Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVIII | SETEMBRO DE 1939 | N. 9

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre — 1939

PRESIDENTE
FLORENCIO YGARTUA
Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE
HUGO RIBEIRO
Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL
RAUL DI PRIMIO
Cat. Int. de Parasitologia

1.º SECRETARIO
CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO
SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO
ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO
E. J. KANAN

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE
Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS
Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI
Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica

SECRETARIO DA REDAÇÃO
SADÍ HOFMEISTER

REDATORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLÔRES
ANES DIAS
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
J. MAIA FAILACE
AMERICO VALERIO
ALVARO B. FERREIRA
IVO CORRÊA MEYER
JOÃO G. VALENTIM
HELMUTH WEINMANN
WALDEMAR NIEMEYER
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
VALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
JACÍ MONTEIRO
J. L. T. FLÔRES SOARES
NINO MARSIAJ
CARLOS CARRION
J. LISBÔA DE AZEVEDO
C. LUPI DUARTE
LUIS S. BARATA
ANTONIO LOUZADA

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

Ano: 25$000 — 2 anos: 40$000 — Estrangeiro ano: 40$000

Séde da Redação:
RUA GENERAL CÂMARA, 261
Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

ADAIR EIRAS DE ARAUJO — O Tratamento Cirúrgico da Hipertensão Arterial ..... Pág. 357

SECCO EIHENBERG — O Tratamento das Ulceras Rebeldes pelo Aparelho de Esparadrapo de Whright ..... " 377

FREDERICO H. RITTER — Contribuição ao Estudo dos Tumores Intracranianos e Estados ongêneres ..... " 391

O autor que desejar aproveitar a composição tipográfica, para fazer imprimir, por sua conta, separatas de seu trabalho, deverá indicar por escrito, nos originais, o numero de separatas que desejar.

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

Trabalhos originais

O tratamento Cirúrgico da Hipertensão Arterial
(Estado átual da questão)

por

Adair Eiras de Araujo

Livre-docente de Clinica Urológica da Faculdade de Medicina
Assistente da 10.ª enfermaria da Santa Casa

Um dos aspétos mais recentes e sensacionais da cirúrgia dos últimos anos tem sido sem dúvida a sua contribuição ao capítulo da terapêutica da hipertensão arterial. Si bem que todos reconheçam que o tratamento desta afecção deva ser essencialmente médico, casos ha, em que esta terapêutica falha completamente. Não se quer dizer que o tratamento cirúrgico apareça como trazendo uma solução definitiva ao problema. Êle surge quando, baldados todos os esforços do clínico, o mal segue sua marcha inexoravel. Nesta ocasião e só nesta ocasião póde entrar em jogo o cirúrgião para algumas vezes curar o doente, muitas vezes deter a marcha do mal, sempre para aliviá-lo, por um período mais ou menos longo, de seus padecimentos subjetivos. Nêste último ponto, cremos, reside um dos maiores interesses do problema. Quando se fala em avaliar o resultado de uma intervenção feita num caso de hipertensão arterial, a primeira pergunta que assoma aos lábios de todos é: quantos centimetros baixou a pressão? quanto tempo durou esta baixa? E a cirúrgia é forçada a confessar muitas vezes que esta diminuição foi muito pequena e ás vezes bastante passageira. Mas, ninguém se lembra de perguntar: como se sente o doente? E aqui poderá muitas vezes responder o cirúrgião: a cefaléa passou, e assim como éla toda a série de perturbações subjetivas que tornavam quasi impossível a vida do doente. E mais do que isto: o mal que se vinha agravando sem cessar nos últimos tempos, zombando de todos os hipotensores e de todos os regimes, tem a sua evolução interrompida. A intervenção "fixa" a moléstia como diz Leriche.

Nêste trabalho abordaremos naturalmente só o estudo do tratamento cirúrgico dêste tipo de hipertensão chamado hipertensão essencial, hipertensão solitária, cuja etiologia e cuja patogênia ainda estão em franca discussão e na qual os efeitos dos tratamentos comuns são tão inseguros. Todos os demais tipos de hipertensão, alguns dos quais até francamente cirúrgicos, como a hipertensão paroxística que acompanha os tumores das supra-renais, serão pois deixados de lado.

Mas, de que recursos dispõe o cirúrgião para combater esta hipertensão essencial? baseado em que, se apresenta êle para tratar uma moléstia cujo substrato anatomo-patológico e cuja etio-patogênia ain-

da estão sendo discutidos e modificados todos os dias? e em que consistem estas intervenções e quais os resultados que têm sido apresentados até hoje? E' o que vos procuraremos mostrar esta noite.

Antes de entrarmos propriamente nos fundamentos destas diversas intervenções, sua técnica e seus resultados, torna-se necessário repassar um certo número de dados experimentais, sem o que se tornaria difícil em muitos pontos a nossa explanação.

Assim, pois, abordaremos num primeiro capítulo as

Investigações experimentais

Os trabalhos experimentais em torno da hipertensão arterial giraram muito tempo em redor de um têma: o papel do rim na gênese da moléstia. Seria fastidioso repetir aqui todos os experimentos que se vem fazendo nêste sentido quasi desde o princípio do século. Diversos experimentadores procurando provar a origem renal da hipertensão essencial, dirigiram para êste terreno as suas investigações. E' assim que nós vemos, já em 1905, Katzenstein tentar reproduzir a hipertensão pela ligadura incompleta da arteria renal. Nós vemos Senator repetir em 1911 as experiências de Katzenstein com resultados duvidosos. Outros autores procuraram por meio de destruições ou de resecções renais parciais, ou por constricção dos ureteres reproduzir a hipertensão arterial. Os resultados não foram dos mais brilhantes. Obtinha-se algumas vezes uma hipertensão, mas esta não era durável, mostrava-se duma grande labilidade, enfim não se asemelhava em nada á hipertensão essencial permanente do homem.

Sem dúvida, a descoberta do seio carotidiano por Hering, em 1923 veiu fazer alguma luz sôbre o problema. Sabia-se afinal algo sôbre um sistema que regulava a pressão arterial. A secção dos nervos de Hering ou seio-carotidianos e dos nervos cardio-aorticos de Cyon produzia a hipertensão arterial. Êstes nervos se mostravam pois nitidamente frenadores desta pressão. A hipertensão assim obtida entretanto não durava muito tempo. Danielopolu e Aslam em experiências mais ou menos recentes (1932) chegam mesmo a pô-la em dúvida. Heymans e Bouckaert mostraram, porém, que a hipertensão assim obtida póde ser bastante fixa, não sendo modificada nem pela simpatéctomia esplancnica, nem pela suprarenalectomia ou pela gângliectomia lombar. A maioria dos autores está, entretanto, inclinada a pensar que êste tipo de hipertensão corresponda mais aos casos clínicos de hipertensão labil e não aos de hipertensão essencial, fixa, como se observa, por exemplo, nas nefrites.

Apezar, pois, de todos os esforços dos fisiologistas, até bem pouco tempo ainda não se tinha conseguido reproduzir em animais uma hipertensão arterial semelhante á do homem.

Êste mérito cabe sem dúvida á Goldblatt. Êste fisiologista Norte-Americano, com seus colaboradores Lynch, Hanzal e Summerville, deu á publicidade, em 1934, um processo que permite obter em animais, de um modo seguro, uma hipertensão arterial permanente, bas-

tante semelhante, sob todos os pontos de vista á que se observa no homem.

Em última análise a experiência de Goldblatt consiste no seguinte: em um grupo de cães, um anel de ouro ou de prata é passado em torno de ambas as arterias renais, ou de uma só, tendo sido, nêste caso, feita uma nefrectomia prévia do outro lado. Por meio de um engenhoso dispositivo especial, que não impéde o fechamento da ferida operatória, êste anel vai sendo gradativamente apertado nos dias que se seguem á intervenção. Deste modo os autores vão diminuindo lenta e gradativamente a luz da arteria renal, vão, em suma, produzindo aos poucos uma isquemia do rim. Nestes cães sujeitos á experimentação, a pressão arterial já havia sido determinada diversas vezes nos dias anteriores afim de se ter com exátidão a sua cifra média.

Os resultados das experiências foram os seguintes:

1.° — si se faz uma constricção lenta e progressiva, a pressão sobe também lentamente até chegar á cifra de 180 a 200mm. de mercurio (a pressão máxima no cão costuma oscilar entre 120 e 150mm.) cifra na qual éla se mantém por algum tempo, para caír depois alguns mm., mas ficar sempre (ou pelo menos por um espaço de tempo superior a um ano, na maioria dos casos) num nível bastante acima do normal. A uréa sanguinea e a eliminação urinária de F.S.F. se mantém normal nêstes cães, que aliás suportam perfeitamente bem a intervenção. O exame histo-patológico destes rins assim isquemiados mostra levíssimas lesões degenerativas e atroficas dos glomerulos.

2.° — si se faz uma constricção brusca e violenta, si se diminue rapidamente o calibre da arteria renal, então o quadro apresentado por êstes animais varía bastante. A pressão sóbe também rapidamente em poucos dias ou semanas até chegar a 300mm. O estado geral dos cães se altera bastante. A uréa e a creatinina sanguineas mostram-se aumentadas, a eliminação urinária de F.S.F. diminue, esboça-se rapidamente um quadro de insuficiência renal grave e os animais morrem no máximo ao cabo de 2 ou 3 meses. O exame histo-patológico destes rins, mostra lesões intersticiais de esclerose (inconstantes) e lesões glomerulares: atrofia e esclerose, sinfise da capsula de Bowmann, etc.

A experiencia de Goldblatt sofreu duras provas em quasi todos os laboratórios experimentais do mundo e délas se saíu sempre airosamente. Na França, Pasteur Vallery-Radot, Blondin, Israel e Cachin, retomando os trabalhos de Goldblatt provam que a hipertensão obtida pelo método deste fisiologista é bem de origem renal e que na sua genese não póde ser imputado nenhum papel aos nervos do rim, que poderiam ter sido também comprimidos pelo pinçamento da arteria renal. De fáto, operando em cães nos quais haviam feito uma cuidadosa enervação cirúrgica e quimica do rim, obtiveram exátamente os mesmos resultados.

A hipertensão obtida na experiencia de Goldblatt seria devida a uma acção qualquer que a constricção da artéria renal produz sôbre as supra-renais, disseram alguns dos que se mostravam contra o fator isquemia renal invocado na sua genese. Em uma nova série de ex-

periencias, Goldblatt demonstrou que tal não se dava. Si num cão se faz uma suprarenalectomia total de um lado e do outro se extirpa a médulo-suprarenal, ao mesmo tempo que se cortam todos os nervos, inclusive os esplancnicos, a constricção da artéria renal produz o mesmo resultado. No entanto, nêste animal a suprarenal estava reduzida a uma cortical enervada.

Ainda como contraprova, fizeram os autores constricções semelhantes de diversas outras artérias, como a esplenica, a hepatica, a femural e não observaram nenhuma alteração de pressão semelhante á que se produz pela constricção da artéria renal.

Algumas outras causas extra-renais ainda poderiam ser invocadas como sendo as responsaveis pela hipertensão obtida por Goldblatt. Esta compressão da artéria renal poderia trazer, por um reflexo simpatico vaso-motor, um aumento das resistências periféricas, ou uma alteração da atividade cardiaca ou mesmo, por um mecanismo qualquer, um aumento do volume do plasma e seriam êstes então os fatores responsáveis pela hipertensão. Notáveis trabalhos de Freemann e Page , publicados no American Heart Journal em 1937 vieram de um modo decisivo afastar estas objeções. De fáto, em cães nos quais êstes autores fizeram uma gânglioctomia simpatica total, isto é, a remoção de todos os gânglios simpaticos do gânglio estrelado para baixo, do mesmo modo que em cães nos quais fizeram a simpatectomia e a enervação do coração, a hipertensão se desenvolveu do mesmo modo que quando nos animais assim tratados se realisava a experiencia clássica de Goldblatt. Além disto, mediram o volume do plasma tanto em cães normais como em cães simpatectomisados e verificaram que êste volume não era maior do que o dos cães submetidos á experiencia de Goldblatt.

Levando avante seus estudos, Goldblatt, em colaboração com Gross e Hanzal, demonstrou que a resecção da porção toracica dos nervos esplancnicos, associada á extirpação dos 4 últimos gânglios lombares não tinham a minima influência sôbre a hipertensão produzida por isquemia renal, nem siquer a evitava.

Ainda no capítulo das hipertensões por isquemia renal, algumas das experiências mais interessantes são as que, entre outros, Blalock e Levy praticaram. Conseguiram êstes autores transplantar o rim de um cão para o pescoço, implantando artéria e veia renais nos vasos cervicais dêste animal. Depois de feita a nefrectomia do outro rim, verificaram êstes autores que a aplicação da pinça de Goldblatt no pediculo do rim cervical assim obtido, produzia o aumento da pressão arterial dêstes animais. Os mesmos resultados obtiveram Glenn, Child e Heuer fazendo a implantação do rim nos vasos femurais e depois aplicando a pinça de Goldblatt na artéria femural.

Goldblatt e Wartmann não conseguiram evitar ou reduzir a hipertensão de cães com isquemia renal, pela secção de todas as raizes medulares anteriores, desde a 6.ª toracica até á 2.ª lombar. Do mesmo modo Page, estudando as relações da hipofisectomia com a hipertensão produzida pela constricção da artéria renal, verificou que esta intervenção era capaz de baixar esta pressão mas não evita a sua produção.

Procurando chegar a uma conclusão depois desta série enorme de experimentações, Goldblatt acha que a hipertensão produzida por isquemia renal não é devida a nenhum reflexo nervoso partindo dêste rim isquemiado, nem de porção alguma do sistema vaso-motor. Sua conclusão final é a seguinte: a hipertensão arterial obtida por isquemia renal em cães, deve ter por causa um fátor humoral hipotético, que se origina no rim isquemiado e que produz uma constricção arteriolar geral.

Entretanto, bem recentemente, em 1937, Goldblatt em uma nova série de experiências, verificou que uma suprarenalectomia total bilateral anula completamente o efeito da compressão da arteria renal na genese do processo hipertensivo. Foi esta a unica intervenção que se mostrou de valor contra êste genero de hipertensão. Como em suas primeiras observações, como vimos ha pouco, Goldblatt deixava a cortex suprarenal e obtinha a hipertensão, pensa êle agora que haja uma relação entre a cortex suprarenal e êste fátor hipertensivo renal hipotético, no sentido de uma ação sinergica de ambos na obtenção da hipertensão. Page em 1938, trazendo um elemento positivo para esta hipotese mostrou que a administração de cortex suprarenal em altas dóses em cães nos quais ambas as suprarenais haviam sido extirpadas, conseguia produzir e manter a hipertensão uma vez que se aplicasse a pinça de Goldblatt na artéria renal.

Experiências diversas feitas com o fim de por em evidência êste fátor hipertensivo, falharam completamente. Procurou-se isolá-lo da urina ou do sangue. Em ambos os casos os resultados foram muito pouco satisfátorios e sujeitos a severas criticas. Contra a hipotese de um fátor hipertensivo no sangue fala o fáto clínico das transfusões de sangue. Com efeito, Pickering, procurou estudar as modificações da pressão do receptor quando os doadores eram individuos francamente hipertensos e achou que estas alterações eram exátamente as mesmas que se encontram quando a pressão arterial do doador é normal. Além disto, todas as experiências feitas, ora com extrátos de rins isquemiados, ora com sangue da veia renal deram resultados muito pouco satisfatórios.

Experimentalmente ainda dois outros processos conseguem reproduzir a hipertensão arterial em animais:

1.º — A injeção intravenosa continua de adrenalina durante duas semanas produziu em cães uma hipertensão permanente. As quantidades de adrenalina para obter êste efeito eram porém tão grandes que produziam a morte do animal ao cabo de muito pouco tempo. E' verdade que Lucinesco, a pedido de Leriche, realizou em animais, graças a enxertos subintrantes de supra-renais, um hipertensão permanente bastante estável. Em geral no 6.º a 8.º enxerto esta hipertensão se manifestava. Os pesquizadores que sustentam a hipotese de uma disepinefria na patogenia da hipertensão procuraram demonstrar esta sua hipotese pelas dosagens de adrenalina em individuos hipertensos ou em animais tornados experimentalmente hipertensos. Os resultadodos por êles apresentados tem sido sujeitos a severas criticas e ainda re-

centemente Rogoff mostrou que êstes métodos de dosagem da adrenalina no sangue são muito imperfeitos e sujeitos a erros grosseiros.

2.º — Dois autores alemães, Dickson e Heller, mostraram em 1937, que se podia obter em cães uma hipertensão arterial permanente, injetando por via sub-occipital, na cisterna magna, uma suspensão de kaolin. Esta hipertensão que é associada á hipertensão do liquido céfalo-raquiano acompanha-se em geral de perturbações motoras, taquicardias, e crises convulsivas. Seu mecanismo é ainda bastante obscuro e nem o invocado pelos autores do método, nem o fornecido por outros autores (Loeper, Lemaire, Patel, etc.) satisfazem plenamente (Varay). Talvês êste tipo de hipertensão possa ser aproximado á hipertensão de origem diencefalica obtida recentemente (1935) por Melle. de Jaegher e van Bogaert, pela excitação elétrica e química do hipotalamo. Êste último tipo de hipertensão é entretanto muito transitório.

Poderão êstes dados experimentais serem aplicados dirétamente ao homem? Será a hipertensão experimental obtida por qualquer um dêstes processos, exátamente igual, pelo seu tipo, pela sua evolução, á que se observa no homem? No dia em que isto ficasse demonstrado estaria explicada a patogenia da moléstia humana. No homem o problema é muito complexo. Si em alguns casos de hipertensão arterial se tem a impressão que o processo possa estar ligado a uma isquemia renal, noutros parece que muitos outros fátores, principalmente de ordem nervosa e endocrina, deverão ser invocados. Um certo numero de casos clínicos registados ultimamente mostram de uma maneira bastante convincente que o mecanismo da isquemia renal é responsável por alguns casos de hipertensão no homem. Dêstes, o mais interessante é sem duvida o caso de Freemann e Hartley, ao qual ainda recentemente Abrami, Iselin e Wallich dão grande valor a proposito de seu método cirúrgico do tratamento da hipertensão. O caso de Freeman e Hartley parece de fáto ser unico na literatura mundial:

Um individuo de 50 anos, até então normal sob o ponto de vista de sua tensão arterial que era tomada frequentemente pelo seu médico assistênte, sofre uma queda, em consequência da qual há uma ruptura de um rim que necessitou ma nefrectomia. Dois anos depois, consultando seu médico por uma cefaléa rebelde, êste achou uma pressão arterial de 23/14. O quadro clínico da hipertensão se esboça rapidamente nos mêses que se seguem, sinais de insuficiencia ventricular e de insufiência renal se instalam e o ao cabo de 1 ano o doente morre apesar-das mais variadas terapêuticas. Na autopsia encontrou-se uma grande placa de ateroma que diminuia a tal ponto o calibre da artéria renal que uma tentacanula passava com dificuldade pela luz desta artéria. O rim macroscopicamente era normal e o exame histopatologico revelou apenas discretas lesões glomerulares. A analogia com a experiência de Goldblatt é enorme. Êste caso parece, pois, ter realisado um dos exemplos mais típicos de hipertensão por isquemia renal.

