

Compressão parcial da cauda equina.

(*Hyppuropathia traumatica*)

Observação apresentada á cadeira de clinica neurologica da Faculdade de Medicina de S. Paulo pelo doutorando Georgides Gonçalves.

B. O. brasileiro, de côr branca, com vinte oito annos de idade, chauffeur, casado, natural de Taubaté, residente nesta capital.

ANTECEDENTES FAMILIARES: — Paes fallecidos, ha tempo; ignora a molestia que os victimou. Tiveram 18 filhos dos quaes, apenas 5 são vivos; dos fallecidos alguns morreram ainda na primeira infancia, outros depois de já crescidos, não sabendo o nosso doente informar da natureza da molestia que os victimou. Não teve a mãe do paciente nati-mortos, mas este não sabe informar se houve abortos.

ANTECEDENTES PESSOAS: — Seu passado morbido carêce de importancia: diz ter sido sempre forte, negando mesmo as molestias peculiares á infancia; aos 20 annos, mais ou menos, appareceu-lhe uma hernia inguinal de que se fez operar, ha 4 annos, mas decorridos 2 annos a hernia recidivou.

Contraiu nupcias aos 21 annos; tem 2 filhos fortes e sadios; sua esposa é robusta, sadia, não teve nati-mortos, nem abortos, nem dystocias, tendo decorrido os seus dois unicos puerpérios em optimas condições.

Néga o doente contagios venereos `syphiliticos; fuma, bébe de quando em vêz, mas pouco.

MOLESTIA ACTUAL: — Conta o doente que, á noite de 7 para 8 do p. passado mêz, de maio, ao transitar pela rua Borges de Figueiredo, nesta capital, por motivos que elle proprio ignóra e que não nos dizem respeito, foi alvejado pelas costas, por tiros de arma de fôgo, sendo que um dos projecteis (bala), o attingiu, penetrando-lhe na região lombar, ao lado direito da columna vertebral, a alguns centimetros da linha espinal.

Immediatamente após as detonações sentiu forte dôr naquella região, ao mesmo tempo que, "faltando-lhe" uma das pernas, caía ao sólo, sem sentidos.

Soccorrido pela Assistencia Publica que lhe ministrou os primeiros curativos, foi depois internado nesta Sta. Casa, na 1.^a C. H., para, alguns dias depois, transferir-se ao quarto n.^o 16, da enfermaria de pensionistas deste mesmo hospital, onde o examinamos, graças á gentileza do seu medico assistente, dr. J. L. Guimarães.

Continuando as suas informações accrescenta o doente que, ao recuperar os sentidos, nos primeiros momentos que se seguiram ao accidente que o acamou, sentiu intensas dôres na região lombar, na perna e pé esquerdos, notando então que estes estavam paralyzados, — não os sentia, estavam como que mortos, esquecidos, o que o impedia ficar de pé e andar (sic)

Decorridos alguns dias as dôres cessaram completamente e, actualmente só accusa ao nivel daquelles segmentos do membro, paralyzados, sensações esquesitas, quaes sejam: formigueiros, sensação de gêlo, caimbras musculares, etc.

EXAME SOMATICO: — Trata-se de um moço de compleição robusta, com paniculo adiposo e tecido muscular bem desenvolvidos, pesando 74 kilos, e de bôa constituição esquelética, medindo 1, m.75 de altura. A sua facies um pouco pallida não denota, entretanto, sofrimento. A pesquisa dos estigmas luéticos resultou negativa: não apresenta ganglios enfartados — salvo a cadêia dos ganglios ínguinæes, — nem dôres ostéocopas.

APPARELHO RESPIRATORIO: — Thórax bem desenvolvido, nada de anormal apresentando á inspecção; fossêtas supra e infra-claviculares pouco accentuadas; angulo de Charpy quasi récto. A' percussão, á palpação e á ausculta, nada de importante verificamos. Contam-se 16 movimentos respiratorios por minuto.

APPARELHO CIRCULATORIO: — Pulso radial cheio, rythmico, batendo 66 vêzes por minuto, o doente deitado; ictus cordis no 5.^o intercosto, ao nivel da linha mamillar; área cardiaca não augmentada; bulhas bem timbradas; audiveis nitidamente em todos os fôcos; pressão arterial tomada na humeral: máx. 13; min. 7,5. (App. Vaquez-Lauby).

