol. IV Medicina Contemporanea, 1918 pg. 49
- Archives de medecine des enfants-vol.20 pag. 412 -
~~Waskowicz~~ 1917; vol. 19 pag. 98-1916; pag. 510,
vol. 18-1915; pag. 68, vol.16 - 1913.
- Presse Medicale - 1924 pag. 8 e 979; 1921 pag. 408
e 964; 1914 pag. 535; 1913 pag. 38 e
270; 1912 pag. 275; 1908 pag. 781; 1907 pg. 95
- E. Forgue - Précis de Pathologie Externe pg. 63 II vol.

Visto

Almeida Garrett

Pode imprimir-se

Pel'0 Director

Prof. Alberto de Aguiar