Ainda há poucos dias todos nós tivemos o prazer de ouvir a palavra ilustrada de nosso presado mestre e consocio Prof. Tomaz Ma-

riante, que nos relatou dois casos nos quais a hipertensão fazia parte do quadro sintomático tendo em ambos a nefrectomia trazido a cura do doente. Nesta ocasião o nosso caro presidente pediu-nos que procurassemos na literatura médica si já havia sido publicado algum outro caso de cura da hipertensão pela nefrectomia. Tanto quanto nos foi possivel, pois as pesquizas bibliograficas são bastante deficientes em nosso meio, não pudemos encontrar caso de hipertensão curados pela nefrectomia até 1938. Nêste ano, com efeito, além do caso de Freemann e Hartley que acabamos de relatar, mais dois foram dados á publicidade no Johns Hopkins Hospital, bastante interessantes também a ponto de merecerem ser aqui resumidos. Em ambos havia hipertensão e a nefrectomia trouxe a cura.

No primeiro caso, relatado por Leadbetter e Burkland, tratava-se de um negrinho de 5 anos e meio. Dêsde a idade de 6 mêses esta criança estava sob cuidados médicos por perturbações de insuficiência cardiaca sem que se tivesse chegado a um diagnóstico positivo. A radiográfia mostrava um grande aumento da área cardiaca, o elétrocardiograma era normal. Com 3 anos e 4 mêses foi tomada pela primeira vez a pressão arterial e achou-se 17/11. Dêsde então esta criança tem estado sob o controle do Johns Hopkins Hospital. Os exames todos se mostraram normais excéto uma urográfia excretoria que não mostrou imagem renal á direita. Uma cistoscopia e uma pielográfia ascendente á direita evidenciaram um rim ectopico, na altura do promontório, mas morfologicamente normal. Durante dois anos a curva da pressão arterial foi seguida nesta criança. Com 5 anos e meio éla estava em 22/10. Nesta ocasião novos exames urológicos mostraram grande deficiência de funcionamento do rim direito, ectopico. O estado geral se mostrava bastante peor. Depois de uma conferência entre pediatras e urologistas resolveu-se fazer uma nefrectomia. A intervenção correu normalmente. Rim aparentemente normal. Dez dias depois alta do hospital com pressão de 12,5/7. Já tem 5 meses de observação póst-operatória com frequentes tomadas da pressão que tem se mantido sempre baixa, sendo ultimamente de 10/7. Exame histo-patológico: rim pequeno em relação á idade mas de aspéto normal. Bacinete e calices normais. A artéria renal era pequena e diversos cortes transversais, mostraram a mais ou menos 1 cm. do hilo do rim uma oclusão parcial. Além de um pequeno hipertrofia da mucosa dos tubos nada de anormal foi encontrado microscopicamente no parenquima renal. O mesmo quanto ao cálice e bacinete. A parede da artéria renal e de seus ramos principais se mostrou normal. Mas a cerca de um centimetro do hilo do rim, encontram-se interessantes alterações dêste vaso. A parede da artéria em si não estava modificada mas sua luz estava quasi cheia por uma massa de tecido constituido principalmente por musculo liso e limitada por uma lamina elastica. Os autores pesam estar deante duma anomalia congênita da artéria renal que pela obstrução que nela fazia provocava um certo gráu de isquemia renal com hipertensão arterial.

No segundo caso, que foi relatado por Boyd e Lewis, tratava-se de um homem de 31 anos, que baixou ao hospital em 1936 por cefalalgia

intensa e perturbações de visão. Pressão — 21/12. Depois de uma série muito longa de exames, os autores concluiram pelo diagnóstico de tumor da suprarenal esquerda. Em 3 de Setembro de 1937 o doente foi operado, fazendo-se uma exposição bilateral das suprarenais pela técnica de Young. Ambas as suprarenais se mostraram absolutamente normais. O aspéto do rim direito chamou, porém, a atenção dos autores que tiveram a impressão de estarem diante de um grande infarto do rim. Nefrectomia. Alta com pressão de 12/8; 7 meses depois a cura se mantinha e a pressão arterial era de 12,5/8,5. O diagnóstico de infarto foi confirmado pelo exame histo-patológico. Os autores não dão uma descrição detalhada do que foi êste exame histo-patológico, dão uma descrição detalhada do que foi êste exame histo-patológico, ter notado alterações arteriais, com diminuição da luz dêstes vasos, assim como lesões diversas, espalhadas pelo parenquima.

Vejamos agora quais são as intervenções que a cirúrgia propõe para tratar a hipertensão arterial. Passaremos em revista cada uma délas isoladamente ou combinada com outras, dando a sua técnica, a sua base, os resultados e uma pequena critica.

SUPRARENALECTOMIAS

Mais do que indicada nos casos de hipertensão arterial paroxistica, em que se póde evidenciar um tumor adrenalinogeno da médulo-suprarenal, a indicação da suprarenalectomia nos casos de hipertensão essencial permanente tem sido muito discutida. Defendem-na aquêles que querem fazer da hipertensão uma disepinefria, uma moléstia endocrina.

Impressionado pelas relações então já bem evidentes, entre as suprarenais e o sistema simpático, pelo efeito vaso-constritor da adrenalina, pelas relações tireoide-suprarenal e por uma série de fátos clínicos, Crile parece ter sido o primeiro cirúrgão a praticar, já em 1914, uma suprarenalectomia esquerda no tratamento da hipertensão. A intervenção não foi feita isoladamente mas acompanhada por uma ligadura bilateral das artérias tireoidéas e por uma simpatectomia cervical bilateral. A pressão que era de 26/10 antes da intervenção, oscilava entre 16/8 e 18/9 um mês depois. Um ano após a pressão havia subido novamente ao seu nivel primitivo e o doente faleceu depois de 3 hemorragias cerebrais. Em 1915 e em 1916, Crile realisou mais 3 suprarenalectomias unilaterais e, sempre pensando que a tireoide não fosse extranha á etiologia do mal, associando-as á tireoidectomia e, ás vezes, á simpatectomia cervical. Os resultados não foram bons. Em 1926 Crile, julgando que seus máus resultados anteriores eram devidos a defeitos de técnica e que com os progressos da técnica cirúrgica dos últimos anos, novos casos deveriam ser tentados, voltou a praticar suprarenalectomias unilaterais nos casos de hipertensão (7 casos). Observou, entretanto, que a intervenção não tinha grande resultado sôbre a pressão diastolica e que os efeitos benéficos sôbre a pressão sistolica eram muito passageiros. Atribuiu isto a um desenvolvimento compensador da suprarenal do outro lado e abandonou a intervenção.

Em 1929 Antonucci, a pedido de Galata, fez uma suprarenalectomia em uma mulher hipertensa em menopausa e conseguiu uma baixa de pressão de 30/16 para 18-19/10, cifra na qual éla se mantinha ainda 6 meses depois da intervenção.

Em 1930 Monier-Vinard e Desmarest relatam um caso de hipertensão tratado por suprarenalectomia e radioterapia post-operatória. Os resultados foram bastante animadores.

Em 1932, a respeito de dois casos de arterite obliterante associada á hipertensão arterial e tratados por suprarenalectomia, Pieri salienta que a intervenção em nada influiu esta última.

De 1934 para cá, entretanto, diversos autores têm tratado a hipertensão pela suprarenalectomia unilateral. Na França, Leriche e nos Estados Unidos, De Courcy principalmente têm dedicado a esta intervenção inumeros trabalhos. Leriche que a principio usava só a suprarenalectomia, ultimamente a tem associado á operações sôbre o simpatico e, nos últimos tempos, abandonou-a quasi completamente. Reconhece entretanto, que lhe deve alguns sucessos brilhantes ao lado de falhas completas. Em alguns dos casos em que a empregou, pensa que, si a operação não curou o doente, pelo menos fez o mal deter a sua evolução impedindo ou retardando bastante uma morte que tudo fazia prever para muito breve. Apesar-de ser um defensor da disepinefria na genese do mal, Leriche acha que se deva preferir a intervenção sôbre os nervos das suprarenais (esplancnico - enervação) á intervenção radical sôbre a própria glândula.

De Courcy nos Estados Unidos, achando que o mal da intervenção residia em ser éla muito incompleta, passou a fazer, em vez de uma suprarenalectomia total unilateral, suprarenalectomias parciais bilaterais. Começou empregando sua técnica em casos de tumores corticais mas hoje a indica também para a hipertensão essencial. Sua última estatística é de 27 casos nos quais aliás o autor não especifica os resultados dizendo apenas serem êles bons. Em suas intervenções costuma remover 2/3 e até 4/5 de cada glândula, sempre do lado oposto ao pedículo. Nunca teve resultados desastrosos pela extirpação de uma tão grande porção de suprarenal.

Apesar-de ter sido publicados um numero bem regular de resultados bons, o tratamento da hipertensão pela suprarenalectomia é muito pouco aceito pela cirúrgia. Mesmo áquêles que dão ás suprarenais um papel preponderante na patogenia do mal, preferem praticar intervenções simpaticas visando diminuir a função da glândula. Poucos são os cirúrgiões como De Courcy que se aventuram a fazer ressecções tão extensas de suprarenais quando se sabe que há outras intervenções que, com muito menos prejuizo e risco para o paciente são capazes de trazer os mesmos resultados clínicos. Esta a critica que se póde fazer da suprarenalectomia.

Sua técnica não é muito dificil e tem sido muito bem sistematisada por diversos autores. Entre êles Young, publicou uma técnica de acesso bilateral ás suprarenais que se torna muito util para aquêles que, como De Courcy, pretendem fazer suprarenalectomias parciais bi-

laterais ou explorar as glândulas na esperança de nélas encontrar alguma alteração que traga algum esclarecimento ao diagnóstico do caso.

RIZOTOMIAS

Em 1930 Adson e Brown trataram dois casos de hipertensão arterial pela secção bilateral das raizes medulares anteriores, dêsde a 6.ª vertebra cervical até a 2.ª lombar. Seus fundamentos para esta intervenção eram:

1.º — seccionar todas as fibras que passam, num sentido ou no outro, pelas raizes anteriores, interrompendo assim o influxo simpatico toraco-lombar da 5.ª vertebra toracica para baixo e

2.º — paralisar os musculos abdominais.

Conseguindo isto, êles teriam:

1.º — simpatectomisado um numero suficiente de arterias para modificar quaisquer reflexos arteriais.

3.º — removido os efeitos da pressão intra-abdominal.

Os resultados não foram máus. A baixa obtida na pressão não foi muito grande mas se mantinha por muito mais de ano e a sintomatologia subjetiva melhorou extraordinariamente, assim como as lesões retinianas.

Entretanto os autores abandonaram algum tempo depois esta intervenção, alegando que a esplancnicotomia associada á extirpação dos dois primeiros gânglios simpaticos lombares e á suprarenalectomia unilateral era mais eficiente e benigna no tratamento da hipertensão arterial.

Leriche foi um dos autores que mais veementemente criticou esta intervenção, chamando-a de mutilante e dizendo não haver vantagem em curar uma moléstia deixando o doente aleijado. Leriche queria se referir á paralisia dos musculos abdominais que a intervenção traz.

Apesar-disto, Page e Heur voltaram a utilizar esta intervenção, empregando-a em diversos pacientes. Confessam, entretanto, ser esta intervenção a mais dificil, a mais longa e a mais perigosa de todas as que tem sido propostas para controlar a hipertensão arterial. Realisam-na em dois tempos, fazendo primeiro a laminectomia e dias mais tarde a secção das raizes anteriores. Os autores não dão grande significação á paralisia dos musculos abdominais anteriores contra a qual se levantou Leriche, dizendo que éla não deforma nem incapacita o doente.

Seus doentes foram cuidadosamente estudados, principalmente sob o ponto de vista do que êles chamam "a flexibilidade da arvore vascular. Para este fim observam o efeito sôbre a pressão dos seguintes fátores:

1.º — repouso no leito.

2.º — injeção intramuscular de Scoloidal ou de acetil-beta-metilcolina.

3.º — administração do tiocianato de sódio por via oral e inhalação de nitrito de amila.

4.º — flutuações diárias da pressão.

Conforme os resultados dividiram seus 23 casos em: doentes

com hipertensão arterial essencial, doentes com sindrome hipertensivo diencefálico e doentes com hipertensão maligna.

Houve uma mortalidade operatória de 13% (3 casos em 23). Apesar-do entusiasmo dos autores, seus artigos não convencem a quem os lê, da vantagem desta intervenção sôbre as outras. Seus melhores resultados parecem ser nos casos de hipertensão maligna. Nos demais casos sem duvida alguma qualquer das outras intervenções propostas dá os mesmos ou talvês melhores resultados, sem os riscos e as consequências sempre desagradaveis duma rizotomia anterior tão extensa.

Na Clínica Mayo também esta intervenção foi praticada por algum tempo mas foi depois aos poucos abandonada pela simpatectomia.

Cremos ser uma intervenção a ser realisada só em casos extremos e unicamente em centros cirúrgicos adeantados onde se possa contar com um serviço de esterelisação ótimo, tais os grandes perigos da infecção das meninges. Só também um cirúrgião habituado á cirúrgia nervosa e á prática das laminectomias deverá se arriscar nesta intervenção grave e dificil.

SIMPATECTOMIAS

Sob esta designação geral, estudaremos todas as intervenções que se fazem no território do simpatico, assim como as diversas combinações de operações até agora propostas. Começaremos pelas mais comuns e mais usadas, a saber as

INTERVENÇÕES SÔBRE OS ESPLANCNICOS
(resecções — anestesias — alcoolisações)

No principio do século, em 1903 ainda, Pende chamava a atenção para o seguinte fáto: a secção dos nervos esplancnicos e do plexo solar produz uma atrofia da médulo-suprarenal, acompanhada de intensa vaso-dilatação da glândula. Continuando seus estudos Pende afirmava que a secção unilateral dos esplancnicos (grande e pequeno) era suficiente para produzir uma atrofia das duas médulo-suprarenais. Hoje êstes resultados iniciais de Pende tem sido negados por alguns autores, principalmente Fontaine e Froelich (da clínica de Leriche) que dizem que a secção unilateral dos esplancnicos só age sôbre a suprarenal daquêle lado e assim mesmo em pequena proporção, reduzindo apenas de 1/10 o peso da glândula (Congresso Francês de Cirúrgia. 1934". Êste fáto tem sido invocado, como veremos dentro em pouco, por aquêles que preconisam a secção bilateral dos esplancnicos, em vez de um só.

A prioridade da idéa de, pela secção dos esplancnicos, tratar a hipertensão arterial, tem sido discutida. Na realidade parece ter sido Danielopolu, em artigo publicado no "Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris" em 1923 o primeiro a sugerir esta resecção. Entretanto foi sem duvida Pende quem, em 1924, no Congresso Internacional de Medicina Interna realisado em Padua, afirmou pela primeira vez e trouxe para isto abundante documentação ex-

perimental, que a resecção dos esplancnicos esquerdos (pois Pende se mantém fiel á secção unilateral) deverá ser a intervenção ideal no tratamento cirúrgico da hipertensão arterial. Foi também sob a sua orientação que o cirúrgião italiano Gino Pieri realisou, pela primeira vez, no homem esta intervenção. Foram ainda Pende e seus colaboradores que a divulgaram a todo o mundo através de seus trabalhos. O nome de "operação de Pende" que lhe deu Mario Donati, parece estar assim bastante justificado e é hoje aceito em toda a parte.

Assim estabelece Pende as razões que o levaram a indicar esta secção dos esplancnicos esquerdos:

1.º — redução da produção adrenalinica das duas suprarenais.

2.º — interrupção de numerosas vias vaso-constrictoras abdominais (hepatica, esplenica, renal, intestinal) impedindo assim numerosos reflexos hipertensivos desta origem.

Pende e sua escola afirmam terem obtido ótimos resultados com esta intervenção, salientando a necessidade de se fazer uma seleção rigorosa dos casos clínicos. Sempre que há lesões renais, cardiacas ou arteriais avançadas a intervenção é contra- indicada.

Vejamos agora, em algumas palavras, a técnica da esplancnicectomia.

Vias de acésso — Jean que foi o primeiro a abordar cirurgicamente o esplancnico em 1921 aconselhava uma via toracica lateral trans-pleural. Jiano usou uma via anterior, trans-peritoneal. Estas duas vias foram naturalmente abandonadas, pois em ambas se abriam grandes cavidades serosas (pleura e peritonio) com todos os inconvenientes que daí decorrem.

Gino Pieri descreveu em 1927 a via mediastinal posterior, retropleural, a qual êle se mantém fiel até hoje, mas que tem sem duvida os seus inconvenientes Adson, cirúrgião da Clínica Mayo, critica á esta via de acésso, além de outros defeitos, o de ser incompleta, não secionando todos os filetes do esplancnico, e não dando acésso á suprarenal.

Rossi, em 1928, abordou o esplancnico por uma via supra-diafragmatica infra-pleural, que dá no entanto pouca luz sem afastar completamente o perigo da operação de Pieri e que é o ferimento da pleura.

Finalmente, em 1932, Durante abordou o esplancnico por uma via lombar, sub-diafragmatica que tem sido seguida pela maioria dos cirúrgiões europeus e norteamericanos e que foi muito bem sistematisada por Donati em 1934. Sua principal vantagem, além de afastar por completo o perigo da lesão pleural, reside na exposição simultanea que póde ser feita da suprarenal daquêle lado o que permite associar á resecção do esplancnico a inspecção e qualquer intervenção que se julgue necessário sôbre áquela glândula.

A operação de Pende foi experimentada póde-se dizer no mundo inteiro. Ao lado de sucessos brilhantes, falhas absolutas, atribuidas pela escola Italiana á má escolha dos casos.

Diversos autores procuraram, pois, melhorá-la.

Leriche, achando que muitas vezes a secção unilateral era in-

suficiente, preconisa a secção bilateral nêstes casos, mas êle mesmo é o primeiro a confessar que êste processo também falha frequentemente. Resolveu então combinar duas intervenções ou mesmo tres: do mesmo lado e pela mesma incisão faz — secção dos esplancnicos, suprarenalectomia e, ás vezes, extirpação dos primeiros gânglios simpaticos lombares. Em outros casos combina secções nervosas de um lado e extirpação glândular ou gânglionares do outro. No fim de seu trabalho que é baseado em 19 observações o cirúrgião de Strasburgo conclui dizendo que, a seu ver, atualmente, a melhor intervenção consiste em: 1.º — suprarenalectomia de um lado, acompanhada, si possivel, de ablação gânglionar simpatica; 2.º — num segundo tempo, resecção dos esplancnicos do lado oposto, acompanhada ou não de gângliectomia.