APPARELHO DIGESTIVO: — Dentes bem implantados nos alvéolos mas em précarío estado de conservação; lingua coberta de léve camada de saburra; mucosas buccæes bem córadas; pharynge normal. A' inspecção do abdomen vê-se sua musculatura desenhar-se bem sob os tecidos superficiaes, notando-se, na região inguinal esquerda, uma cicatriz, rectilea, irregular, medindo uns 5 centímetros no seu maior diametro, mais ou menos. Esta cicatriz confirma o que atrás no informou o doente, isto é, — de que fôra operado de hernia. A' palpação nada de anormal se verifica; á percussão verifica-se a matidêz hepatica subindo até ao 6.^o intercosto e inferiormente não excedendo ao reborbo das ultimas costellas. O baço não está tambem augmentado de volume.

APPARELHO GENITO-URINARIO: — Orgãos genitæes externos bem desenvolvidos, com caractéres sexuaes secundarios bem nitidos. Erec-

ção e ejaculação normaes, refére o doente. A micção é regular, não apresenta nenhuma anormalidade; urina o doente 5 a 6 vêzes em 24 horas.

APPARELHOS SENSORIAES: — Visão, audição, olfacção e gustação, normaes.

EXAME DA COLUMNA VERTEBRAL: — A' inspecção, á palpação, á percussão, nada de anormal se verifica; não há deformação vertebral nem dôres á pressão. Nota-se sómente, ne região lombar, á direita da columna vertebral, a alguns centímetros da linha espinal, uma pequena cicatriz arredondada, medindo uns 4 m.m. mais ou menos, de diametro, de côr azul arroxeadada, cercada de uma auréola de coloração roseo pállida. Esta cicatriz confirma a informação do doente, — que fôra alvejado — e assignala o ponto de penetração do projectil (bala), na região.

EXAME DOS MEMBROS: — Nos membros superiores nada encontramos de anormal. Nos membros inferiores eis o que verificamos: membro inferior direito, normal; membro inferior esquerdo: certa flaccidez dos musculos do pé e perna, principalmente dos musculos da face posterior desta ultima; pé visivelmente caído sobre a perna e ligeiramente voltado para a linha mediana (varo-equino).

EXAME DO SYSTEMA NERVOSO

PSYCHISMO: — Sob o ponto de vista psychico verifica-se integridade perfeita das faculdades intellectivas. Se bem seja o doente pouco culto, exprime-se relativamente bem; não tem apathia intellectual nem dysartria, respondendo com facilidade, presteza e intelligencia ás perguntas que se lhe dirigem; não apresenta somnolencia.

EQUILIBRIO

ESTATICA: — A attitude do doente, em pé, é instavel; ordenando-se-lhe fechar os olhos, mesmo com os pés afastados, elle oscilla e tende a cair para a esquerda. (Signal de Romberg); sentado, o seu equilibrio é perfeitamente estavel. Orientação normal; sua attitude no leito é indifferente.

CINETICA: — Ao doente a marcha é de todo impossivel.

MOTILIDADE ACTIVA VOLUNTARIA: — Nos membros superiores, normal; nos membros inferiores nota-se: força de flexão e de extensão de pé muito diminuida no pé esquerdo; normal no pé direito. Força de flexão da perna sobre a coxa bastante diminuida do lado esquerdo; sem alteração para o lado direito. Força de extensão da perna sobre a coxa, muito ligeiramente diminuida da lado esquerdo; normal na perna direita. Força de flexão da coxa sobre a bacia, ligeiramente diminuida do lado esquerdo; sem nenhuma alteração do lado direito.

MOTILIDADE ACTIVA INVOLUNTARIA: — Athetose, movimentos choreicos, tremores, etc., não existem.

MOTILIDADE LATENTE: — Tonus muscular diminuido nos musculos da perna e pé esquerdos e mui ligeiramente diminuido nos musculos da coxa deste mesmo lado. Conservado e normal no membro inferior direito e nos superiores.

MOTILIDADE PASSIVA: — Sem nenhuma alteração.

EXAME DOS REFLEXOS

REFLEXOS PUPILLARES: — A' luz, á accommodação e consensual presentes e normaes de ambos os lados. Não há anisochoria, nem nystagmo, nem estrabismo.

REFLEXOS TENDINOSOS: — (Membros superiores): — Radial, stylo-radial, tricipital, bicipital, etc., presentes e normaes.

MEMBROS INFERIORES: — Reflexos achilleano, patellar, peroneo-femural, completamente abolidos do lado esquerdo; presentes e normaes do lado direito. Reflexo medio-pubiano normal nas suas duas respostas.

REFLEXOS CUTANEOS: — Medio-plantar abolido do lado esquerdo; presente do lado direito. Abdominaes (inferior, medio e superior), presentes e normaes de ambos os lados. Cremasterino normal de ambos os lados.

EXAME DA SENSIBILIDADE

SENSIBILIDADE PROFUNDA: — Abolida na perna e pé esquerdos.