Nos Estados Unidos a operação de Pende foi e está sendo usada muito extensamente. E' natural que praticada pelos mais variados cirúrgiões, com técnicas muito diversas, os resultados não sejam sempre concordantes. Tomemos, porém, os dois maiores centros americanos em que esta operação tem sido correntemente realisada (com modificações como veremos dentro em pouco) e analismos os seus resultados. Peet e os cirúrgiões da Clínica Mayo têm sido os pioneiros desta intervenção nos Estados Unidos.

Em Novembro de 1938, já havia Peet operado mais de 400 casos de hipertensão arterial (mais do que todas as estatisticas européas. Faz uma resecção esplancnica bilateral, operando os dois lados na mesma sessão operatória. Aborda os esplancnicos por uma incisão para-vertebral, resecando uma pequena porção da 11.ª costela, e, além da extirpação de uns poucos centímetros dos esplancnicos, faz uma gângliectomia do X.º gânglio simpatico ao diafragma, seccionando ao mesmo tempo os ramos comunicantes dos X.º, XI.º e XII.º nervos inter-costais. Em 90% dos casos as melhoras clínicas são, por assim dizer, absolutas. Em 50% a cifra da pressão baixa sensivelmente e muitos de seus doentes já têm uma observação post-operatória de 5 anos.

Impressionado ultimamente pelos trabalhos de Goldblatt a que nos referimos no princípio, Peet pensa que na maioria de seus casos, a hipertensão seja devida a uma isquemia renal secundária a uma vaso-constricção persistente de origem nervosa e êle crê que deve seus bons resultados ao fáto da simpatectomia deprimir esta super-atividade nervosa, removendo assim o que êle chama de "pinçamento nervoso" dos vasos renais.

Não crê que haja um ou vários "tests" capazes d ralizar uma selecção rigorosa dos casos a serem operados. Pessoalmente só opera doentes nestas condições: 50 anos ou menos — pressão sistolica de 20 mais ou menos — azoto não proteico normal — uréa dentro de cifras normais — coração ainda compensado — sintomatologia clínica de cefaléa, vertigens, lipotimias, perturbações visuais. Si, em casos nestas condições, o tratamento médico falhar, acha que se póde assegurar com certeza o benefício do tratamento cirúrgico.

Em resumo, operando seus doentes, Peet se propõe a baixar sua

pressão arterial, melhorar a função renal e trazer-lhes uma grande melhora clínica. Isto se consegue pelas efeitos da operação e que são:

1.º — diminuir o volume de sangue periférico graças á vaso-dilatação que se observa na área inervada pelo esplancnico.

2.º — diminuir a secreção adrenalinica suprarenal.

3.º — diminuir as vaso-constricções anormais do rim dêsde que nêste orgão não haja ainda lesões de esclerose muito avançadas.

O outro centro cirúrgico norte-americano que adotou com fervor a operação de Pende, modificando-a bastante porém, foi a Clínica Mayo. Dispondo de um admiravel conjunto de clínicos e cirúrgiões, trabalhando sinergicamente, realisou a Clínica Mayo nêste terreno da Medicina um notável trabalho, no qual se destacam sem duvida, os nomes de Allen, Adson e Craig. Os pesquizadores da Clínica Mayo aceitam de um modo geral a teoria neurogênica da hipertensão acreditando que ela seja devida á hipersensibilidade do mecanismo vaso-motor de alguns individuos. A finalidade da intervenção seria:

1.º — suprimir os impulsos vaso-constrictores na grande área do esplancnico.

2.º — dilatar os vasos esplancnicos, criando assim o que êles chamam um "reservatório de segurança" para contrabalançar vaso-constricções que se produzam noutros departamentos da econômia.

3.º — diminuir a secreção da adrenalina.

4.º — aumentar o afluxo sanguíneo ao rim.

Os doentes da Clínica são cuidadosamente examinados. As minimas variações de pressão são anotadas e em alguns doentes chegam ao ponto de praticar 24 tomadas de pressão num dia. Após um estudo minucioso de seus doentes, dividem-nos em dois grandes grudos: os casos de hipertensão solitária, isto é, aqueles em que a hipertensão não póde ser atribuida a nenhuma moléstia conhecida e que constituem 85% de todos os casos e os de hipertensão secundária, em que há uma causa responsável pelo processo e que constituem os restantes 15%; estas causas são: glomerulo-nefrites, tumores da suprarenal, hipertiroidismo, arterioesclerose (negada por muitos), fistula arterio-venosa traumática, etc. Nos casos que interessam á cirúrgia, os de hipertensão essencial, os pacientes são divididos em 4 grupos, de acôrdo com os seguintes sinais:

Grupo I — leve aumento da pressão sanguínea que aliás volta ao normal pelo repouso. Leve esclerose das arterias retinianas.

Grupo II — hipertensão franca, mais ou menos acentuada. Esclerose moderada das arterias da retina. Ás vezes trombose venosa e retinite arterioesclerotica.

Grupo III — hipertensão mais ou menos acentuada. Retinite angiospastica.

Grupo IV — grande hipertensão. Retinite angioespastica. Edema dos discos óticos.

Êstes doentes são submetidos a rigoroso tratamento médico. Si êste falha, são então levados ao serviço de cirúrgia. Na secção de cirúrgia os doentes são selecionados do modo seguinte:

Os pacientes dos grupos II e III são em geral operados. Cons-

tituem indicações formais de terapêutica cirúrgia: 1) a marcha progressiva do mal; 2) o bom estado funcional do coração e dos rins; 3) o fáto da pressão arterial baixar pelo repouso ou pelo sono, pela injeção intravenosa de pentotal sódico (barbitúrico de formula semelhante á do evipan), pela administração de amital ou de nitritos.

Os pacientes do grupo IV não são operados em geral, ou o são sob reservas podendo-se quasi sempre afirmar que a intervenção não lhes trará grandes benefícios.

Quanto aos doentes classificados no grupo I, na sua maioria, o seu mal não é de molde a exigir uma terapêutica cirúrgica e nêles deve-se insistir muito no tratamento médico. Na seleção dos doentes dêste grupo a serem operados têm usado um "test" que chamam de "cold pressor" (que talvês se pudesse traduzir por "frio-pressão") idealisado por Hines e Brown em 1932. Em linhas gerais consiste em mergulhar uma mão do doente em agua cuja temperatura deve estar entre 1 e 4.°C. durante 1 minuto. Observam-se as modificações que se produzem dêste modo na pressão arterial, assim como o tempo que ela precisa para voltar ao normal. Nos individuos normais o aumento máximo se estabelece no fim de 30" de imersão e ao cabo de 2' a pressão já voltou á sua cifra anterior. Si a resposta a êste "test" é muito demorada e si a pressão leva muito tempo para ser estabelecer nos seus limites anteriores, consideram como mais um elemento de indicação para a terapêutica cirúrgica. Não dão entretanto valor absoluto a êste "test" baseando-se mais nos dados clínicos, principalmente na marcha progressiva do mal, isto é, a tendencia do doente a passar para o grupo II.

A intervenção usada na Clínica Mayo e que é conhecida pelo nome de operação de Adson e Allen consiste no seguinte:

Por via sub-diafragmatica extra-peritoneal abordam simultaneamente os esplancnicos, os dois primeiros gânglios simpaticos lombares e a suprarenal. Resecção de 2 ou 3 cms. dos esplancnicos e gânglioctomia simpatica. Em uma série de casos, extirpação de 1/3 ou mesmo 1/2 da suprarenal e noutra série deixaram a suprarenal intacta. Dias mais tarde, pelo menos 10, repetem a mesma intervenção do outro lado. A mortalidade operatória foi nula. Como consequências desagradáveis da intervenção, citam os autores: ausencia de sudação nos pés e na extremidade inferior da perna, aumento de temperatura nestas mesmas regiões, alguns casos de diminuição da força ou até abolição da ejaculação, esterelidade no homem sem alteração porém do áto sexual. Na mulher nunca observaram alteração do ciclo menstrual, sendo que casos por êles operados já têm levado a termo gravideses normais. Também nunca observaram qualquer perturbação do funcionamento esfinteriano.

Operaram até hoje cerca de 400 casos, sendo 175 com a sua operação tipica como acabamos de descrever. Os autores não deram ainda uma estatistica global de todos os seus resultados. Numa série de 31 em que há um periodo post-operatório de 16 meses assim os classificaram.

	Resultados clínicos	Baixa da pressão
Ótimos	14	9
Bons	10	8
Regulares	2	8
Máus	5	6

Bastante recentemente Adson e Allen em defesa de seu processo vêm rebater uma série de objeções que lhe têm sido feitas por diversos autores. Seria interessante reproduzir aqui algumas destas objeções e destas respostas:

1.ª objeção: uma vês que a simpatectomia não modifica a hipertensão produzida no cão pela experiência de Goldblatt não há razão para aplica-la no homem.

1.ª resposta: atualmente não há nenhuma prova que permita identificar a hipertensão da experiência deGoldblatt com a hipertensão observada no homem.

2.ª resposta: mesmo si esta identidade ficasse provada compreende-se muito bem que no cão uma simpatectomia não possa alterar modificações circulatórias que foram produzidas por um obstaculo organico, por uma pinça. Si alguma constricção análoga póde haver na arteria renal do homem, esta é de ordem vaso-motora e sôbre ela por conseguinte poderá agir a simpatectomia.

3.ª resposta: praticamente o grande numero de doentes que aproveita imenso com a intervenção constitue sem duvida um dado de muito valor.

2.ª objeção: si a simpatectomia produz uma vaso-dilatação numa grande área do organismo (área do esplancnico e extremidades inferiores) é bem possivel que a constricção não só persista, mas até aumente em outros segmentos. O cérebro e o coração seriam neste caso os orgãos que poderiam mais sofrer por isto, aumentando o perigo duma trombose cerebral ou dum infarto do miocardio.

1.ª resposta: a êste argumento, teoricamente muito logico, os autores opõe o resultado do exame de fundo de olho nos doentes operados, mostrando que não há aumento da constricção dos vasos retinianos.

2.ª resposta: o grande numero de casos operados nos quais nunca se observaram estas consequências desastrosas ou pelo menos elas nunca puderam ser fundamentalmente atribuidas á intervnção, fala eloquêntemente contra esta objeção.

Ainda outros argumentos, alguns absolutamente infundados, outros com certa base, têm sido levantados contra a simpatectomia. A dilatação arteriolar nas áreas simpatectomisadas fazendo alguns importantes orgãos trabalharem em estado de hiperhemia ativa, não será prejudicial? Si, de acordo com as experiências de alguns investigadores, não há aumento de tono vaso-motor na hipertensão, que resultado se póde esperar da simpatectomia? Os resultados da operação não serão apenas transitórios? A todos êstes argumentos os autores opõe

solidas respostas que não poderemos desenvolver aqui afim de não alongarmos demais o nosso trabalho.

Não se poderia encerrar êste capítulo de cirúrgia do esplancnico sem deixar de aludir aos novos trabalhos de Pende, procurando tratar, a exemplo de Ciceri, a hipertensão pela anestesia ou pelo bloqueio alcoolico dos esplancnicos. Acha Pende que a anestesia esplancnica pela alipina seja um remédio heroico nas crises graves de hipertensão ou em doentes que não pódem se submeter a uma intervenção. Quanto á alcoolisação, dada ainda a brevidade do periodo de observação, só o futuro nos poderá dizer do seu valor.

Continuando no grupo das operações simpaticas passaremos agora á

EXTIRPAÇÃO DO GÂNGLIO CELIACO

E' uma das mais recentes intervenções que têm sido propostas para a hipertensão arterial pois o primeiro doente no qual se fez a extirpação do gânglio celiaco foi operado em 6 de Maio de 1936. Esta intervenção foi idealisada pelo cirúrgião norte-americano George Crile. As razões advogadas por Crile para justificar esta intervenção são multiplas e complexas. Elas têm sido mesmo asperamente criticadas até nos Estados Unidos onde o nome e a autoridade de Crile, gozam de um prestígio incontestavel. Vejamos rapidamente em que consistem estas razões.

Para Crile a hipertensão é a doença da civilização. Ela é mais comum nas raças em que as atividades psiquicas e fisicas são mais intensas. Nos negros nativos da Africa ela praticamente não existe. Mas nos brancos residentes na Africa assim como nos negros que emigraram para centros civilisados ela é encontrada. Entre os Chinêses são rarissimos os casos de hipertensão ao passo que bem próximo a êles, no Japão o mal é frequente. A diferença entre as duas civilisações e as filosofias dos dois povos é enorme como sabemos. Os chineses nos Estados Unidos e principalmente o filhos de chineses nêste país são bastante sujeitos á hipertensão.

Partindo dêste principio Crile empreendeu um longo estudo de anátomia comparada entre 1960 animais. Estudou o cérebro, a tireoide, o sistema nervoso e o sistema simpatico-suprarenal dêstes animais. Quanto mais excitados, quanto mais agitados, quanto mais intensa a luta pela vida, quanto maior o dispendio de energia a que constantemente estão submetidos êstes animais, tanto o maior o desenvolvimento dêste orgão, principalmente o do sistema simpatico-suprarenal. No homem ultra-civilisado êste desenvolvimento atinge ao máximo, naturalmente em relação ao tamanho do corpo. No sistema simpatico, um determinado gânglio, o gânglio celiaco, tem no homem proporções maiores do que em qualquer outro animal. E, mais do que isto, êste gânglio tem no homem hipertenso um tamanho bem maior do que no individuo normal. Ha entretanto nêstes casos apenas hipertrofia sem alteração histo-patológica. O gânglio cediaco estaria como um traço de ligação entre a suprarenal e o simpatico e, pela sua situação juxta-aortica, mais do que qualquer outro, com o simpatico

arterial. A hipertensão arterial estaria sob a dependencia direta de um funcionamento defeituoso dêste gânglio, verdadeira chave distribuidora e reguladora de energia simpatica que vem do cérebro pela suprarenal.

A suprarenal e o gânglio celiaco governam o sistema simpatico, o último principalmente, o simpatico arterial. Mas, suprarenal e gânglio celiaco não são independentes e sua função está sob o controle dos centros diencefálicos. Êstes por sua vez são constantemente estimulados pela vista, pelo ouvido, pelo olfato, pelas emoções, pelos aborrecimentos, as sensações, os prazeres, enfim por todo o meio ambiente. Quando o cérebro percebe um sinal de perigo, estimulos são enviados para os centros mais diversos do organismo e principalmente para o sistema simpatico. Suprarenal e gânglio celiaco são os principais distribuidores dêstes estímulos. Nos individuos cujo sistema nervoso vibra frequentemente pelas multiplas emoções a que está exposto ou por outros fatores (e Crile dá aqui um grande papel ao fator hereditariedade) compreende-se que êste mecanismo regulador possa se alterar e uma das consequências desta alteração seria a hipertensão arterial dadas as intimas relações entre o sistema vascular e o simpatico.

Crile costuma em suas intervenções associar á extirpação do gânglio celiaco a enervação das supra-renais e a secção dos esplancnicos. Tem uma grande experiência não só com o seu processo como com os que anteriormente expuzemos. Atualmente abandonou todos os outros. Até fins de 1938 tinha feito 398 intervenções em 233 pacientes. Estas 398 intervenções estão assim distribuidas: enervação bilateral das suprarenais, 18 casos; enervação bilateral e secção dos esplancnicos, 7 casos; enervação bilateral, secção dos esplancnicos e tireoidectomia, 27 casos; enervação unilateral, secção dos esplancnicos e tireoidectomia, 4 casos; enervação unilateral e secção dos esplancnicos, 11 casos; enervação da aorta, 6 casos; enervação suprarenal unilateral e enervação da aorta, 5 casos; gangliectomia celiaca unilateral e enervação da aorta, 5 casos; gangliectomia celiaca unilateral, 50 casos e gangliectomia bilateral, 98 casos.

Em 35% póde-se falar em resultados ótimos. A cifra da tensão baixa de 2 a 3 centimetros e as perturbações sintomáticas desaparecem completamente. O tempo de observação post-operatória foi no máximo de 1 ano e 2 meses. Em muitos doentes a cifra da pressão após haver baixado volta no fim de cerca de 1 ano a um nivel bastante próximo ao anterior. A sintomatologia clínica porém não recidiva.

Crile insiste muito no seguinte ponto — em nenhuma das outras intervenções para a hipertensão arterial há uma melhora subjetiva tão intensa e tão durável como na sua. E isto se dá mesmo quando a cifra tensional desce muito pouco ou nada.

A técnica da operação de Crile é muito deficiente. Devido á situação do gânglio celiaco em frente da aorta, a sua extirpação é feita ás cegas, com toda a mão introduzida na ferida operatória. Uma grande prática é pois necessária. Sua mortalidade operatória é 2,8%.

Não dá valor a sinais isolados na escolha dos doentes a serem

operados. Só não opera em idade muito avançada e com sinais graves de insuficiência cardiaca ou renal.

Quer dizer, sob o ponto de vista crítico, da operação de Crile? Sua base é bastante discutivel e não há uma prova positiva de sua solidês. Os resultados clínicos apresentados pelo autor em seu livro são de fáto magnificos. Outra circunstância que fala muito em seu favor é sem duvida o fáto de Crile, um cirúrgião com uma prática enorme de quasi todos os processos de tratamento da hipertensão artrial ter abandonado todos os demais para se dedicar só a êste convencido de sua grande superioridade. Sob o ponto de vista técnico achamos ser uma operação muito passivel de criticas, de uma execução dificil, exigindo uma levesa de mão extraordinária e conhecimentos especialisados desta anátomia que seu autor chama "anátomia pelo táto".

ENERVAÇÃO DO RIM — DESCAPSULAÇÃO RENAL

A enervação do rim, associada ou não á descapsulação dêste orgão tem sido também aconselhada por diversos autores no tratamento da hipertensão arterial. A melhora do estado circulatório do rim seria o fim desejado com esta intervenção. Excusado dizer que seus resultados são passageiros. No Congresso Francês de Urologia, realisado em 1937, Chabanier, Gaume e Lobo-Onell relatores da tése sôbre tratamento cirúrgico da hipertensão arterial, apresentam 40 casos pessoais de enervação do rim, associada ou não á descapsulação. A quéda de tensão observada, algumas vezes bastante apreciável é entretanto muito pasageira, não durando mais do que uns poucos meses. As melhoras clínicas sempre duram mais tempo do que a baixa da tensão.

Chabanier e seus colaboradores hoje em dia já quasi não usam mais a enervação do pediculo renal, preferindo a esplancnicectomia. Entretanto talvês possa agora resurgir esta intervenção graças a uma nova técnica proposta ultimamente para abordar o gânglio aoritico-renal, que até agora escapava da enervação pelos processos clássicos. Chabanier diz ter grande esperança numa intervenção que consiste na esplancnicectomia associada á extirpação do gânglio aortico-renal. Seus resultados são ainda muito recentes para que se possa tirar alguma conclusão de valor.

REVASCULARISAÇÃO CIRÚRGICA DO RIM

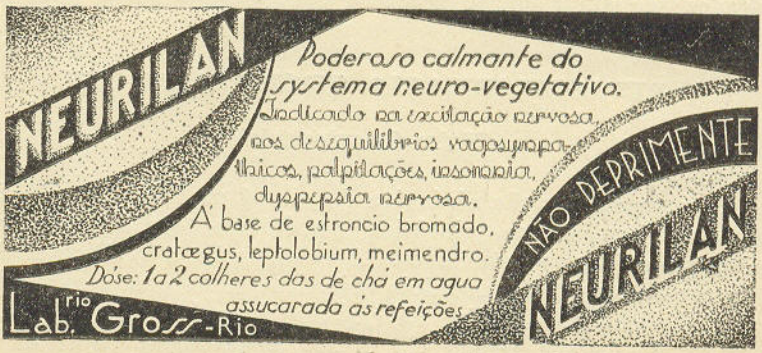
(Nefro-Omentopexia)

A revascularisação cirúrgica do rim é uma intervenção inteiramente nova baseada em princípios completamente diferentes de todos aquêles que até agora estudamos. Abrami, Iselin e Wallich acabam de nos trazer os resultados dos dois primeiros casos operados no homem. (Presse Médicale, 28 Janeiro 1939). Sua base é a seguinte: si na hipertensão, de origem renal pelo menos, o principal papel na genese

do mal é representado pela isquemia do rim, porque não procurar revascularisar êste rim, ou melhor, trazer-lhe um maior afluxo de sangue. A escola americana com Beck e a escola inglêsa com O'Shaugnessy já haviam conseguido cousa semelhante no coração. Miocardios isquemiados pela ligadura das coronárias eram revascularisados por enxertos peritoniais pediculados. Porque não tentar o mesmo no rim? Foi o que fizeram Heyman e seus alunos Cerqua e Samaan. No último Congresso de Fisiologia reunido em Zurich em Agosto de 1938 e no Congresso de Cirúrgia de Bruxelas em Setembro do mesmo ano, mostraram êstes autores que se podia, no cão tornado hipertenso pelo processo de Goldblatt, fazer cessar a hipertensão graças a uma revascularisação artificial do rim obtida por anastomose reno-peritoneal. O próprio Goldblatt em artigo publicado na revista Surgery, em Outubro de 1938, incitava os experimentadores a examinarem bem esta intervenção que, para êle, repousa em bases muito mais solidas do que todas as outras que foram até agora propostas.

Os dois unicos casos de hipertensão tratados até hoje por êste método e que foram relatados, como dissemos, por Abrami, Iselin e Wallich, nada aproveitaram com a intervenção. A pequena baixa da pressão observada foi atribuida pelos autores ao choque operatório e ao repouso. Pensam êles que um dos principais motivos de seu fracasso se deva ao fáto de terem feito a intervenção só de um lado. No segundo de seus casos decidiram realisar uma nova intervenção do outro lado, intervenção esta que deve ter se realisado em Fevereiro dêste ano, mas cujo resultado os autores ainda não deram á publicidade. E' um processo ainda muito no início e que merece ser estudado com muita atenção.

FIM



O tratamento das ulceras rebeldes pelo aparelho de esparadrapo de Whright

Do serviço da 2ª cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina:
Prof. Guerra Blessmann

pelo

Dr. Secco Eichenberg

Chefe de Clinica e Docente Livre de Clinica Cirurgica

As ulceras crônicas ou rebeldes, de lenta cicatrização, principalmente as varicosas e as atônicas, constituem uma série de afecções pouco desejaveis nos serviços de cirúrgia, por sua longa permanência nos mesmos.

Principalmente quando êstes serviços lutam com exiguidade de leitos e excesso de pacientes, estas ulceras pela longa permanência de seus portadores nas enfermarias, vem junto com outras afecções de tratamento igualmente prolongado, entravar o serviço, diminuindo sensivelmente o numero de leitos manejaveis.

E' comum, no nosso meio hospitalar cirúrgico, vermos tais pacientes, no geral, vindos do interior, apresentando extensas ulceras, cobrindo grandes superfícies dos membros, especialmente das pernas.

Êstes doentes uma vez admitidos, eternizam-se nas enfermarias, são verdadeiros hospedes, suas ulceras, uma vez instituido o adequado tratamento, de acordo com o exato diagnóstico etiológico, muitas vezes com verdadeiros periodos de remissão, tem sua cura progredindo lentamente e não poucas vezes algum desleixo nos curativos ou descuido do paciente, apagam todo o resultado de longo e afanoso tratamento.

Mas em não poucos casos, nem êste resultado podemos registrar; todas as terapêuticas conhecidas e indicadas são empregadas e as ulceras teimam em não diminuir de tamanho.

Em certos casos de ulceras de origem sifilitica o tratamento especifico intenso leva-as com certa rapidez á cura. Identico resultado podemos obter em ulceras recentes e ainda de pequenas dimensões, com os vários tratamentos usuais.

Mas estas ultimas não são as que se apresentam frequentemente nos nossos serviços de enfermaria, elas ficam adstritas aos ambulatorios de cirírgia, pois raras são as ulceras de pequeno tamanho e data recente que baixam ás enfermarias, a não ser que sejam acompanhadas de fenomenos dolorosos que impeçam o trabalho ou marcha dos pacientes.

São pois, em geral, ulceras grandes, e muito grandes, e de longa data, que temos de atender nos serviços das enfermarias de cirúrgia.

São pois ulceras de tratamento longo e pacientes que se cronificam nos nossos serviços.

Por estas razões, não lhes permitindo sua mentalidade, na grande maioria dos casos, compreender as razões de tal delonga, os doentes impacientam-se e frequentemente abandonam os serviços antes do termino da cura.

No geral, nas classes pobres, estes fatos são agravados pela falta de asseio, que traz consigo a infecção secundária da ulcera, entravando sobremodo o processo regenerativo.

Por isso, toda a vez que se nos apresenta um novo método de tratamento das ulceras, principalmente destas ulceras rebeldes e cronicas, deveremos tenta-lo para ver se conseguimos por meio dêle abreviar o longo tempo de tratamento destas lesões.

Até ha bem pouco, no serviço da 2.ª cadeira de Clinica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, que funcciona na oitava enfermaria da Santa Casa de Misericordia da mesma cidade, as ulceras eram tratadas conforme sua etiologia, pelos diversos métodos terapêuticos usuais e gerais; entretanto com os mesmos resultados já anteriormente comentados.

Nos ultimos anos, entretanto tinhamos conseguido algumas melhoras, com abreviação relativa do periodo de cura de certas ulceras rebeldes, com o emprego de curativos de óleo de figado de bacalhau (vitamina A e D), ou com o uso duma pomada que associava ao óleo de figado de bacalhau o mel.

Este tratamento que nos deu já melhores resultados, é baseado no método de Loehr, e foi em nosso serviço introduzido por indicação de nosso chefe, Prof. Guerra Blessmann.

Entretanto, não nos deteremos aqui sôbre este asunto, por não corresponder ao desideratum do titulo dêste trabalho, fóra que o método de Loehr na cirúrgia, será por nós tratado aparte num outro trabalho.

Em meados de 1936, encontramos no Surgery, Ginecology and Obstetrics do mes de Outubro, á pagina 458, um interessante artigo de Beverley Douglas, de Nashville — Tenesee — U. S. A., denominado: "Conservative and radical measures in the treatment of ulcer of the leg. A study of technique, indications and results." (Métodos conservadores e radicais no tramento da ulcera da perna. Um estudo da técnica, indicações e resultados).

Da leitura dêste artigo nasceu-nos imediatamente o desejo de experimentar o processo relatado, visto que o mesmo nos prometia um método de tratamento de ulceras, reduzindo de muito o tempo de cura, afóra ser essencialmente simples e de facil aplicação.

As fotografias estampadas no artigo vinham berrantemente confirmar esta esperança.

Para experimenta-lo usamos o paciente da primeira observação de nosso trabalho, paciente portador de duas ulceras muito grandes, uma das quais se encontrava aberta há 43 anos, quasi meio século, ape-

sar de todo o tratamento feito durante este lapso de tempo. O paciente encontrava-se em nosso serviço há 7½ meses, em tratamento continuo que unicamente conseguiu fazer regredir a infecção secundária das ulceras, sem entretanto diminuir-lhes a superficie, pois toda e qualquer área que se epitelialisava, dentro em pouco tornava a ulcerar, com o que o paciente já estava conformado em ser portador destas ulceras durante o resto de sua existencia.

A 7 de Junho de 1936, fizemos a primeira aplicação do aparelho de esparadrapo de Whright e uma semana após, ao retirarmos o mesmo para a aplicação do segundo aparelho, fomos verdadeiramente surpreendidos com o resultado obtido.

Tinhamos esperado alguma melhora, mas não tão acentuada como a que então nos era dado observar; em torno dos bordos das ulceras de nosso paciente observamos uma zona circular periferica de epitelio novo numa espessura de 2 cms.

Entusiasmados por tal resultado em tão "velhas" ulceras, continuamos as aplicações, com sempre crescente resultado, e após 11 aplicações, em data de 15 de Outubro de 1936, o nosso paciente tinha alta, com a ulcera esquerda fechada e a direita reduzida a uma superficie correspondente a uma moeda de mil réis, isto é, em 130 dias tinhamos conseguido fechar duas grandes ulceras que durante 43 anos e 41 anos respetivamente tinham zombado do tratamento feito. — Ambulatoriamente ainda fez duas aplicações na ulcera D e em principios de Novembro de 1936, tambem esta ulcera estava completamente fechada.

A segunda observação apresenta um resultado não menos brilhante, pois relata a cura duma ulcera, ainda que menor, mas que há vários meses resistia a todo e qualquer tratamento: curativos vários, aparelho de Unna, rivanol, oleo de figado de bacalhau simples e associado ao mel, ultra-violeta, infra-vermelho, auto-hemoterapia local e geral.

O aparelho de esparadrapo de Whight a fechava em 49 dias.

Destas duas observações próprias, que adiante expomos detalhadamente, podemos, sem favor algum, deduzir as mais favoraveis conclusões em relação aos resultados obtidos com o aparelho de esparadrapo de Whright, no tratamento das ulceras rebeldes ou crônicas da perna.

Assim pois, encontramos de nosso dever, publicar para a devida difusão, os nossos resultados conseguidos, afim de que maior numero de paciente possam gozar os resultados surpreendentes deste simples e eficaz método.

Com o aparelho de esparadrapo de Whright fica pois a cirúrgia munida de mais um processo conservador, que sempre deverá ser empregado, antes de lançarmos mão da terapêutica cruenta, das várias intervenções praticadas no tratamento das ulceras rebeldes ou crônicas, e que nem sempre levam a cura dos pacientes.

O tratamento cirírgico ou radical em oposição ao conservador, poderá ser executado pelas várias intervenções plasticas, pelos enxertos ou pela técnica de Jensen de Kiel (Alemanha), recentemente publi-

cada no Zentralblatt für Chirurgie, de 1937 e cuja indicação se enquadra nas ulceras varicosas.

Segundo o que colhemos no citado artigo de Douglas, Whright foi o iniciador do processo de tratamento das ulceras rebeldes e crônicas pelo esparadrapo.

Em dois artigos publicados em 1930, o primeiro em Maio no Boletim da Royal Society of Medicine, sob numero 23, á pagina 1032 e o segundo em Dezembro do mesmo ano, publicado no British Medical Journal, numero de 13 de Dezembro de 1930, á pagina 996, descreve o método acima exposto, cujos resultados satisfatórios relata.

No ano seguinte, em artigo publicado igualmente no British Med. Journal, numero de 26 de Setembro de 1931, á pagina 561, volta a tratar do assunto, baseado então, numa bela estatistica de 525 casos com ótimos resultados.

Na literatura médica compulsada não encontramos dados em contrário ao exposto, que possam contestar a primazia de Whright, pelo que cremos poder cientificamente continuar a denominar o aparelho de esparadrapo nas ulceras, especialmente de pernas, de aparelho de esparadrapo de Whright.

O tratamento destas ulceras pelo esparadrapo é o mais simples que podemos idealisar como veremos da descrição da técnica de aplicação e sómente temos a necessidade dum unico material, o esparadrapo.

Êste método reune as qualidades principais dos quatro métodos conservadores primordiais até agora usados.

Reune pois as qualidades de proteção e de suporte, que apresenta o aparelho de Unna, a elasticidade da meia de borracha, a porosidade do curativo de gaze e a fixidez do antigo método adesivo de Morison e Beck (com resinas).

O esparadrapo, o unico material empregado como vimos, póde-se definir em ultima análise, como uma tira de fazenda elastica, coberta numa de suas faces com uma massa adesiva, composta de borracha, resina, gordura organica, amido e cerca de 30% de oxido de zinco.

Em nossos casos seguimos estritamente as indicações de Douglas.

Simultaneamente com a aplicação do aparelho, Douglas aconselha continuar fazendo o tratamento etiológico até então seguido, ou si ainda não houver sido feito, começá-lo, caso houver cabimento.

Inicialmente manda fazer o preparo da ulcera, isto é, um tratamento antisetico local intenso, para combater a infecção secundária que sempre se instala nestas ulceras crônicas ou rebeldes.

Douglas usa uma solução diluida de acido borico, entretanto não existe uma indicação absoluta dêste ou daquele antisetico, o que é necessário é combater a infeçcão local para diminuir a supuração da ulcera.

Êste cuidado é essencial pois como o aparelho permanecerá colocado durante vários dias, 15 a 21 para Douglas, 8 — 14 para nós, quanto menor fôr a secreção da ulcera, principalmente nos ultimos dias de cada aplicação, tanto menos irritados ficarão os tecidos visi-

nhos, afóra que uma supuração mais intensa da ulcera, com deposito de pús abaixo do esparadrapo, póde prejudicar o processo de epitelisação.

Êste tratamento antisético local, é de curta duração, pois sendo feito energica e cuidadosamente, em poucos dias a ulcera estará em condições de receber a aplicação do aparelho de esparadrapo de Whright.

Uma vez a ulcera em condições, passemos a descrever a técnica da aplicação do aparelho de esparadrapo de Whright.

Em primeiro lugar devemos proceder a uma toilete rigorosa do membro ou região do corpo atingida pela ulcera, da perna se a ulcera aí estiver colocada. — Os pelos deverão ser raspados, para não difi-

Colocado o paciente em decubito dorsal, eleva-se o membro inferior, no caso duma ulcera da perna ou membro inferior, num ângulo de mais de 45° e nesta posição o mantemos por espaço de cinco minutos para que se possa dar um determinado gráo de isquemia.

Quando o edema da perna fôr muito acentuado, devemos antes de tudo, colocar lateralmente, nas faces externas e interna da perna, do joelho ao tornozelo duas a tres tiras longitudinais de esparadrapo.

Após a colocação destas tiras nos casos de existencia de edema, ou sem as mesmas quando não necessárias, iniciamos a aplicação propriamente dita do aparelho, tomando um carretel de esparadrapo com largura nunca inferior a cinco centimetros e bem adesivo.

Começaremos ao nivel do pé, passando o primeiro élo na parte mediana do mesmo. Daí, formando um verdadeiro oito, passamos ao tornozelo, donde seguiremos subindo, até atingir pele sã acima da ulcera (geralmente o aparelho vai até ao nivel da tuberosidade anterior do tibia). A tira de esparadrapo deverá subir em espiral, qual faixa de Esmarsch, imbricando sempre sôbre a do élo anterior, de módo a cobrir de 1/2 a 2/3 de sua superficie.

O aparelho deverá ser aplicado com tensão e sem cobertura alguma sôbre a ulcera.

Douglas manda aplicar o aparelho com certa tensão e nós temos seguido o conselho. Poderia, a primeira vista, parecer prejudicial tal medida, pois sabemos dos máos resultados das compressões circulares nas extremidades, devido a possivel prejuizo da circulação.

Entretanto tal não se observa com o aparelho de esparadrapo de Whright, aplicado sob tensão, pois conquanto os aparelhos gessados e os curativos excessivamente apertados pódem comprometer a circulação dos membros, o esparadrapo por sua elasticidade não leva a tais complicações.

Afirma Douglas que nunca foram observadas complicações decorrentes da tensão na aplicação do aparelho, pois retirado o mesmo, o que se nos apresenta é unicamente o desenho vinculado das tiras no terreno mais ou menos edemaciado.

A tensão, nas ulceras varicosas, ainda tem a vantagem de evitar a estase venosa na perna.

Toda a vez que uma aplicação falha ou dá um resultado in-

significante, poderemos afirmar que o aparelho tinha sido aplicado sem a devida tensão, que estava frouxo desde o inicio.

Douglas emprega para calcular a pressão exercida pelo aparelho de esparadrapo de Whright numa polegada quadrada, a formula de Lewis:

Carga total = pressão de unidade x largura x diametro.

$$\text{ou } R = \frac{2P}{W\ D}, \text{ sendo}$$

P — peso em libras, R — pressão em libras por polegada quadrada exercida pelo aparelho, W — a largura do esparadrapo em polegadas e D — o diametro do cilindro a enrolar.

Tendo pois o esparadrapo 2 polegadas de largura, aplicado com seis libras de tensão linear numa porção de perna com 4 polegadas de diâmetro, teremos:

$$R = \frac{12}{2 \times 4} = \frac{12}{8} = 1\ \tfrac{1}{2} \text{ libras por polegada quadrada.}$$

Si imbricarmos as tiras de esparadrapo na proporção de ½ por ½, redobraremos a pressão.

Quanto ao tempo de permanencia do aparelho e renovação por outro, vária conforme o cirurgião. Whright manda mudar de 10 em 10 dias e nos casos de grandes edemas, depois de 4 a 5 dias manda colocar novo aparelho mais tenso.

Douglas manda deixar 15 a 21 dias, e diz que sendo o esparadrapo lavavel na sua parte externa, sem perder suas qualidades adesivas que dependem da camada adesiva na face interna, quando o aparelho fica sujo ou humido, devido a secreção que filtra da ulcera, podemos lavá-lo com agua e sabão sem prejudicá-lo na eficiencia.