SENSIBILIDADE TACTIL: — Completamente abolida no pé esquerdo e accentuadda hypoesthesia tactil em toda a perna do mesmo lado. Normal em todo o resto do corpo.

SENSIBILIDADE DOLOROSA: — Verifica-se analgesia nos mesmos segmentos do membro lesado, com a mesma distribuição, sendo muito mais accentuada no pé que na perna. Normal para o resto do corpo.

SENSIBILIDADE THERMICA: — Abolição da sensibilidade ao calor e ao frio nas mesmas zonas dos segmentos lesados. Normal no resto do corpo. (*Vide eschema junto*).

TROPHICIDADE: — Perna e pé esquerdos mais frios do que os seus similares do lado opposto.

NOTA: — O doente accusa ao nivel dos segmentos paralyzados, paresthesias e dysesthesia.

EXAME RADIOGRAPHICO

O exame radiographico mostra o projectil (bala), encravado no corpo da 3.^a vertebra lombar, e dois estilhaços encravados na parte posterior do corpo vertebral, na base da apophyse espinhosa da vertebra.

NERVOS	m. A.
Sciatico poplitéu externo	1,8
Tibial posterior	2,5
MUSCULOS	
Tibial anterior	3,5
Gemeo interno	4,5
" externo	3,5
Peroneiros	4
(Contrações rápidas, energicas, sem hypoexcitabilidade nem inversão polar).	

(21-5-927. — PROF. R. BARROS).

DISCUSSÃO

Deante de um doente que apresenta o quadro morbido que acabamos de expôr, caracterizado por uma paralyisia flaccida da perna e pé esquerdos, (unilateral, portanto), com abolição total dos reflexos tendinosos e cutaneos e anesthesia a todas as formas de sensibilidade naquelles segmentos, sem perturbações para o lado dos esphincteres, nem lesões tropicas accentuadas ou outro qualquer disturbio desta ordem, a não ser uma ligeira differença de temperatura (segmentos lesados mais frios que os seus similares do lado opposto), com perturbações da sensibilidade subjectiva, consistente em dôres intensas, irradiadas, e paresthesias (sensação de gêlo, formigueiros, caimbras musculares, etc.), ao nivel daquelles segmentos, — todos estes symptomas formam um syndroma que passaremos a estudar detidamente e que procuraremos, senão encaixar, approximál-o ao menos, quão possivel, de um daquelles commumente descriptos pelos auctores, ao tratarem do capitulo: "Lesões medullares"

Que se trata no caso presente de uma lesão traumatica, por projectil de arma de fogo (bala), duvida alguma poderá subsistir, pois conhecemos os dados anamnesticos colhidos no relato que o doente nos fêz de sua molestia, dados estes que se confirmaram todos pelo exame somatico a que procedemos e, posteriormente pelo exame radiographico. E, quanto á altura e séde da lesão, mesmo abstrahindo-nos deste ultimo meio diagnostico, — que neste particular não deixa persistir nenhuma duvida, — não nos seria mui difficil, ao simples exame objectivo da região attingida pelo projectil e jogando só com os symptomas apresentados pelo doente e reportando-nos aos dados anatomicos da mesma, determinar, pelo menos aproximadamente, o segmento da columna vertebral lesado, e por este, o segmento medullar correspondente, que é o que mais de perto nos interessa. E com effeito, pelo exame minucioso da região, chegamos á conclusão que o projectil devia ter alcançado a columna vertebral ao nivel da 3.^a ou

4.^a vertebra lombar, presumpção esta confirmada, até certo ponto, pela radiographia que veio mostrar a séde exacta do projectil na 3.^a vertebra lombar. E, tendo em mente que o cône medullar não desce, normalmente, além da 2.^a vertebra lombar, e ainda, que as raizes lombares — excepção feita á 1.^a, — e as raizes sagradas e coccygeanas originadas todas ellas no cône, têm um trajecto muito obliquo para baixo, percorrendo largo tracto do canal vertebral antes de emergirem d'elle, o que fazem 3 a 5 vertebraes abaixo para as raizes lombares; 6 a 9 para as raizes sagradas — excepto a ultima deste nome, que emerge do orificio inferior do canal sagrado juntamente com as raizes coccygeanas — poder-se-á affirmar que, um traumatismo agindo sobre a 3.^a vertebra lombar — e é o nosso caso, — não váe mais alcançar a medulla, pois que a ultima porção desta, isto é, o cône terminal, pára ao nivel da 2.^a vertebra lombar superiormente situada, e nem a 1.^a e a 2.^a raizes lombares que emergem mais acima (a 1.^a raiz lombar deixando o canal vertebral entre a 1.^a e 2.^a vertebraes lombares, e a 2.^a raiz lombar sahindo entre a 2.^a e a 3.^a vertebraes homonymas), mas sim o conjunto formado pelas três ultimas raizes lombares e pelas raizes sagradas e coccygeanas que, originarias todas ellas ao rédor deste mesmo cône medullar, trafegam ainda por algum tempo no interior do canal vertebral, descrevendo um trajecto muito obliquo para baixo e indo emergir gradativamente em andares vertebraes mais inferiormente situados.