Nós até agora temos ficado dentro dum limite de 8 a 14 dias; no primeiro caso mudavamos de 12 em 12 dias, e no segundo de 8 em 8 dias. Quando filtrava muita secreção, mandavamos passar primeiro uma atadura de gaze e depois lavar o aparelho.

No nosso meio tropical e sub-tropical não poderemos usá-lo tanto tempo como em outros climas, mais nordicos, é necessário renová-lo mais seguidamente, aliás como comprovamos, sem prejuizo para os pacientes.

Quando numa ulcera de grande extensão, ao aproximar-se o termino do processo de cura, a ulcera apresenta-se com uma depressão, Douglas aconselha, que sôbre a superficie ainda ulcerada, passemos uma sôbre a outra, duas tiras de esparadrapo e entre as mesmas coloquemos uma pelota de algodão ou um pedaço de esponja, natural ou artificial.

Whright e Douglas afirmam qe a aplicação do aparelho de esparadrapo nas pernas provoca dores bastante intensas, que costumam aparecer 2 a 3 horas após a colocação do aparelho, e só desaparecem

após 6 ou mais horas. Ambos os autores aconselham lançar mão dos analepticos.

Nos nossos casos os pacientes sentiram algumas dores após a colocação dos aparelhos, mas muito suportaveis, não tendo feito uso de medicação anti-dolorosa.

Os pacientes não necessitam ficar acamados, devem mesmo locomover-se, pois este tratamento deverá realisar-se ambulatoriamente.

Como indicações, Douglas julga a ulcera varicosa a mais propicia a ser influenciada beneficamente por este tratamento, mas afirma tambem terem sido bons os resultados em ulceras traumaticas, sifiliticas, troficas, bem como em casos de ulceras por queimadura e de decubito e perda de substância tegumentar em enxertos e operações plasticas.

Dos nossos casos, uma ulcera era varicosa e outra trofica, mas ambas crônicas e rebeldes a qualquer tratamento até então empregado.

Douglas ao estudar os efeitos altamente beneficos do aparelho de esparadrapo de Whright nas ulceras varicosas, atribue os mesmos o fato do aparelho melhorar a situação venosa do membro inferior, suprimindo a estase venosa por compressão das veias e varices.

Como contra-indicações reconhece o USO IMEDIATO nas ulceras com infecção local violenta e aguda, as ulceras muito escavadas, por permitirem um deposito de pús e secreção, mas mesmo assim poderiamos empregar o pequeno truc de técnica descrito por Douglas, já anteriormente citado. Tambem contra-indica o aparelho de esparadrapo de Whright nos casos com trombo-angeite, trombo-flebite e nos casos de eczema.

Aconselha o tratamento radical operatório e contra-indica em absoluto o aparelho de Whright nos epiteliomas ulcerados, nas ulceras com elefantiase, nas grandes ulceras circundadas de tecido avascular (nestas achamos que dever-se-á sempre tentar o aparelho de esparadrapo de Whrigbt) nas ulceras juxta-articulares, que curariam com retração cicatricial.

Tambem indica o tratamento radical nas ulceras, que levariam muito tempo a cicatrisar (tempo contado por motivo social-profissional) mas em individuos que necessitam de pronto restabelecimento (industriários e militares); nas ulceras que não curara com o aparelho de esparadrapo de Whright após 12 meses, ou que curadas reabram com muita facilidade.

Douglas, em seu ultimo trabalho, atribue as vantagens do aparelho de esparadrapo de Whright a cinco condições:

a) por sua qualidade perfeitamente adesiva, protege o epitelio novo e impede a exsudação de atingir a pele sã. Quando é retirado, descama o epitelio velho.

b) por sua semi-permeabilidade dá perfeitamente escoamento ao excesso das secreções e exsudações.

c) por ser persistente e continuadamente elastico, comprime as varices quando estas existem, evita a pressão retrograda e a estase venosa, e deste módo, em qualquer caso melhora a nutrição dos tecidos.

Carrel já afirmava que a contração curava as ulceras mesmo em tecido sem edema.

Por esta mesma qualidade comprime os bordos das ulceras e as granulações que achata levemente, mas efetivamente, facilitando assim a formação duma superficie ductil, permitindo o epitelio novo recobrir as granulações.

d) por sua ação bactericida, que não é intrinseca ao esparadrapo mas que dêle depende indiretamente, fechando a ulcera ao meio exterior e combatendo a reinfecção. Comprimindo as veias da perna, aumenta a circulação, pelo aumento da pressão arterial, melhorando assim o meio de combate á infecção. Favorecendo a rapida epitelialisação diminue o possivel campo para a germinação de bacterias.

e) finalmente por ser constituido de material lavavel, é mais higienico que qualquer outro curativo ou aparelho.

Como já anteriormente foi citado, um ano após a primeira nota, Whright apresentava 525 casos tratados com ótimos resultados.

Douglas cita 113 casos, sendo 90 ulceras de perna e 23 doutras regiões, demonstrando assim a grande predominância das primeiras sôbre as de outra qualquer região do corpo.

Dêstes casos apresenta a seguinte estatistica percentual:

3 casos — 3,3% — levaram mais de 12 anos a curar.

4 casos — 4,4% — curaram, mas reabriram após, sendo duas expontanemente e duas por traumatismo.

106 casos — 92,3% — curaram definitivamente em menos de 12 meses.

Os nossos casos não nos permitem conclusões de percentagem, mas são muito interessantes, com resultados brilhantes, em face da edade das ulceras e ineficacia dos métodos usados, num dos casos e da falencia do tratamento no outro.

Nossas experiencias se resumem a ulceras de perna, o que aliás é compreensivel, pois esta é a localisação quasi exclusiva das ulceras rebeldes e crônicas.

Esta é a razão da limitação expressa no título de nosso trabalho.

Êstes resultados nos levam a aconselhar calorosamente aos nossos colégas a tentarem êste aparelho no tratamento das ulceras, especialmente nas rebeldes e crônicas, qualquer que seja a sua etiologia, ressalvados os casos de contra-indicações formais de Douglas.

E' pois um aparelho facil, comodo, higienico, economico e de simples técnica de aplicação.

OBSERVAÇÕES

PRIMEIRA

H. C. A., com 61 anos de edade, casado, operário, natural dêste Estado, residente nesta Capital, baixou á 8.ª Enfermaria no dia 26 de Outubro de 1935, onde passou a ocupar o leito 17, sob papeleta n.º 9164, caso n.º 309.

Apresentava o paciente duas grandes ulceras, uma em cada perna, sendo maior a da perna direita.

PERNA D: Grande ulcera abrangendo a face anterior da perna nos terços médio e inferior, alastrando-se para ambas as faces laterais. Tinha no seu maior diâmetro longitudinal, na face anterior da perna, 21 cms. e no transversal ao nível da união do 1/3 médio com o 1/3 inferior, 18 cms. — Forma aproximadamente ovoide, com apice inferior.

PERNA E: Ulcera situada mais lateralmente e menor. Abrangia a face lateral interna da perna no terço inferior atingindo até a linha mediana longitudinal na face anterior. Suas dimensões correspondiam a 14 cms. no diâmetro máximo longitudinal e 10 cms. no diâmetro maximo horizontal.

Ambas as pernas apresentavam-se edemaciadas e cobertas de nodosidades varicosas. Em torno das ulceras notava-se uma faixa de tecido luzídio de côr rosea, entremeada de manchas arouxadas. Bordos irregulares, mal desenhados. Fundo coberto de granulações esmaecidas e pequenas e nucleos de tecido necrosado, coberto o fundo com uma secreção purulenta.

No terço superior de ambas as coxas, encontrava-se uma cicatriz operatória (incisão) por ligadura da safena, intervenções praticadas há trinta anos atrás.

Contou-nos o paciente que suas ulceras datam quasi desde a meninice, a da perna direita há 43 anos, quando abriu devido a um traumatismo na face anterior da perna ao nível da união do terço médio com o inferior. Curada após dum ano de tratamento, voltou a abrir para nunca mais cicatrisar completamente, apesar do tratamento que desde aí tem feito.

Dois anos após o aparecimento da ulcera da perna direita, tambem devido a um traumatismo, apareceu-lhe uma ulcera na perna esquerda, que nunca cicatrisou.

Conta que desde aquela época até baixar á enfermaria tem feito por diversas vezes tratamento, sendo que há trinta anos foi paciente da ligadura de ambas as safenas externas. Nenhum resultado satisfatório colheu com estas intervenções nem com o tratamento que fazia.

Dêste módo baixou a esta enfermaria e depois de conveniente exame, foi firmado o diagnóstico de "**ulceras varicosas**" de ambas as pernas, ulceras com elevado gráo de infecção secundária.

O tratamento instituido conseguiu debelar a infecção secundária, mas não diminuir a superficie das ulceras. Dois aparelhos de Unna colocados foram completamente negativos. Com a aplicação de curativos de duração prolongada, com óleo de figado de bacalhau, inicialmente sem associação de mel e depois com êste, obtivemos epitelialisação em algumas zonas das ulceras, mas o epitelio formado era de tal fragilidade, que poucos dias após voltaram a ulcerar tais regiões.

Em data de 7 de Junho de 1936, resolvemos fazer a primeira aplicação do aparelho de esparadrapo de Whright.

Aplicado o aparelho, o paciente suportou-o muito bem, sem fa-

zer repouso e sem necessitar de analeptico, pois as dores que sentiu no primeiro dia foram de pouca intensidade.

Doze dias após era êste aparelho retirado e depois de lavada a ulcera com sôro fisiológico, tivemos a grata surpresa de encontrar em ambas as ulceras uma zona periférica circundante de epitelialisação, com dois cms. de espessura.

Diante dêste resultado ótimo, continuamos com as apicações do aparelho de esparadrapo de Whright, de doze em doze dias.

Após onze aplicações, em data de 15 de Outubro de 1936, o paciente obtinha alta completamente curado da ulcera da perna esquerda, e com a ulcera da perna direita quasi completamente cicatrizada, pois esta sómente apresentava uma superficie por cicatrisar, com uma área correspondente a duma moeda de mil réis. — Mais duas aplicações na perna direita, feitas após a alta, obtiveram a cicatrisação desta pequena superficie ainda ulcerada.

Dêste módo nos primeiros dias de Novembro o paciente estava completamente curado, com a cicatrisação de ambas as ulceras no espaço de tempo de cinco meses incompletos, quando durante dezenas de anos, as mesmas tinham zombado de todo e qualquer outro tratamento.

Em principios de Julho do corrente ano, isto é, oito meses após a cura, tivemos notícia que as ulceras continuavam cicatrisadas, apesar do paciente ter retomado dêsde fim do ano passado seus afazeres.

Infelizmente não nos é possivel ilustrar a presente observação com documentação fotografica, que viria realçar e reforçar estas linhas, permitindo uma mais facil comparação do "statu quo" anterior e do resultado.

SEGUNDA

A. D., 16 anos, branco, solteiro, agricultor, natural dêste Estado, baixou á 8.ª Enfermaria em data de 19 de Novembro de 1935, onde passou a ocupar o leito n.º 1, sob papeleta n.º 9907.

Ao baixar em Novembro de 1935, contou-nos o paciente, que após alguns meses de cura das ulceras, das quáis tinha sido portador, em anterior baixa a esta enfermaria, voltou a abrir uma ulceração na face anterior da perna direita, ao nível do terço médio.

Esta foi progredindo até atingir a uma superficie circular com o diâmetro de 5 cms. — Apresentava-se rasa, de bordos regulares e descorados, fundo de granulações esmaecidas. Secretava um tenúe enduto seroso. Diagnóstico do serviço: "ulcera atonica".

Iniciado o tratamento com curativos de rivanol a um por mil, que em 1934 tinha dado os melhores resultados nêste mesmo paciente, o tratamento foi completamente ineficaz. Ineficazes foram todos os tratamentos posteriormente tentados, ultra-violeta, aparelho de Unna, bandagem elastica, auto-hemoterapia local e geral, tratamento especifico, tratamento iodo-iodurado, óleo de figado de bacalhau com e sem mel.

Êstes resultados e a cura do primeiro paciente, nos levaram a empregar também nêste caso o aparelho de esparadrapo de Whright.

Aplicamos o primeiro aparelho em data de 24 de Maio de 1937 e oito dias após, ao renovarmos o aparelho, já encontramos o diâmetro reduzido a 4,2 cms. — Bem como o paciente da primeira observação, êste doente também não necessitou de sedativo no primeiro dia de aplicação.

A 12 de Julho de 1937, o paciente obteve alta curado, com a ulcera cicatrisada, após seis aplicações, com oito dias de intervalo.

A fotografia abaixo nos mostra o resultado da cura após o quinto aparelho, faltando ainda uma minima parte a cicitrisar, o que foi conseguido com o sexto aparelho.

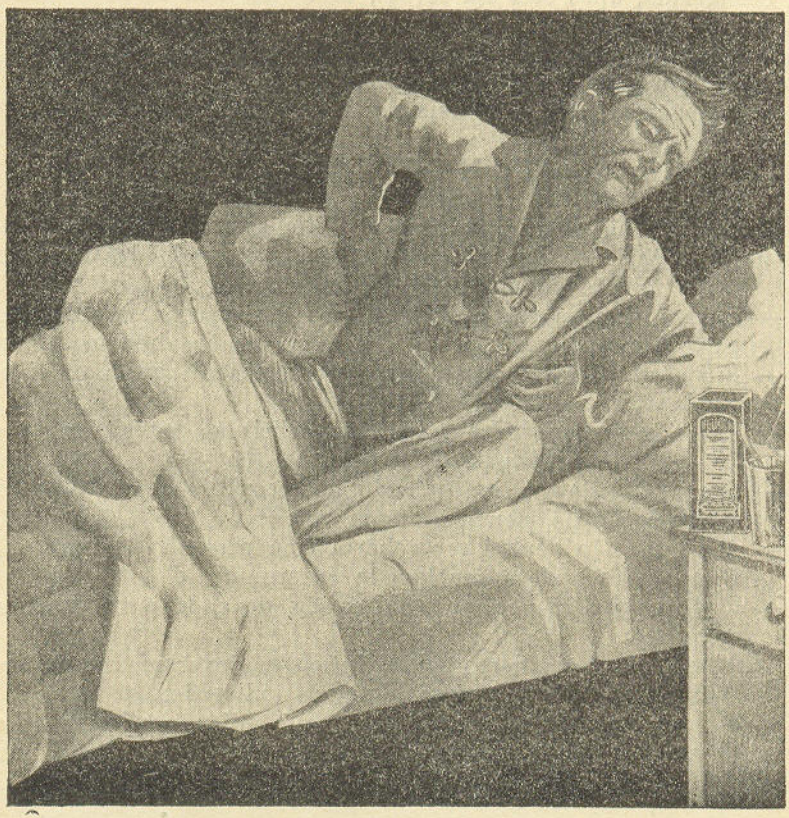
Os pontos, a, b, c, d, demonstram os limites iniciais da ulcera.

CONCLUSÕES

1. — O aparelho de esparadrapo de Whright dá ótimos resultados no tratamento das ulceras crônicas ou rebeldes das pernas, independente da etiologia das mesmas.
2. — Deverá sempre ser aplicado, após desinfecção da ulcera, raspagem dos pêlos da perna e com o membro inferior elevado.
3. — Em caso de forte edema não deveremos dispensar as tiras laterais.
4. — As tiras de esparadrapo deverão cobrir as anteriores, tapando ½ a 2/3 das mesmas.
5. — O aparelho deverá ser aplicado com tensão, que não prejudicará a circulação do membro.
6. — A ulcera não deverá ser coberta com proteção alguma.
7. — O aparelho poderá ser lavado externamente.
8. — O paciente não necessita acamar-se, devendo o tratamento ser ambulatório.
9. — Só em casos de dores muito intensas, deveremos recorrer aos analepticos, nas primeiras horas de aplicação.
10. — Deverá ser renovado de 8 em 8 a 14 dias, conforme os casos (exsudação) e a estação do ano (calor).

RHEUMATISMO?

Rheumalina!



Formula da Rheumalina:
Cada colher de sopa contem:

Salicilato de sodio purissimo (recristalisado em pequenas agulhas) ...	1,00
Iodureto de potassio puro	0,25
Extrato estabilisado de Equinoderus macropilus (chapeu de couro) ..	q. s.
Idem Polipodium lipidopteris (samambaia)	q. s.
Tint. de genciana	q. s.
Glicerina neutra	3 c. c.
Xarope de cascas de laranjas amargas	q. s.

Fornecemos amostras quando solicitadas aos senhores clinicos

LABORATORIO DA RHEUMALINA

R. das Palmeiras, 12 — Tel. 5-2667 — São Paulo

Contribuição ao estudo dos tumores intracranianos e estados congêneres.

Ensaio anatomoclinico com 30 observações pessoais verificadas

Dr. Frederico H. Ritter

Ex-assistente efetivo de clinica médica da Fac. de Med. de Halle (Alemanha).
Ex-chefe de clínica da 3.ª cad. de clinica médica da Fac. de Med, de P. Alegre

OBSERVAÇÕES

(Continuação)

CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

A seguir, reproduzimos 30 observações, exclusivamente casos nossos, todos inéditos, com exceção de 3 que publicamos sob outro aspecto. A grande maioria dêstes casos (24) são pacientes de nossa clínica particular observados em Pôrto Alegre entre 1934 e 1938. Apenas em 6 casos (Observações XV, XVI, XX, XXI, XXIV e XXX) recorremos à coleção de observações também nossas, mais antigas, que nos foi dada colhêr durante os anos em que exercíamos o cargo de assistente no serviço de neurologia da Faculdade de Medicina de Halle (Alemanha). Estas últimas seis observações fazendo parte da documentação não podiam deixar de ser reproduzidas pelo menos sob a forma de um curto resumo epicrítico.

A escolha dos casos obedeceu, é claro, a um critério rigoroso quanto à verificação. Assim dos 30 casos 25 têm verificação anatômica por operação (23) ou autópsia (12), 4 possuem ventriculografias suficientemente comprovantes e apenas uma única observação tem diagnóstico puramente clínico.

Quanto à *distribuição* procuramos reunir grupos sensivelmente iguais quanto à sede, conseguindo assim 7 casos de hidrocefalias hipertensas puras, 9 casos de tumor do andar posterior, 6 casos de tumor da região diencefálica e mesencefálica, e 8 casos de tumor de hemisfério.

Verificação anatômica (operação ou autópsia) ..	25
Verificação ventriculográfica	4
Diagnóstico clínico sem verificação	1
	30

Hidrocefalias puras	7
Hipófise	3
3.º ventrículo	2
Região quadrigemelar	1
Ângulo	4
Cerebelo	5
Frontais	2
Fronto-parietais	2
Têmporo-parietais	1
Temporais	3
	30

Dentro dos moldes desta publicação não é lícito, evidentemente, reproduzir na íntegra essas trinta observações, pois mesmo reduzidas ao estritamente necessário, teriam ocupado parte demasiadamente grande do espaço precioso desta revista. Resolvemos, portanto, publicar aqui exclusivamente um **resumo epicrítico** de cada caso. Os que porventura se interessarem pelos detalhes das anamnéses, dos exames neurológicos, anatômicos, radiológicos e ventriculográficos encontrarão todos os dados interessante numa separata ampliada desta publicação. Teremos toda a satisfação em fornecer um exemplar dessa separata a todos que o solicitarem.

OBSERVAÇÃO I

Pequeno tumor do IV.º ventrículo com hidrocefalia importante

(DIAGNÓSTICO ANATÔMICO)

T. B., sexo masculino, com 18 anos de idade, ficha nr. 323/35, branco, solteiro, brasileiro, Hospital Alemão.

Resumo epicrítico: Dentro de apenas dois meses, desenvolve-se e intensifica-se em marcha extremamente rápida quadro de hipertensão cerebral, que conduz repentinamente, numa crise tônica, à morte por compressão bulbar, sem que houvesse tempo para intervir. Contraste impressionante entre a intensidade da sintomatologia subjetiva e a objetiva que foi escassa. (Papila de estase apenas esboçada!) Tumor cístico típico muito pequeno com nódulo mural que produz perturbações tão importantes evidentemente só em virtude de sua sede. O caso portanto pode ser considerado como hidrocefalia pura dos quatro ventrículos por obstrução baixa.

OBSERVAÇÃO II

Hidrocefalia ventricular hipertensa pura

D. A., sexo feminino, ficha n.º 215/37, branca, com 19 anos, brasileira, profissão doméstica, Hospital Alemão.

Enviada pelo Dr. Melo F.º, de Caxias — Operado pelo Dr. H. Wallau.

Resumo epicrítico: Esta jovem de 19 anos de idade, apresentou-se com um histórico de hipertensão craniana de, no mínimo, 8 meses de duração e já em período atrófico incipiente de sua estase papilar (amaurose completa do ôlho esquerdo, baixa considerável no direito).

O resultado da "ventricular estimation" (ventriculografia contra-indicada) depunha no sentido de uma hidrocefalia simétrica dos vertrículos laterais. Inclinação da cabeça sôbre o lado direito, esbôço de queda do braço esquerdo com abdução do mínimo, manobra de Barré esboçada à esquerda, reflexo aquiliano muito fraco à esquerda e desvio da marcha predominantemente para a esquerda.

Concluímos por tumor do andar posterior provàvelmente da linha média (idade)

com comprometimento preponderante do hemisfério cerebelar esquerdo. A autópsia revelou a existência de hidrocefalia pura por obstrução provável (aracnoidite) do buraco de Magendie.

OBSERVAÇÃO III

Hidrocefalia ventricular por obliteração do aqueduto

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

E. L., sexo masculino, ficha nr. 1210/37, com 5 anos de idade, branco, natural dêste Estado. Hospitalizado no Hospital Alemão. Enviado pelo Dr. Lubisco. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: O caso desta criança de 5 anos de idade foi particularmente interessante pelo comprometimento extraordinàriamente grave da estática e da marcha e do comprometimento da palavra. Passado típico de hipertensão de uns 8 meses de duração. O diagnóstico de tumor do vermis em vista da idade, da anamnese e da sintomatologia se impunha como o mais provável. A obstrução do aqueduto foi provàvelmente de origem inflamatória. Possivelmente o estado febril verificado em Abril de 1937 fôsse expressão do surto agudo inflamatório.

OBSERVAÇÃO IV

Hidrocefalia ventricular por oclusão do aqueduto

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

P. R., sexo sexo masculino, ficha nr. 1233/37, Hospital Alemão, branco, brasileiro, agricultor, casado, com 35 anos de idade. — Enviado pelo Dr. Varelmann, de São João do Montenegro.

Resumo epicrítico: O paciente, homem de 35 anos de idade, provàvelmente sofria de surtos hipertensivos há uns 10 anos. Mas só ha 9 meses, após um traumatismo da córnea, estabeleceu-se aos poucos o quadro clássico da hipertensão. O quadro neurológico foi dos mais interessantes pela tendência do tronco e das extremidades superiores e inferiores à desviar para a direita, verdadeira incurvação de todo o corpo menos a cabeça, com concavidade voltada para a direita. Chamou a atenção que a sintomatologia não era **constante**, havendo, às vezes, contradição entre exames subsequentes. O diagnóstico clínico portanto ficou em suspenso, concluíndo-se apenas por hidrocefalia hipertensa.

Tambem neste caso como no anterior foi encontrada obstrução anatômica do aqueduto muito nítida.

Retrospetivamente o traumatismo da córnea ganhou em importância diagnóstica.

Disdiadococinese e manobra de Barré positiva à esquerda com hipotonia absolutamente clássica do membro inferior esquerdo; inclinação da cabena para a esquerda.

OBSERVAÇÃO V

Tumor do hemisfério cerebelar esquerdo

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA; ASTROBLASTOMA)

R. S., ficha 901/33, com 22 anos, solteiro, sapateiro, brasileiro, Hospital Alemão. Enviado pelo Dr. Steidle. Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: O caso do jovem R. S. de 22 anos de idade caracterizou-se em primeira linha pela predominância e brutalidade das dôres nucais que conduziram ao diagnóstico de nevralgia occipital, com o qual o paciente baixou ao hospital. Foi muito pronunciada também neste caso a posição da cabeça em anteflexão rígida. Contrastou com a intensidade dos sintomas de hipertensão a ausência de estase papilar. — Houve discreta porém constante bradifasia. Queda para o lado direito e disdiadococinese da mão direita fizeram pensar em localização cerebral direita predominante, enquanto a intervenção revelou apenas um comprometimento do têrço inferior do hemisfério cerebelar esquerdo. A interpretação do esbôço do clono do pé à direita, de observação constante pre-operatória, retrospectivamente ganhou em interêsse. O nistagmo só apareceu esboçado imediatamente antes da intervenção. Quando da recidiva, no entanto, êste nistag-

mo estava em primeiro plano, mais pronunciado no olhar à esquerda, enquanto que os chamados sinais cerebelares permaneceram discretos, agora de localização homolateral. — Tratou-se de um glioma do hemisfério cerebelar direito clinicamente maligno a-pesar-do diagnóstico anatomopatológico de astroblastoma. A presença de células "muito indiferenciadas e em franca proliferação" faziam prever a recidiva. A remissão de cêrca de 6 meses de duração porém foi completa.

OBSERVAÇÃO VI

Cisto cerebelar do hemisfério cerebelar direito

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

C. P., sexo masculino, ficha nr. 345/35, observado no Hospital Alemão, branco, solteiro, com 30 anos de idade, brasileiro, colono.

Enviado pelo Prof. Corrêa Meyer.

Resumo epicrítico: Histórico de hipertensão craniana longo (cêrca de 5 anos), que subitamente se acentua e conduz debaixo de paroxismos frequentes e violentíssimos a crises tônicas e amaurose completa por atrofia post estase. O quadro pseudo-meningítico (rigidez de nuca, opistótono, Kernig, hiperestesia) dominou o plano. Exitus letalis em crise tônica antes de qualquer intervenção. Hemiparesia subjetiva e objetiva esquerda. Dissociação entre as manobras de Barré e de Babinski, sendo esta positiva à esquerda e a outra à direita. Queda do braço direito. Discordância entre os reflexos das extremidades inferiores e o sinal de Babinski que foi positivo à esquerda com quasi abolição do reflexo aquiliano respectivo. Perturbação da sensibilidade superficial à esquerda (do lado parético). O exame anatômico revela a existência de um cisto no hemisfério cerebelar direito sem vestígios de nódulo mural; hidrocefalia pronunciada e cone de pressão occipital intenso.

OBSERVAÇÃO VII

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

E. B., ficha 229/37, sexo feminino, 7 anos, brasileira. Hospital Alemão. Enviada pelo Dr. Renk. Operada pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico:: O caso da pequena E. B., de 7 anos de idade foi interessante por ter permitido uma observação durante - meses antes da eclosão do período de hipertensão franca. Havia por ocasião do primeiro exame um histórico de cêrca de um meio ano. Dominavam à primeira vista os fenômenos coreiformes, sugerindo o diagnóstico de uma coréa "atípica". — Aumento de passividade à esquerda com acentuação dos movimentos coreiformes do mesmo lado. Paresia latente do facial à esquerda. Nistagmo predominante na posição lateral esquerda dos bulbos. Reflexos patelares e aquilianos fracos desde o início. O sentido da lateropulsão que foi para a direita tanto na estação de pé como na marcha, discorda dos outros sintomas, mas é concordante com a inclinação da cabeça.

OBSERVAÇÃO VIII

Tumor cístico do vermis cerebelar

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

E. B., ficha 1120/37, 13 anos, branca, brasileira.

Enviado pelos Drs. Galazzi, Lubisco e Prof. Corrêa Meyer.

Operada pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Ainda êste caso de tumor do vermis da menina E. B., de 13 anos de idade, foi interessante por ter sido observado em fase de hipertensão latente. — Histórico longo de no mínimo dois anos, desde os primeiros sintomas de pequena hipertensão. Erosão selar por hipertensão. — Houve concordância entre um discreto comprometimento do 5.º e do 7.º pares à esquerda com queda do braço, desvio na prova do indicador, disdiadococinese; hipermetria na prova do calcanhar, ausência do reflexo aquiliano, inclinação da cabeça, lateropulsão na posição ereta e na marcha, tudo à direita ou para a direita. — Foi interessante a extensão da cavidade cística que parecia atingir a região quadrigemelar.

OBSERVAÇÃO IX

Tumor cerebelar

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

Hélio O., ficha nr. 804/38, com 9 1/2 anos de idade, branco, brasileiro, Hospital Alemão — Enviado pelo Dr. J. Ricardone. Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Tumor grande, parcialmente cístico do 4.º ventrículo com compressão e deformação importante do hemisfério cerebelar esquerdo para cima (contra a região do ângulo) e do bulbo para a direita comprimindo o lado esquerdo desta estrutura. O caso do menino H. O. com 9½ anos de idade impressionou pelo comprometimento franco do estado geral que **persistia**, mesmo removida a hipertensão craniana. Histórico longo de inapetência e emagrecimento e com fase febril há meio ano. No hospital, ao lado de leve hipertermia durante algum tempo, que atribuíamos ao efeito da drenagem ventricular, apresentou, em período apirético, aumento franco da sedimentação globular. — A indicação operatória foi formal após período de observação e de preparação longo.

Foi interessante a acentuação progressiva dos sintomas neurológicos durante o tempo de observação. Assim desenvolveu-se debaixo de nossos olhos uma paresia hipotônica franca esquerda com hiperreflexia e sinais piramidais contralaterais (à direita). Síndrome do recesso lateral esquerdo pronunciada. Comprometimento da sensibilidade, em primeira linha da qualidade dôr no lado esquerdo, homolateral em relação ao tumor. — O quadro durante e depois da intervenção (presença de desvio conjugado dos bulbos e da cabeça para a direita) foi particularmente interessante. — Reflexos tendinosos conservados durante todo o tempo. O desenlace fatal neste caso evidentemente foi devido ao comprometimento grave e já antigo, irreversível, do bulbo pela compressão tumoral. Haja vista o pulso constantemente alto durante todo o tempo de observação (entre 120 e 160 pulsações por minuto), fenômeno que obrigava a uma prudência extrema. Forçados por fim a intervir em vista da progressão constante, a-pesar-de tôdas as medidas tendentes a baixar a tensão, fizemos um prognóstico operatório reservado. A falta de resistência dos centros cardio-vasculares durante e depois da intervenção foi muito pronunciada e constituiu a causa mortis. Este fato foi tanto mais deplorável por ter-se tratado de um caso de enucleação relativamente fácil e completa do tumor com prognóstico bom para o futuro.

OBSERVAÇÃO X

Hidrocefalia ventricular hipertensa

(VERIFICAÇÃO VENTRICULAGRÁFICA E OPERATÓRIA)

B. H., ficha nr. 803/36, 21 anos de idade, branco, solteiro, brasileiro, comerciante. — Enviado pelo Prof. Corrêa Meyer. Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Paciente de 21 anos de idade com passado de hipertensão já longo (3 anos). Inclinação e rotação da cabeça do tipo contratural, antálgico, simulando processo artrítico cervical. Ao exame radiológico, apresenta ventrículos fortemente dilatados, bem simétricos. — Abaixamento da espádua direita, esbôço de hipoestesia no território do 5.º par à direita, discreta hipoacusia à direita e paralisia periférica do 7.º par dêste mesmo lado após a ventriculografia. Desvio com pronação do braço direito, desvio à direita na prova do indicador, manobra de Barré positiva à direita. Marcha com falta de movimentos sincinéticos do braço direito. Lateropulsão latente para a direita. Reflexo patelar mais vivo à esquerda.

Concluímos por um comprometimento cerebelar direito com repercussão sôbre o recesso lateral do mesmo lado. — Houve "disharmonia" entre os sinais chamados cerebe**lares** e o sentido do nistagmo que se revelava em posição esquerda dos bulbos. Os fenômenos discretos para o lado do 5.º motor também eram discordantes. — Infelizmente neste caso a existência de um tumor não ficou excluida com tôda segurança pela operação. A observação até hoje, dois anos post operatorium, porém, permite afastar esta hipotese com grande probabilidade. O paciente continúa clinicamente curado — com exceção da visão — a sintomatologia primitiva desapareceu por completo.

OBSERVAÇÃO XI

Hidrocefalia ventricular hipertensa (Sindrome quadrigemelar)

(VENTRICULOGRAFIA E INTERVENÇÃO)

A. F., ficha nr. 803/37, sexo masculino, 20 annos, agricultor, brasileiro. Hospital Alemão. — Enviado pelo Dr. Luiz Kiélen. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Caso de início agudo e de histórico curto com hipertensão grave (crises tônicas), Kernig, rigidez de nuca. Deslocamento da epífise calcificada para baixo e para trás. Paralisia absoluta do olhar para cima, rigidez bilateral à luz. Desvio das extremidades superiores e inferiores para a esquerda, enquanto que a lateropulsão na posição ereta é dirigida para a direita. Manobra de Barré concordante com a lateropulsão. — Foi muito interessante o fenômeno observado na marcha (cruzamento da perna esquerda) e sôbre o qual ainda insistiremos.

A ventriculografia não permitiu afastar a possibilidade da existência de um tumor da região quadrigemelar com obstrução do aqueduto. A exploração cirúrgica, apenas permitiu a verificação de quantidade regular de liquor no 4.º ventrículo e no grande lago. Foi decisiva neste caso a catamnese. A melhoria rápida e decisiva do paciente depõe francamente no sentido de uma hidrocefalia pura com estenose espuria do aqueduto.

OBSERVAÇÃO XII

Hidrocefalia ventricular hipertensa

(DIAGNÓSTICO VENTRICULOGRÁFICO E OPERATÓRIO)

A. F., ficha nr. 338/38. Hospital Alemão. — 11 anos de idade, brasileiro, branco. Enviado pelo Dr. W. Niemeyer. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Êste menino de 13 anos de idade com um histórico de hipertensão de uns 8 meses de duração e sintomas predominantemente esquerdos (disdiadococinese, passividade aumentada do membro superior e inferior, ataxia na prova do calcanhar) era altamente suspeito de tumor do vermis. A exploração operatória foi negativa. O post-operatório, porém, com o aparecimento de uma sindrome paraplégica do tipo de compressão medular se explicaria pelo aparecimento de uma metástase medular, como são frequentes nos meduloplastimos cerebelares da infância. A boa reação à radioterapia profunda corrobora êste ponto de vista. Não foi feita a incisão do vermis por ocasião da intervenção devido ao aspecto normal desta estrutura, podendo portanto ter passado despercebido um nódulo tumoral profundo. A catamnese decidirá sôbre o diagnstico definitivo.

OBSERVAÇÃO XIII

Tumor do ângulo ponto-cerebelar

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

I. T. (caso publicado sob outro aspecto nos Arquivos de Clínica Oftalmológica e Otorrinolaringológica 1935, nr. 1). Ficha nr. 520/34, 31 anos de idade, branca, casada, brasileira. — Enviada pelo Dr. W. Niemeyer. — Operada pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Trata-se de um caso de tumor (neurinoma) do acústico, típico sob todos os aspectos. Menobra de Barré positiva do lado homolateral. Movimentos coreiforme da mão esquerda (contralateral). A catamnese revela cura clínica.

OBSERVAÇÃO XIV

Tumor do ângulo ponto-cerebelar

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

U. S., ficha nr. 135/36, sexo feminino, com 20 anos de idade, branca, solteira, brasileira. — Hospital Alemão. — Enviada pelo Dr. Etzberger. — Operada pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Êste caso de tumor do ângulo, relativo à jovem U. S., de 20 anos de idade, oferece algumas atipias de nota. Em primeira linha empougou a importância das perturbações da marcha e do equilíbrio — de início verdadeira astasia-abasia — e a modificação histeriforme do psiquismo, tudo isto em contraste com o volume sensìvelmente pequeno do tumor que seguramente não podia exercer compressão pronunciada, Em segunda linha cumpre notar a discordância entre a sede do tumor, que foi à direita, e uma série de sintomas que foram contralaterais (esquerdos). Queda com pronação do braço, ataxia nítida nas provas do dedo, leve hipermetria na prova de preensão, passividade aumentada do braço e da perna, prova do calcanhar atáxica. Apenas o desvio da marcha e a tendência à queda foram concordantes, homolaterais com referência ao tumor. Quanto ao diagnóstico de localização é claro que o lado da perturbação auditiva teve de prevalecer, A existência de um processo bilateral foi excluida pela exploraçao operatória. A catamnese revela cura clínica até hoje, dois anos após a intervenção.

OBSERVAÇÃO XV

Tumor do ângulo ponto-cerebelar

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

Fr. Hoesel, sexo feminino, com 36 anos de idade, paciente da enfermaria U. F. V. do serviço de neurologia da faculdade de medicina de Halle (Alemanha), observada e operada em 1929.

Resumo epicrítico. Êste caso em si típico de tumor (neurinoma) do acústico ofereceu interêsse especial pelo exame do liquor que foi altamente suspeito para o lado de uma neurolues. Foi instituído tratamento de prova na hipótese de processo especifico localizado no ângulo. Não produzindo resultados êste tratamento, a paciente foi transferida ao serviço de cirurgia, onde foi operada pelo Prof. A. Stieda, verificando-se a existência de tumor (neurinoma) do acústico. O caso ainda foi interessante quanto ao post-operatório. Por ocasião da intervenção foi inevitável um traumatismo importante do hemisfério cerebelar correspondente com sintomatologia ruidosa subsequente. Tivemos oportunidade durante um tempo relativamente longo depois da intervenção, em que a paciente, re-transferida ao serviço neurológico, continuou sob nossos cuidados, de observar a compensação gradativa quasi completa desta hemi-sindrome cerebelar.