Conhecidos que são estes detalhes anatomicos de primacial importancia, não nos seria mui difficil, mesmo prescindindo do exame radiographico, analysando a symptomatologia apresentada pelo doente, chegar á determinação, mais ou menos exacta, da séde da lesão medullar, ou melhor, das raizes compromettidas.

Com effeito, sendo que as perturbações da motilidade e da sensibilidade apresentadas pelo nosso doente se limitam á perna e pé esquerdos (unilateraes), não excedendo ao joelho, a abolição do reflexo patellar marcando o limite superior da paralyisia, uma vêz que se saiba que este reflexo tem sua séde ou centro medullar ao nivel da 3.^a raiz lombar a que elle está affécto, somos auctorizados a affirmar que o nivel superior da lesão nervosa (central) não váe além desta raiz; e mais, analysando-se o territorio da anesthesia cutanea, podemos ainda affirmar que a lesão apanhou mais, além daquella raiz, as seguintes: L4, L5, e S1, cuja distribuição corresponde justamente á innervação dos segmentos paralyisados do membro, e ainda, que a lesão só interessou as raizes de um lado (esquerdo), homonymo do lado em que se verificam as perturbações sensitivas e motoras.

São estas raizes pré-citadas as mais externas e mais altas das que constituem a "Cauda equina" chamada, (4 ultimas raizes lombares e as raizes sagradas e coccygeanas), e cuja lesão unilateral determinou — devido mesmo á sua distribuição peripherica, — em nosso doente, uma paralyisia com anesthesia, limitadas aos dois ultimos segmentos do membro inferior esquerdo, anesthesia que, se bem á pri-

meira vista pareça do typo segmentar (em bóta), não deixa de ser, em verdade, do typo radicular. (*Vide eschema*).

DIAGNOSTICO

Deante do quadro mórbido por nós atrás descripto, caracterizado pelos symptomas já mais de uma vêz citados e que recordamos: após um tiro que lhe attingiu a columna vertebral, na região lombar, o paciente sente "faltar-lhe" uma das pernas e cae ao sólo, sem sentidos, ao recobrar estes sente dôres intensas na região traumatizada, dôres estas que se irradiam para a perna e pé esquerdos paralyzados immediatamente após o traumatismo, com abolição completa dos reflexos tendinosos e cutaneos e anesthesia a todas as formas de sensibilidade ao nivel daquelles segmentos, — quaes as hypotheses que poderiam surgir ao nosso espirito?

Desprezando aqui toda e qualquér hypothese de *lesões nervosas centraes*, pois não pôde pairar duvida a respeito do que expozemos atrás, isto é, que se trata de uma *lesão peripherica*, quaes as conjecturas a tecer-se em torno do caso que nos occupa?

Poder-se-ia pensar, nos primeiros momentos que se seguiram ao accidente, n'uma Hematomyelia traumatica, pelo inicio subito (ictus) da molestia, paralyisia, etc., mas a unilateralidade do processo mórbido no caso, seria bastante, só por si, para afastar esta hypothese, e, fossem taes os phenomenos a militarem a seu favor, recorreriamos então á punccão lombar que viria dirimir a questão.

Poderia tratar-se d'uma Myelite? Esta hypothese merece considerada ao mesmo titulo que a primeira. Se bem seja uma raridade manifestar-se uma myelite de modo subitaneo, em forma de ictus, o facto, não obstante, tem sido observado pelos auctores que tratam do assumpto e que citam casos, porém, devemos convir que estes constituem uma excepção. Ademais, uma myelite determinaria, como na primeira hypothese aventada, uma lesão muito mais extensa, symetrica, e acarretaria perturbações para o lado dos esphincteres, etc., o que se não verifica absolutamente no nosso caso.

Sabendó nós que se trata neste caso de uma lesão das ultimas raizes lombares e de raizes sagradas, cuja pathologia os auctores systematizam em certo numero de quadros clinicos ou syndromas, vejamos, percorrendo-os succintamente, o em que podemos enquadrar o caso que nos tem occupado até aqui. Formulemos hypotheses:

1.^a) Poderia tratar-se no caso vertente de uma compressão do segmento lombar da medulla? Não; primeiro porque a medulla termina ao nivel da 2.^a vertebra lombar (causa anatomica), como já vimos atrás, e o traumatismo foi ao nivel da 3.^a vertebra deste nome; segundo, porque (causas clinicas), no nosso caso os disturbios da motilidade e da sensibilidade não excedem ao joelho, limitando-se aos ultimos segmentos do membro inferior esquerdo sómente (unilateral), e ainda porque não verificamos aqui perturbação nenhuma para o

lado dos esphincteres, o que é, ao contrario, muito commum nas affecções daquelle segmento da medulla.

2.^a) Seria aqui o caso d'um syndroma de compressão da medulla sagrada, segmento este correspondente ás raizes: L5, S1 e S2?

Excluimos esta hypothese pelas mesmas razões acima apontadas e ainda porque, no nosso caso verificamos um signal que se não encontra neste syndroma, isto é, a abolição do reflexo patellar.

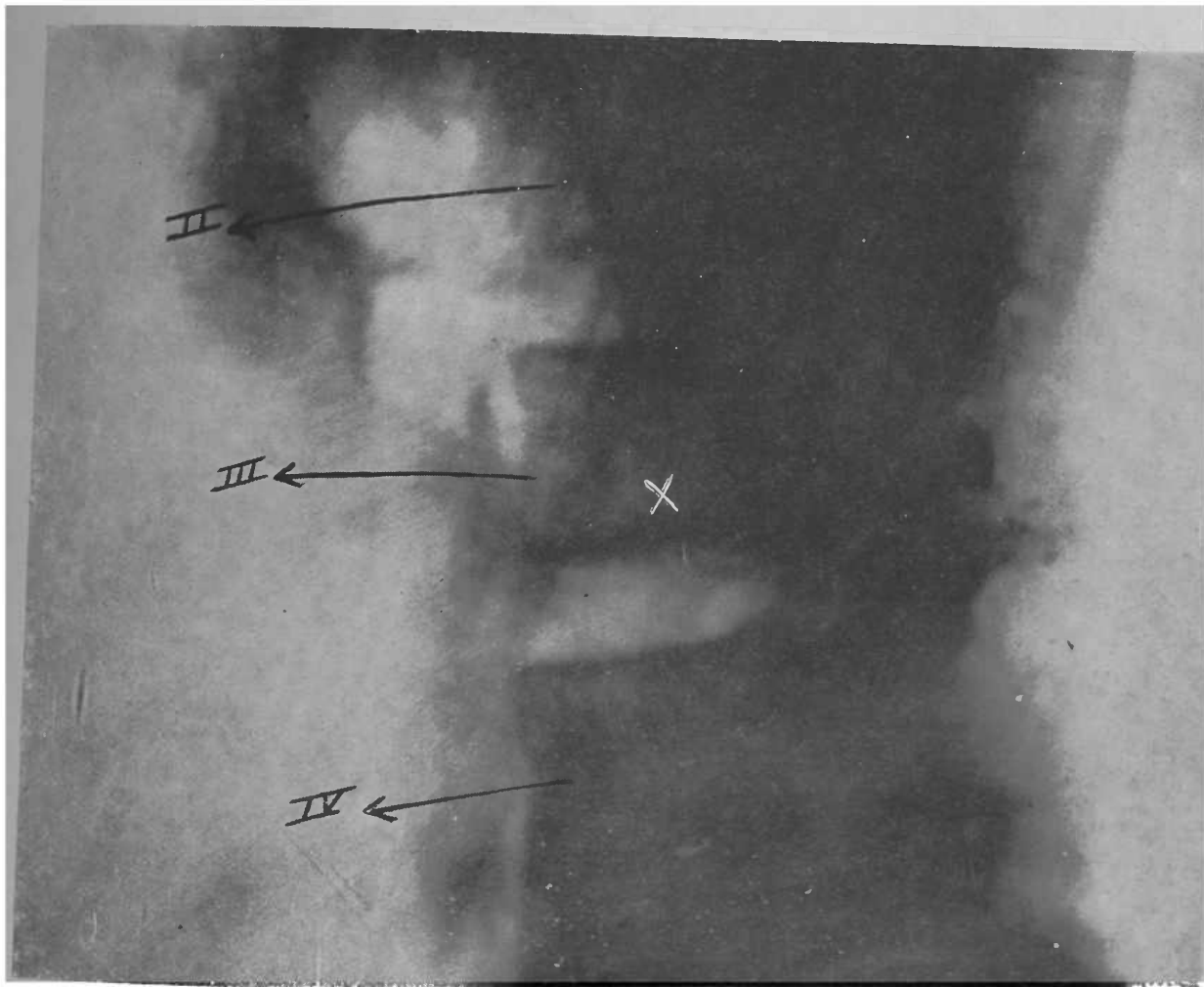
3.^a) Estariamos nós aqui em face d'um syndroma de compressão do cône medullar, (S3, S4, S5-raizes sagradas?)