OBSERVAÇÃO XVI

Tumor do ângulo ponto-cerebelar

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

Erna Witte, sexo feminino, com 28 anos de idade, paciente do ambulatório da clínica neurológica da faculdade de medicina de Halle (Alemanha) de 1928 a 1931, e operada no Barbara-Krankenhaus na mesma cidade.

Resumo epicrítico: Tivemos oportunidade, fato incomum, de observar esta paciente, portadora de um tumor do acústico, — desde o início diagnosticado — durante quasi três anos consecutivos antes da intervenção. A paciente opunha-se terminantemente durante todo êste tempo a tôda proposta de intervenção, tendo sido submetida por nós sem esperanças de resultado a um tratamento pela radioterapia profunda em diversas séries. Só em Agôsto de 1931, no entanto, o estado agravou-se consideràvelmente quanto às funções estáticas e sobreveio hipertensão pronunciada com crises convulsivos que por fim obrigaram a paciente a submeter-se à intervenção tardia. Esta foi feita em Setembro de 1931 pelo Prof. Budde. Verificou-se a existência de um neurinoma enorme do tamanho de um ovo de galinha com deformação importante do tronco cerebral. Foram particularmente interessantes as crises convulsivas que apareceram no período hipertensivo por terem sido unilaterais.

OBSERVAÇÃO XVII

Tumor de hipófise

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

A. B., ficha nr. 906/37, com 31 anos de idade, comerciante, brasileiro, enviado pelo Prof. Corrêa Meyer. Internado no Hospital Alemão. Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epcrítico: Êste caso de adenoma da hipófise apresentou um interêsse em primeira linha cirúrgico, por ter sido operado por via transseptal (Prof. Segura) e mais

tarde, devido a uma recidiva, por via transfrontal (Dr. Paglioli). Do ponto de vista clínico impressionou a palidez característica do tegumento cutâneo. — Sonolência e estado confusional transitório post-operatório. — Perturbações pupilares.

OBSERVAÇÃO XVIII

Tumor de hipófise

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

J. Z., ficha nr. 625/35, 26 anos de idade, branco, solteiro, empregado do comércio, brasileiro. — Enviado pelo Dr. Waldemar Niemeyer. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: O grande interêsse oftalmológico do caso pela sua atipia exorbita dêste trabalho. Apenas vamos frisar do ponto de vista clínico, neste como no caso anterior, a palidez característica sem anemia. — sindrome adiposo-genital esboçada. — Ao exame neurológico verificou-se constantemente desvio e queda do braço direito, manobra de Barré esboçada do mesmo lado e lateropulsão objetiva e subjetiva para a direita. Houve ainda discretas parestesias localizadas num pé. — Sindrome confusional post-operatória com hipersonia subsequente. — O restabelecimento da visão no campo por último comprometido, foi rápido e perfeito, enquanto que a metade lesada há mais tempo, não se restabeleceu.

OBSERVAÇÃO XIX

Tumor de hipófise

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

I. B. (foi publicado sob outro aspecto em "Revista dos Cursos" da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, nr. 21, 1935), ficha nr. 522/35, 46 anos de idade, casada, branca, brasileira. — Enviada pelo Dr. Jorge Fayet.

Resumo epicrítico: O caso desta paciente, com 46 anos de idade, apresentou sintomatologia interessante para o lado do aparelho pupilar (anisocoria com irregularidade dos contornos pupilares, bradicoria à esquerda, rigidez pupilar à direita). — Palidez característica sem anemia. — Passado mórbido bastante longo e complexo, não permitindo excluir com segurança a cooperação de um fator específico. — Foi particularmente impressionante a queda rápida da visão dentro de um período de mais ou menos dois meses em que se instalou uma amaurose quasi completa. A restituição post-operatória da visão foi igualmente rápida e completa.

OBSERVAÇÃO XX

Tumor do III.º ventrículo (parte posterior)

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

Schlueter, sexo masculino, com 28 anos de idade, paciente da enfermaria M. R. S. e do serviço de radioterapia da clínica neurológica da faculdade de Halle (Alemanha), observado em 1928.

Resumo epicrítico: Tratou-se de um caso interessante pela progressão por surtos hipertensivos gravíssimos, provavelmente por obstrução temporária do aqueduto pelo tumor que ocupava a parte posterior do 3.º ventrículo. Estes surtos caracterizavam-se em primeira linha pelo estado soporoso profundo do paciente; de uma feita quando tivemos oportunidade de observar bem de perto, houve respiração de Cheyne-Stokes durante algumas horas. Os sintomas cefaléia, vômito, rigidez de nuca, opistono estavam em segundo plano. Entre estes surtos havia remissões muito boas e demoradas. O caso terminou pela morte em estado comatoso.

OBSERVAÇÃO XXI

Tumor da região diencefálica ("suprasselar")

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

Roberto Thuermer, com 25 anos de idade, empregado do comércio, observado na enfermaria M. R. S. do serviço neurológico da faculdade de Halle (Alemanha) por ocasião de diversas internações consecutivas em 1929 e 1930.

Resumo epicrítico: Êste caso foi um dos mais impressionantes que nos foi dado observar. O paciente era conhecido do serviço, por internação anterior, como neuropata

suspeito de esquizofrenia incipiente. Em 1929 resolveu solicitar nova internação sem poder alegar motivo razoável. — Tratava-se de indivíduo robusto, inteligente, bem educado, perfeitamente normal ao exame neurológico e clínico que apenas atraía o interêsse psiquiátrico pelo seu comportamento especial, sem motivação evidente, e pelas atitudes psico-comáticas estranhas. Foi feita radiografia do crânio em perfil por pertencer ao exame de rotina, que revelou pequena calcificação típica supra-selar indicativa de tumor. O paciente daí em diante ficou em observação. Verificámos uma modificação lenta e gradativa do caráter que lembrava a euforia simples dos hebefrênicos. Falta de distanciação, idéias e planos bizarros. Assim resolveu sem motivo frequentar um curso para fazer-se "garçon". De fato frequentou o curso com relativo bom aproveitamento. Aos poucos chamou a atenção da família uma obesidade sempre mais acentuada com surtos de polifagia e estados de hipersonia com aspecto congestivo da facies. Chegou a dormir quase 24 horas consecutivas com algumas interrupções. Internado novamente apresentou estado de inibição, de falta de espontaneidade psico-motoras, pobreza de mimica e dos gestos; às vezes tinha atitudes verdadeiramente catatonóides. Aos poucos a sonolência, a modificação psíquica (inibição) foram se acentuando, começou a urinar na cama, quando não era convidado a procurar a privada. O aspecto congestionado da facies acentuava-se. Só nesta época apareceu discreta estase papilar e uma erosão das clinóides posteriores. Nesta época em que o paciente se apresentava em estado de inibição estuporosa quase absoluto, sem queixas subjetivas, os pais concordaram com a intervenção operatória. Esta foi feita em meados de 1930 pelo Prof. A. Stieda sem que fôsse possível enuclear o tumor. O paciente não sobreviveu às 48 horas.

Foi feita a autópsia que revelou a existência do tumor diagnosticado mais ou menos do tamanho de uma noz na região retro e suprasselar.

OBSERVAÇÃO XXII

Tumor de região quadrigemelar

(DIAGNÓSTICO CLÍNICO)

O. R., ficha nr. 903/34, sexo masculino, colono, com 22 anos de idade, solteiro, brasileiro. — Enviado pelo Dr. H. Krekel, de São Sebastião do Caí.

Resumo epicrítico: A anamnese dêste caso é muito rica e instrutiva, a-pesar-de tratar-se de pessoa pouco culta que encontrava dificuldade em expressar-se. Concluímos pelo diagnóstico de tumor da região quadrigemelar pela estabilidade do sintoma principal — paralisia do olhar para cima — que, segundo a declaração espontânea já existia, — pelo menos esboçada, — há mais de meio ano e mantinha-se constante, independente dos surtos tipertensivos. O diagnóstico de encefalite não nos parece provavel em vista da anamnese que depõe no sentido de hipertensão gradativamente crescente,entrecortada por surtos paroxísticos, com início há 3 anos mais ou menos. Se bem que não fôsse possível dentro tro dêste exame de consultório, que foi o único, pesquisar devidamente tôdas as perturbações, nos parece nítida a existência de uma componente cerebral, representada pela astasia pronunciada das extremidades inferiores e superiores que atribuímos a um comprometimento dos pedúnculos cerebelares superiores. Também o exame da atitude, da marcha e do equilíbrio não puderam ser devidamente repetidos e aprofundados. Em falta de uma catamnese que até hoje não conseguimos obter, o caso ainda carece de elementos preciosos para o diagnóstico definitivo.

Em face do histórico e do quadro clínico tão característico no entanto justifica-se publicar o caso em vez de sepultá-lo no arquivo.

OBSERVAÇÃO XXIII

Tumor frontal (Meningioma baso-lateral)

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

B. K., ficha nr. 304/34 (publicado sob outro aspecto em Arquivos de Clínica Oftalmológica, 1935, nr. 3), 35 anos de idade, casado, brasileiro. — Enviado pelo Dr. W. Niemeyer. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: A sintomatologia dêste paciente, homem de 35 anos de idade, resumia-se ao primeiro exame numa atrofia simples do nervo óptico bilateral com comprometimento pronunciado do olfato. A sindrome psíquica de matiz eufórico só mais tarde transpareceu e assim também a discreta sombra de calcificação no andar anterior. O exame ventriculográfico confirmou o que o exame clínico indicava. Não houve neste caso absolutamente sintomas da chamada ataxia frontal.

Estado confusional post-operatório dos mais pronunciados.

OBSERVAÇÃO XXIV

Tumor frontal; meningioma

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

Hohmann, sexo feminino, com 32 anos de idade, casada, paciente da enfermaria U. F. V. da clínica neurológica da faculdade de medicina de Halle (Alemanha) nos anos 1930 e 1931.

Resumo epicrítico: Esta paciente, de 32 anos de idade, apresentou-se com uma síndrome de hipertensão banal e de pouca intensidade, verificando-se a existência de uma papila de estase incipiente. O exame neurológico, radiológico simples e psiquiátrico sempre repetidos foram totalmente negativos nesta época. A paciente não queria sujeitar-se nem a uma ventrículo ou encefalografia nem a uma intervenção. Assim teve alta e voltou meses depois em estado precário de franca hipertensão com baixa acentuada da visão. Uma trepanação exploradora na região temporal direita nada revelou e apenas devido à válvula feita atenuou um pouco os sofrimentos. Pouco depois sobrevieram crises convulsivas sempre mais frequentes, alteração do psiquismo (estado de inibição) e morte.

À autópsia, verificou-se, com grande surpresa nossa, a existência de um grande meningioma frontal direito, mais ou menos do tamanho de uma maçã, com forte deformação da massa cerebral.

OBSERVAÇÃO XXV

Tumor fronto-parietal direito

(DIAGNÓSTICO CLÍNICO E VENTRICULOGRÁFICO)

J. V., ficha nr. 736/36, com 37 anos de idade, branco, casado, comerciante, natural do estrangeiro. — Enviado pelo Dr. A. Florez. — Operado pelo Prof. Paglioli

Resumo epicrítico: Este caso de um paciente já um tanto idoso (57anos) desde o primeiro exame foi suspeito de um glioma maligno de hemisfério, isto pela cefaléia circunscrito, a diplopia e a hemiparesia latente contralateral com respeito à sede da dôr. A ausência de estase papilar, é claro, não podia ter valor decisivo. Sobreveio aos poucos estado de embotamento psíquico sempre crescente, protrusio discreta com ptose do ôlho direito, hemianopia homônima completa esquerda, acentuação dos sintomas de hemiparesia. A ventriculografia apenas confirmou o diagnóstico clínico. — Desvio segmentar das extremidades superiores para o lado da lesão, desvio da marcha contralateral. — Nistagmo para o lado oposto da lesão.

OBSERVAÇÃO XXVI

Tumor fronto-parietal direito; astrocitoma

VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA E VENTRÍCULO GRÁFICO

T. M., ficha nr. 1225/366, com 32 anos, branco, solteiro, mecânico, natural da Itália. — Enviado pelos Drs. Romeu Mucillo e Salvador Petrucci. Observado no Hospital Alemão. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: A feição caracterstica dêste caso relativo a um homem de 32 anos robusto em estado de saúde perfeita, consistiu na relativa acuidade da sintomatologia, que, — orientando ainda mais o diagnóstico no sentido de uma afecção inflamatória, — se acompanhava de pleocitose franca do liquor. Voltaremos mais tarde a esta síndrome humoral. Um início tão agudo com hipertensão brutal não parece justificar-se na presença de tumor anatômicamente benigno, de crescimento lento provável. Retrospectivamente, uma anamnese devidamente orientada veio tornar provável que o paciente, já anteriormente, foi vitima de surtos hipertensivos, que, no entanto, foram mal interpretados. — A sintomatologia psíquica foi bem pronunciada. Estado de agitação e confusão post-operatória. A morte foi devida exclusivamente ao aparecimento de um dos terríveis surtos hipertérmicos post-operatórios descritos por **De Martel.**

OBSERVAÇÃO XXVII

Tumor fronto-parietal direito

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

W. A., ficha nr. 135/38, sexo masculino, agricultor, 35 anos de idade, brasileiro.

Resumo epicrítico: O paciente nos foi enviado do interior tardiamente em franco estado de hipertensão craniana com papila de estase pronunciada; embotamento psíquico de caráter tumoral típico e hemiplegia esquerda francamente instalada. Para um exame neurológico devidamente conduzido não havia mais possibilidade. Anamnese curta e progressão rápida faziam prever a existência de um glioma maligno. Foi indicada a punção ventricular a título de descompressão. Cumpre frisar que antes de proceder-se à primeira punção (Dr. Paglioli) verificou-se a existência de uma ptose palpebral esquerda, febre de 38,8 com pulso de 52 por minuto e estado subcomatoso. Após melhora inicial o estado agrava-se com febre sempre crescente, coma profundo, sobrevindo a morte por parada respiratória. A autópsia revelou a existência de um tumor extenso e volumoso no hemisfério cerebral direito. (Os particulares anatômicos dêste caso encontram-se descritos na parte teórica, pois serviu de paradigma para o que chamamos de cone de pressão inter-hemisférico).

OBSERVAÇÃO XXVIII

Tumor temporal direito

(VERIFICAÇÃO OPERATÓRIA)

M. R., com 40 anos, casada, branca, brasileira. — Enviada pelo Dr. José Ricaldone. — Operada pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: O caso da sra. M. R. é tão instrutivo como exemplo típico de tumor temporal, que nos reservamos para outra ocasião publicá-lo separadamente havendo então oportunidade para entrar em todos os detalhes. O nosso caso foi típico conforme já dissemos sob quase todos os aspectos. Sintomatologia neurológica silenciosa e discreta, histórico longo de suposta epilepsia com crises precedidas de aura acústica e às vezes provocadas por ruídos; hipertensão subjetivamente pouco pronunciada, mas com papila da estase franca. Hiperestesia circunscrita do crânio. De valor decisivo foi naturalmente o exame do campo de visão feito pelo Prof. Corrêa Meyer e que deu uma hemianopsia típica em quadrante superior. Tanto a ventriculografia como a intervenção apenas confirmaram o diagnóstico clínico. Sob o aspecto dêste trabalho interessa apenas a sintomatologia neurológica no sentido estrito da palavra. Houve além da assimetria dos reflexos apenas a prova de Barré positiva no lado oposto a lesão e uma queda constante, no entanto sem lateralização, do braço direito. O braço esquerdo acusava tendência à pronação, mas também nunca mostrou lateralização. Assim também foi negativa a prova do indicador, a prova da marcha e a prova de Romberg, tôdas procedidas por diversas vezes em dias diferentes.

OBSERVAÇÃO XXIX

Tumor temporal direito

(DIAGNÓSTICO CLÍNICO E VENTRICULOGRÁFICO)

D. D., ficha nr. 523/37, com 51 anos de idade, branca, solteira, brasileira. — Enviada pelo Prof. Corrêa Meyer.

Resumo epicrítico: Estamos em presença de uma anamnese interessante e rica em fenômenos subjetivos. Distinguimos bem as duas variedades de crises que a paciente apresenta: a primeira do tipo do "dreamy state" e a segunda que se caracteriza por parestesias penosas, predominantemente na hemiface direita, no território do trigêmeo; ambas são precedidas ou seguidas de sensação olfativa. Objetivamente temos discreta hiperreflexia em favor do lado esquerdo com (uma vez) esbôço de Babinski dêste lado; comprometimento do nervo facial direito do tipo periférico. Por fim temos uma hemianopsia homônima esquerda e o ventriculograma que, sem dúvida, depõe no sentido de processo tumoral à direita. — Desvio do braço esquerdo para a direita na prova do indicador e

na prova dos braços estendidos com e sem pronação. Desvio — raro — da marcha para a direita. Tratando-se com máxima probabilidade de glioma intracerebelar e não de um meningioma e tratando-se de paciente idosa com resistência diminuída, contra-indicamos a intervenção em favor da radioterapia profunda. A paciente vem mantendo-se há mais de um ano em estado relativamente bom.

OBSERVAÇÃO XXX

Tumor temporal; astrocitoma

(VERIFICAÇÃO ANATÔMICA)

D. von Rh., sexo masculino, com 9 anos de idade, observado na enfermaria M. W. S. do serviço de neurologia da Faculdade de Medicina de Halle (Alemanha), de Janeiro a Maio de 1929.

Resumo epicrítico: Êste menino, filho de colega distintíssimo, apresentou em tudo um histórico de cêrca de um ano e meio, desde os primeiros sintomas até à morte. O início foi insidioso com o aparecimento de ataques de "petit mal" que se repetiam durante o dia num sem número de vezes. Conceituado neurologista de Berlim fêz o diagnóstico de picnolepsia. Aos poucos sobrevieram dôres de cabeça e um aumento muito lento do volume do crânio. Mais tarde verificou-se baixa de visão sem estase papilar pronunciada e devida mais a um estreitamento dos campos com caráter nìtidamente hemianópico esquerdo. O quadro, com pequenos episódios hipertensivos intercorrentes, se manteve estacionário durante algum tempo. O menino nesta época, a-pesar-de apresentar uma marcha um tanto incerta, titubeante, ainda trepava em árvores com relativa segurança. Ao exame neurológico que tivemos oportunidade de proceder como assistente do prof. Hauptmann, havia, além do já relatado, uma sintomatologia muito escassa. Esbôço discreto de paresia à esquerda, discreta lateropulsão e lateralização dos braços porém sem direção constante e nítida. Submetido à ventriculografia o pequeno paciente, nesta época já em estado relativamente avançado do mal, sucumbiu por parada respiratória. O exame anatômico revelou a existência de um grande glioma que ocupava quasi todo o lobo temporal direito.

TRABALHOS CITADOS:

Alajouanine, Th. et Gopcevitch: Sur la sémiologie de l'hypotonie musculaire. Presse Méd. 1931, I, 31, 502-567.
Alfandary, 1.: L'appareil vestibulaire dans les tumeurs cérébrales. Paris 1938.
Antoni, N.: Tumoren des Rueckenmarks, seiner Wurzeln und Haute. in: Handbuch der Neurologie, 1936.
Askanazy: Zur Physiologie und Pathologie des Plexus chorioideus. Verh. dtsch. Ges. 1904. (citado seg. Guttmann).
Austregesilo, A. et Borges Fortes: Syndrome de déséquilibre et ataxie frontale. II. Congr. Neur. Internat. 1935.
Bailey, P.: Intracranial Tumors. Thomas 1933.
Barré, I. A.: Étude critique de l'ataxie frontale. II. Congr. Neur. Internat. 1935.
Barth. M. und Kant F.: Praktische Gesichtspunkte fuer die Auswertung der Liquorbefunde bei der Gehirntumordiagnostik. Nerveiarzt 3, 248-253 (1935).
Baudouin: Paris médical 17, 262-264. (citado seg. Goldstein-Cohn).
Bielschowsky, M.: Allgemeine Histologie und Histopathologie des Nervensystems in: Handbuch der Neurologie 1936.
Biondi: Ztsch. f. Neurol. 149, (1934) ref. in: Zentralblatt f. Neurologie.
Bize: Hydrocéphalie ventriculaire. Thèse. Paris 1931. (cit. seg. Bourgeois).
Bourgeois, R.: Les Hydrocéphalies. Paris, 1935.
Brickner, R. M.: Modifications fonctionelles constatées après intervention chirurgicale sur le lobe frontal. II. Congr. Neur. Internat. 19355.
Brun, R.: Zur Frage der Stirnhrinataxie. Z. Neur. 138, 122-130 (1932).
Castro, Aloysio De: Semiótica Nervosa. Rio de Janeiro 1935.
Clarke: citado seg. Schneider, Zentralbl. Neurochir. 3, Nr. 2, Pag. 128.
Claude, H.: Les fonctions du lobe frontal. II. Cong. Neurol. Internat. 1935.
Claude, H.: L'hypertension intracranienne. in: Questions neurologiques d'actualité. Paris 1922.
Cushing, H.: Intracranial Tumours. Thomas 1932.

Cushing, H.: Experience with the cerebellar medulloblastomas. Acta path. scand. Vol. Fasc. 1-2. (Separata).
Cushing, H.: Experiences with the cerebellar astrocytomas. Surg., Gyn. and Obst. February, 1931, Vol. LII, 129-204.
Dandy, W. and Blackfan: An experimental and clinical study of internal hydrocephalus. J. amer. med. Assoc. 61, 2216 (1923).
Delmas-Marsalet, P.: Lobe frontal et équilibre. II. Congr. Neurol. Internat. 19353.
Delmas-Marsalet, P.: Les réflexes de posture élémentaires. Paris 1927.
Elsberg e Strauss: citado seg. Antoni.
Fremont-Smith, F.: Cerebrospinal Fluid in Differential Diagnosis of Brain Tumor. Arch. of Neurol. 27, 691-694 (1932) (Separata).
Fluegel, F. E.: Verteilung motorischer Symptome bei Hirngeschwuelsten. Mschr. Psych. 85, 321 (1933) e Klin. Wochschr. 1933, pag. 1784.
Foerster, O.: Die Diagnostik und Behandlung der Geschwuelste des Grosshirns, Klin. Wochschr. 1934 II, 1737-1742.
Foerster, O: Motorische Felder und Bahnen, in: Handbusch der Neurologie 1936.
Foix, Ch. et Thévenard, A.: Réflexes de posture et réflexes d'attitude Presse Méd. 30. XII, 25, Nr. 109.
Gagel, O.: Symptomatologie der Erkrankungen des Hypothalamus in: Handbuch der Neurologie 1936.
Gallinek, A.: Die induzierten Tonusveraenderungen (Tonusreaktionen. sog. Lagerreflexe) in der Klinik. Dtsch. Z. Nervenheilk. 127, pag. 143-183.
Gesell e Hertzfeld: citado seg. Jorns.
Glettenberg, O.: Zur Symptomatologie des chronisch entzuendlichen Aquaeduktverschlusses. Zentralbl. Neurochir. 1, 1936, Nr. 2.
Goldstein-Cohn: Diagnostik der Hirngeschwuelste. Berlin und Wien 1932.
Guttmann, L.: Physiologie und Pathologie der Liquormechanik und Liquordynamik in: Handbuch der Neurologie 1936.
Guleke, N.: Ueber die Entstehung des Hydrocephalus internus. Arch. f. Klin. Chir. 162. pag. 533. (1930).
Hassin: citado seg. Schneider.
Haeussler, G.: Hirndruck-Hirnoeden-Hirnschwellung. Zentralbl. Neuro chir. 2, 1937 Nr. 4-6.
Hechst: citado seg. Koernyey.
Hoff Schilder: Die Lagereflexe des Menschen, Wien, Springer 1937.
Hoff Schoenbauer: Hirnchirurgie. Leipzig 1933.
Hoff e Schoenbauer: Neue Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie der Gehirn- und Rueckenmarksgeschwuelste. Fortschr. Neur. 7. 382-390, 433-446 e 475-494 (1935).
Jorns, G.: Ueber das Hirnoedem. Zentralbl. Neurochir. 2, 1937 Nr. 1.
Kafka, V.: Die Liquordiagnostik der Hirntumoren. Dtsch. Ztschr. Nervenhkd. 1224, pag. 27 (1932).
Koernyey, St.: Symptomatologie des verlaengerten Marks, der Bruecke, des Mittelhirns und des Sehhuegels. in: Handb. der Neurologie 1936.
Kernothan e Woltmann: citado seg. Koernycy.
Le Fever, Ch. W.: Argyll Robertson syndrome occurring with pituitary tumors. Report of two cases. Amer. J. Ophth., III. 18, 442-446 (1935).
Lereboullet, I.: Les tumeurs du quatrième ventricule. Paris 1932.
Lereboullet, I.: Une opération hardie: L'extirpation de l'hémisphère cérébrale droit. Paris Méd. 1933, II, 390-392.
Ley, A. and Walker, A.: Statistical review of two hudred and thirty consecutive cases of intracranial tumor. Fol neuropath. eston. 15-16, 52-67 (1936) (Separata).
List, C. F.: Epileptiform attacks in cases of glioma of the cerebral hemispheres. Arch. of Neur. 355, 323-350 (1936).
Magnus, R.: Die Koerperstellung. Berlin 1924.
Magnus, R.: Cameron prize lectures. Lancet 1926, pag. 531 and 585.
De Martel et Guillaume: Méningiome frontal gauche, déterminant depuis 14 ans des crises d'épilepsie généralisée. Revue neur 40 II, 843-847 (1933).)
De Martel et Guillaume: Les tumeurs de la loge cérébelleuse. Paris 1934.
De Martel, Guillaume et Thurel: Pseudo-tumeurs cérébrales par cloisonnement des cavités sous-arachnoidiennes et ventriculaires. Presse méd. 1936 I, 563-566.
Mc Lean, A. J.: Intracranial Tumors in: Handbuch der Neurologie 1936.

Olivecrona, H.: Die Gliome der Grosshirnhemisphaeren. Dtsch. Z. Nchk. 1288, 1-44, 1932.
Ostertag: Die sog. Meningiome, ihr Aufbau, Sschicksal und mittelbare Auswirkung auf das Gehirn. Zentralbl. f. Neurol. 73, 726.
Paglioli, E.: **Distrofia adiposo-genital.** "O Hospital", outubro de 1936.
Pedersen, O.: Ueber eptileptische Anfaelle beim Tumor cerebri. Zentralbl. Neurochir. 3. 1938 Nr. 3.
Rademaker, G. G. J.: Das Stehen. Berlin, Springer 1931.
Radtmaker, G. G. J.: Réactions labyrinthiques et équilibre. Paris 1935.
Reichardt, M.: Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik, Wuerzburg.
Ricker, G.: Pathologie als Naturwissenschaft, Berlin 19224.
Rose, M.: Cytoarchitektonik und Myeloarchitektonik der Grosshirnrinde. in: Handbuch der Neurologie 1936.
Sauarbruch: Arch. klin. Chir. 175, (1933) citado seg. Hauessler.
Schade, H.: Die physikalische Chemie in der inneren Medizin. Leipzif 1923.
Schaeffer, I. P.: Some points in the regional anatomy of the optic pathway. Anat. Rec. 28, 243-279 (citado seg. McLean).
Schweinitz De, G. E.: The Bowman Lecture. Trans. ophtalm. Soc. 43, 12 (1923) (Separata)
Spatz, H.: Anatomie des Mittelhirns, in: Handbuch der Neurologit 1936.
Spatz e Stroescu: Zur Anatomie und Pathologie der aeusseren Liquorraeume des Gehirns. Nervenarzt 7, 1934.
Stenvers: Position of the head in cerebral tumors. Arch. Neurol. e Psych. t. XIII, Nr. 6, pag. 711, 1925.
Stockert, von e Roettgen: Voruebergehende Herdsymtome in Anschluss an Hirnoperationen. Zentralbl. Neurochir. 3, 1938 Nr. 1
Toennis, W.: Zentralbl. Neurochir. 3, 1938 Nr 1, pag. 12.
Vincent, Cl.: Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien. II. Congr. Internat. Neur. 1935.
Vincent, Cl. David, M. et Thiébaut, F.: Le cône de pression temporal das les tumeurs des hémisphères cérébraux. Revue nuer. 65. 5356-545 (1936).
Weed and Mc Kibben: Americ. journ. of physiol. 48, (1919) (Separata).
Wislocki and Putnam: Absorption from the ventricles in experiment produced hydrocephal. Amer. Journ. of Anatomy, 29, 313 (1921) citado seg. Guttmann.

RESUMO

O autor apresenta uma serie de 30 casos pessoais, escolhidos e verificados, de processos expansivos intracranianos, procurando considera-los em conjunto sob o aspéto de uma neurologia geral destes processos. Trata-se de 7 hidrocefalias hipertensas puras, das quais duas por oclusão do aqueduto de Sylvius, 6 tumores da região diencefalo-hipofisária, 9 do andar posterior e 8 dos hemisférios cerebrais; 25 destes casos possuem verificação anatômica por operação ou autópsia, 4 outros possuem ventriculogramas suficientemente comprovantes. — Relegando a um segundo plano as questões puramente de localização, o autor procura desenvolver o assunto sob o ponto de vista dominante da **deformação global** do cérebro tal qual se tornou conhecida atravez do estudo anatômico das peças, mas sobretudo, ultimamente, atravez das imagens ventriculográficas e angiográficas. Interessam antes de tudo ao autor as deformações típicas e em si independentes da localização primária do tumor. Assim procedendo desdobra o assunto em seus quatro aspétos básicos: 1. As fôrças ativas (deformantes); 2. Morfologia e mecânica do cérebro deformado e comprimido; 3. Efeitos sôbre a função; 4. Sintomatologia clínica. — Dentro dêste plano geral o autor, na parte referente ás fôrças ativas, estuda especialmente o problema da hipersecreção do liquor e do entumecimento cerebral (edema e tumefação). A seguir considera os efeitos deformantes destas fôrças ativas nos três casos típicos da (1) hidrocefalia ventricular simétrica, (2) do entumecimento difuso generalizado e (3) do hemi-entumecimento. Por fim trata das diferentes formas de cone de pressão (cone de pressão occipital, temporal, interhemisférico e selar). Estudando os efeitos da deformação e da compressão sôbre a função cerebral, o autor introduz o conceito de adaptação (morfológico) e de compensação (funcional). Insiste ao mesmo tempo na deficiência dos conhecimentos atuais sôbre os efeitos imediatos da compressão e sobretudo da tumefação com relação á função nervosa. — Na parte clínica o autor ocupa-se sobretudo das modificações da atitude, da marcha e do equilíbrio. A seguir procura esboçar quadros clínicos correspondentes á formação dos diversos tipos de cone de pressão frizando o valor dos estudos nestes sentido em vista da grande uti-

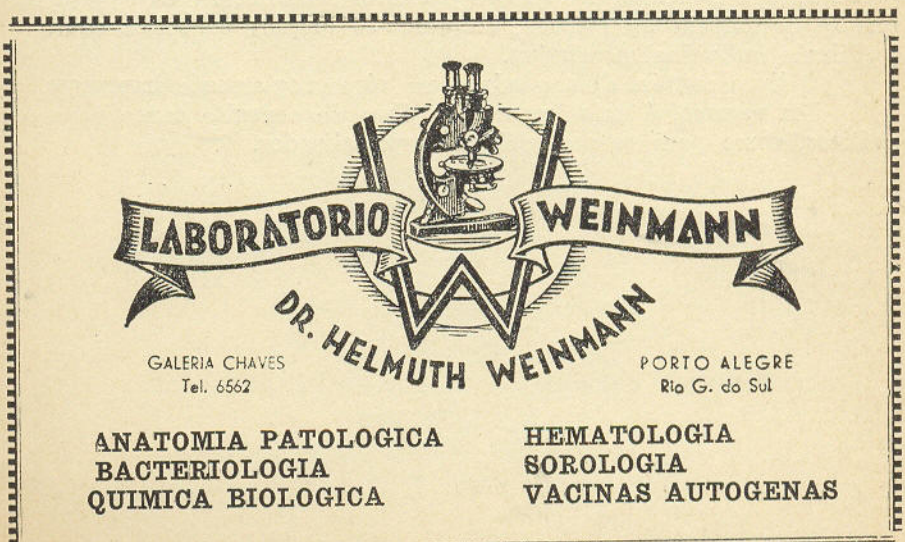
lidade prática que lhes cabe. Outros capítulos tratam dos problemas da modificação dos reflexos, dos sinais piramidais, das alterações da sensibilidade e do liquor nos tumores cerebrais, sempre com referência a observações pessoais.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. unternimmt den Versuch, Erfahrungen und Beobachtungen an 30 ausgewählten Fällen von intrakraniellen raumbeengenden Prozessen unter grösseren, allgemeinen Gesichtspunkten zu ordnen. Es handelt sich um 7 reine Hydrocephalien, davon 2 durch Aquäduktverschluss entstanden, 6 Tumoren der Mittelhirngegend, 9 der hinteren Schädelgrube und 8 der Grosshirnhemisphäre. 25 dieser Fälle sind autoptisch oder operativ sichergestellt, 4 weitere haben genügend beweiskräftige Ventrikulogramme. Rein lokalisatorische Fragestellungen werden in der Arbeit als unbefriedigend zurückgestellt, vielmehr die ventrikulographisch und arteriographisch erkennbare Gestaltveränderung des gesamten Hirns in den Vordergrund gestellt unter besonderer Berücksichtigung der aus Röntgenbild und Sektion bekannten typischen, von der primären Tumorlokalisation unabhängigen Deformierungen. Es ergibt sich dadurch zwanglos eine Vierteilung des Stoffes, gleichzeitig ein Grundriss einer allgemeinen Neurologie der raumbeengenden Prozesse in: 1. Die aktiven (deformierenden) Kräfte; 2. Morphologie und Mechanik des deformierten und komprimierten Hirns; 3. Auswirkung auf die Funktion; 4. Klinische Zustandsbilder.

Hypersekretion des Liquors und Hirnschwellung werden als praktisch wichtigste "aktive Kräfte" ausführlich behandelt. Ihre formverändernde und komprimierende Wirkung wird zunächst an drei typischen Fällen betrachtet (1. symmetrischer ventrikulärer, gespannter Hydrocephalus, 2. allgemeine Hirnschwellung, 3. Halbseitenschwellung unter besonderer Berücksichtigung mechanischer Gesichtspunkte. Anschliessend werden die verschiedenen Druckkonusformen besprochen (occipitaler, temporaler, interhemisphärischer und sellarer Druckkonus).

Bei der Besprechung von Deformierung bzw. Druck und Funktion wird der Begriff der morphologischen (Adaptation) und funktionellen Anpassung (Kompensation) eingeführt, aber im Uebrigen auf die Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse über die unmittelbare Wirkung von Druck und Schwellung auf die Funktion hingewiesen. — Im klinischen Teil beschäftigt sich der Verf. ganz besonders mit den Störungen der Haltung, des Ganges und des Gleichgewichts. Des weiteren wird der Versuch gemacht, klinische Zustandsbilder zu entwerfen, die den verschiedenen sogen. Druckkonus formen zugeordnet sind. In anderen Kapiteln wird auf die Frage der Reflexabschwächung, der Pyramidenzeichen, der epileptischen Anfälle, der subjektiven Sensibilitätsstörung und der Liquorveränderung an Hand eigener Erfahrungen eingegangen.



Comentários Bibiográficos

O IMPALUDISMO. — Sua clínica, parasitologia e o problema da luta antipalúdica. Pelos drs. Bernard Nocht e Martín Mayer, Professores do Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo — Buenos Aires, 1938, Ed. El Ateneo. Preço m$n. 4.50 (argentinos).

Nenhum livro se havia escrito até o dia de hoje para pôr em dia os conceitos modernos existentes em matéria de impaludismo. Daí merece especial elogio o esfôrço que com profundo conhecimento do têma empregaram os Professores Nocht e Mayer ao condensar num pequeno manual o imenso material acumulado. Ambos os professores são bem conhecidos por todos os malariólogos; á sua larga e madura experiência se deve mais de uma contribuição ao têma.

A parte dedicada ao tratamento é a mais importante do livro e as idéas terapêuticas modernas são expostas com grande acêrto didático. Muito importante e instrutivo é o capítulo em que se estudam os medicamentos sintéticos modernos, mantendo-se os autores estritamente dentro das linhas da aceitação universal no referente á especificidade da atebrina e plasmoquina.

A malaria terapêutica mereceu um capítulo especial que interessa preponderantemente aos alienistas e outros especialistas cujos estudos não têm vínculos dirétos com a parasitologia tropical.

A descrição que da febre hemoglobinúria se consigna é excelente.

Em capítulos sucessivos se descrevem em detalhe as técnicas de exame hemático, a preparação e coloração de amostras, a zoologia e protozoologia científica dos quatro parasitos do homem e os tipos afins que se encontram no macaco, incluindo-se amplos conceitos sôbre a profilaxia individual e coletiva.

O livro contém dois quadros em côres regiamente impressos.

Em resumo, é uma importante óbra de consulta tanto para os práticos, como para os malariólogos especialisados.