Ainda aqui responderemos negativamente estribados nos seguintes argumentos: primeiro, porque as lesões do cône medullar são mais communs nas affecções primitivas da medulla — hematomyelias, myelites, — hypotheses estas já deixadas á margem por nós, ao considerá-las acima; segundo, porque faltam ao nosso caso as perturbações esphincterianas e genitae, características das affecções do cône; em terceiro e ultimo lugar, porque, nas affecções do cône, a zona de anesthesia predomina na região do sacro, do coccyx, do perineo do escroto, face interna da coxa até ao joelho (anesthesia em sélla), o que se não verifica absolutamente no caso presente.

Excluidas todas estas hypotheses que acabamos de formular acima, resta-nos como hypothese ultima e que se nos afigura a mais provavel, que, no caso que estudamos se trate d'uma lesão da "Cauda equina", chamada (ou se se quizer, d'uma hippuropathia).

Com effeito, o syndroma da cauda equina, que segundo o prof. Claude, "mais se aproxima do quadro das polynevrites do que das compressões medulares, é caracterizado pela compressão dos 4 ultimos pares lombares e os pares sagrados e coccygeanos; o 1.^o par lombar, sahindo do canal racheano ao nivel do cône terminal da medulla, escapa aos agentes traumaticos que se assestem abaixo da terminação da medulla. A compressão da cauda equina se caracteriza pela flaccidez da paralyisia que affecta os musculos da região posterior da coxa e da perna, o pé caíndo em equinismo muito accentuado, a myotrophia précoce, rapida e accentuada, interessando quasi todos os musculos do membro inferior e os das nadegas. Todavia, os musculos innervados pelo crural, (1.^o e 2.^o pares lombares), são, em geral, respeitadas.

Como nas nevrites, a paralyilia é proporcional á atrophia; os musculos apresentam, ás vêzes, tremulações fibrillares. No inicio, quando o doente póde andar, a marcha escarvante (steppage) é nitida. Os reflexos achilleano, cutaneo-plantar e cremasterino desapparecem progressivamente. O reflexo patellar subsiste sómente quando a 3.^a raiz lombar não é interessada. N'um periodo mais adeantado, as retracções fibro-tendinosas apparecem, e com ellas as deformações dos membros se exageram. Os disturbios da sensibilidade subjectiva são muito accusados: dôres extremamente vivas na região lombo-sagrada, d'onde ellas se irradiam para os membros inferiores, continuas, com exacerbacões unilateraes ou mais frequentemente bilateraes; ellas revestem o



(II, III, IV, vertebrae lombares). Vê-se a bala (x) encravada no corpo da 3.^a vertebra lombar e dois estilhaços na parte posterior do corpo vertebral.

caracter de nevralgias persistentes no dominio do sciatico sobretudo, o que, ao inicio, póde fazer pensar-se, erradamente, n'uma sciatica. Os disturbios da sensibilidade objectiva são de primacial importancia para a localização da compressão. Observa-se hypoesthesia ou anesthesia que interessa os membros inferiores, o perineo e os órgãos genitales, ou bem ella se limita a certos territorios radiculares. O limite superior corresponde a L2, isto é, ao sulco inguinal adiante, á parte superior o sacro atrás. Esta anesthesia pode coexistir com dôres irradiadas (anesthesia dolorosa); as perturbações dos esphincteres são constantes (incontinencia ou retenção); o edema duro e chrónico que mascara a myotrophia, e as escaras dos membros inferiores." E' o que nos ensina o auctor pré-citado na sua *Pathologie Interne (Maladies du Systeme Nerveux 2)*.

Ora, no nosso caso não resta duvida nenhuma que se trata d'um syndroma da cauda equina, mas de um syndroma incompleto, revestindo uma certa feição clinica, pois algumas apenas das raizes constituintes da cauda foram apanhadas pelo agente traumatico (L3, L4, L5 e S1) e só de um lado, (esquerdo), o que explica perfeitamente a abolição da motilidade voluntaria e da reflexa, bem como da sensibilidade objectiva, em todas as suas formas, nos segmentos em que se distribuem aquellas raizes (pé e perna esquerdos), com abolição do reflexo patellar (3.^a raiz lombar).

O que, á primeira vista, poderia impugnar a hypothese a que nos atemos, isto é, de tratar-se no nosso caso de uma lesão da cauda equina, seria de um lado o limite muito restricto das perturbações apresentadas pelo doente e, d'outro lado a unilateralidade d'ellas ou (asymetria), porém, estes dois factos que se poderiam erigir em objecções á hypothese d'uma hippuropathia, vêm, ao contrario, militar em seu favor, pois as lesões da cauda, mais que qualquer outra entidade morbida, podem apresentar-se limitadas a um unico lado, interessando só o membro desse lado ou segmentos desse membro, e isto porque nem sempre todas as raizes da cauda são interessadas, dando-nos o syndroma typico e classico descripto nos livros, mas podemos ter, dado o numero de raizes lesadas, quadros clinicos de feições as mais diversas. Haja á vista o que ensina a respeito o prof. Claude na sua obra já atrás citada; — "é assim — diz este mestre — que uma anesthesia limitada á região sagrada, perineal e genital, bem verificada, poderá despertar a idéa e fazer suspeitar d'uma compressão, em inicio, da cauda equina"

"Em todo o caso — diz o prof. P. Marie no seu livro *La Pratique Neurologique*, ao tratar do diagnostico differencial entre as lesões da cauda e as affecções da medulla propriamente ditas, — em todo o caso, deve-se lembrar que o syndroma (o auctor subintende a phrase: da cauda-equina) pode ser muito incompleto, reduzir-se, por exemplo, a uma sciatica dolorosa com impotencia da marcha. Um exame aprofundado da sensibilidade permittirá, nestes casos, suspeitar desordens ás vezes consideraveis e chegar-se assim ao diagnostico

exacto. Este exame acurado da sensibilidade permittirá ainda descobrir as raizes mais particularmente interessadas nos effeitos nocivos do processo morbido”

Não obstante, alguns auctores não se filiam ás opiniões acima, o que se depreende destas linhas que fomos buscar em Collet (*Précis de Pathologie Interne T 1*); “não é raro — diz este auctor — vêem-se lesões da cauda equina predominando d’um lado (formas asymetricas), *mas é excepcional limitarem-se ellas estrictamente a um só lado*; neste caso, ellas occasionam perturbações motoras e sensitivas e reflexas d’um unico lado, com disturbios esphincterianos muito atenuados.”

Contrariamente ao que ensina este auctor, cujo juizo sobre o assumpto, mui de proposito trasladamos para aqui, no nosso caso não houve tão sómente predominio das lesões de um lado sobre as do outro (que foram nullas), mais ainda, houve uma estricta limitação da lesão a algumas raizes sómente, desse lado, o que se pode muito bem observar na pratica, e é o nosso caso, apezar de ser raro, tão raro que o pré-citado auctor rotula de “excepcional” E isto naturalmente porque é muito difficil que um traumatismo agindo sobre a columna vertebral apanhe as raizes nervosas de um só lado.

Mas, na apreciação desses factos, deve-se levar em conta a natureza e séde da lesão, muito variaveis com a natureza e modo de acção do agente traumatico. Pois não é a mesma coisa, parece-nos, a quéda de um individuo, de uma certa altura, sobre o sacro, fracturando-o, e um outro que tome um tiro e cujo projectil lhe vá encravar no corpo d’uma vertebra, fracturando-a; as lesões resultantes que podem ser as mesmas, têm, entretanto, mais probabilidades de ser mais extensas no primeiro dos casos acima figurados, sem nenhuma ordem e acarretando maiores disturbios, e ainda, serem bilateraes (symetricas); pode haver fractura e luxação de mais de uma vertebra e, ipso facto, interessar um tracto medullar (radicular) mais extenso; aliás tudo isto se poderá tambem verificar na segunda hypothese, mas aqui, com mais pobabilidade se poderão verificar danos menores, dado o tamanho do agente traumatico (bala), acarretando, por isto mesmo, disturbios menos extensos, mais localisados, mais limitados, mais systematizados, asymetricos ou nilateraes. E é com effeito, o que se verifica no nosso caso: o projectil (bala), attingindo o paciente ao lado direito da columna lombar, a alguns centimetros da linha espinal, dada a obliquidade da sua trajectoria, foi encravar-se do lado esquerdo, na face postero-externa do corpo da 3.^a vertebra lombar, depois de haver fracturado a apóphyse espinhosa desta vertebra onde a radiographia mostra 2 estilhaços do projectil, indo interessar sómente as raizes nervosas deste lado, e sómente aquellas cuja origem e trajecto se encontram mais proximos da séde da lesão.

Em abono da nossa opinião, isto é, que se trata no presente caso, de uma lesão da cauda equina, e limitada sómente ás 3 ultimas raizes lombares e á primeira sagrada, e só de um lado (esquerdo), seja-nos

permittedo transcrever aqui o que ensina o prof. Lewandowski no seu *Manual de Neurologia Practica* (Ed. italiana); "é difficil — diz este auctor — mesmo para um medico atilado, e ás vêzes muito embaraçosa, a diagnose differencial entre uma lesão da cauda equina e a do cône medullar. Os symptomas podem ser os mesmos; e podem ser ainda combinados, porque as raizes da cauda correm ao redor do cône e um traumatismo na região pode interessar não só estas raizes, mas tambem o cône medullar. Em geral, os symptomas unilateraes falam em favor de uma lesão da cauda."

Em face de tão valiosos testemunhos quer nos parecer que não poderá subsistir duvida de que se trata no nosso caso de uma compressão traumatica de algumas raizes da cauda equina (L3, L4, L5 e S1), do lado esquerdo e que nos deu o syndroma por nós descripto ao inicio desta, isto é: inicio subito da molestia, com dôres intensas na região lombar, irradiada para a perna e pé esquerdos, paralyisia flaccida destes mesmos segmentos, com abolição de todos os reflexos tendinosos (patellar inclusive) e cutaneos, e abolição de todas as formas de sensibilidade daquelles segmentos, com paresthesias, sem myotrophia nem R D (*Vide electro-diagnostico*).

Que se trata de uma compressão estamos auctorizados a affirmar, dada a pressão augmentada do liquido cephalo racheano, revelada á punção lombar (40 centims. Manometro de Claude), e ainda pelo xantochromismo deste mesmo liquido que coagulou em massa (syndroma de Froin), expressão d'uma compressão no espaço dural, ao mesmo titulo que a dissociação albumino-cytologica é o indicê d'uma compressão epidural.

DIAGNOSTICO: — Hippuropathia traumatica (compressão) por projectil de arma de fogo (bala), ao nivel da 3.^a vertebra lombar, com compromettimento das raizes; L3, L4, L5, S1, do lado esquerdo.

"O diagnostico differencial entre uma affecção da cauda e uma lesão dos segmentos da medulla que lhes dão origem, no que diz respeito a uma intervenção chirurgica, não é sempre facil. Afóra a séde em que agiu o trauma, deve-se levar em consideração os intensos phenomenos de irritação sensitiva (dôres irradiadas, paresthesias) as quaes falam, sobre tudo, em favor de uma lesão da cauda, emquanto que, de outro lado, os disturbios da sensibilidade dissociada militam em favor de uma lesão (central) da medulla. De grande alcance na diagnose de todas as lesões vertebraes são os raios X. Com o auxilio da radiographia é-nos actualmente muito possivel estabelecer exactamente, sem difficulade, a séde e natureza das lesões vertebraes e do osso sacro. "(Strümpell. — *Patologia speciale Medica e Terapia*. Vol. 2. Parte 2).

PROGNOSTICO: — As Hippuropathias comportam, em geral, um prognostico severo e reservado. Mas no nosso caso, dada a não grande intensidade dos symptomas (que já estão regredindo em parte), e o limite pouco extenso da lesão, nós podemos formular um prognostico mais benigno e dizer que, com o decorrer do tempo e com therapeu-

tica adequada, o doente poderá recobrar o uso perfeito do seu membro lesado (elle já anda) e, uma vêz cessados os phenomenos compressivos, tudo se normalizará.

TRATAMENTO: — E' dos mai arduos, demorado e não muito proficuo. Consiste, a principio, em repouso e immobilisação absolutos; cuidados medicos para se oppôr á infecção vesical e pulmonar (são communs as cistites nas lesões completas da cauda equina); mais tarde convém lançar mão das massagens, mobilisação do membro paralyzado, assim como da reeducação motora.

No nosso caso onde a compressão é limitada e pouco intensa, e em que os disturbios acarretados pelo projectil encravado no corpo da 3.^a vertebra lombar, não trazem maiores danos ao doente, a não ser uma incapacidade relativa á sua locomoção, a intervenção cirurgica com o fito de se lhe extrahir a bala foi desaconselhada terminantemente. Devemos tratar o nosso doente, a principio com o repouso e immobilisação ao leito, e mais tarde, com massagens, mobilisação dos segmentos paralyzados e ainda com a galvano-therapia — agente therapeutico de eleição para estes casos, — devendo esta ser dósada naturalmente de accôrdo com os signaes de reacção dos musculos paralyzados, ao electro-diagnostico.

NOTA: — O doente já vem a este hospital, andando; serve-se de uma bengala em que, no emtanto, não se apoia muito. Apresenta ligeira claudicação; ainda não move bem com o pé, mas este não se encontra mais caído.

PHARMACIA LANGE

PREÇOS ESPECIAES PARA MEDICOS
E ESTUDANTES DE MEDICINA

Pedidos por Telephone - Central 2223
RUA VERGUEIRO, 10 - S. PAULO