

O DIAGNÓSTICO DOS TUMORES DO ENCÉFALO PELA VENTRICULOGRAFIA *)

PROF. ELYSEU PAGLIOLI

CATEDRÁTICO DE CLÍNICA PROP. CIRÚRGICA
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE PORTO ALEGRE.

(Continuação)

VENTRICULOGRAMA NORMAL

O conhecimento do ventriculograma normal deve preceder a todo e qualquer estudo sobre o ventriculograma patológico, porque a ignorância do primeiro não permite concluir quanto ao segundo.

Não existe limite exato que possa separar de maneira bem definida o ventrículo normal dos demais ventrículos levemente alterados, porque dentro das condições fisiológicas encontram-se modalidades várias quanto à forma, ao tamanho e à situação dessas cavidades.

Para interpretar os ventriculogramas e poder julgar sua normalidade, recorreu-se ao meio da mensuração, mas este não preencheu tal finalidade.

Lysholm, rejeitando esse método, construiu um esquema da imagem de perfil dos ventrículos cerebrais sobre celulóide, modelo este estabelecido após estudos comparativos e depois de longa série de ventriculogramas normais (300 casos). Para avaliar as condições da radiografia dos ventrículos, este autor superpõe o seu modelo à película em estudo, verificando deste modo as condições de normalidade ou as alterações na forma, no tamanho e na situação dos mesmos.

A primeira impressão parece ideal o sistema do eminente autor suéco, mas se tivermos em conta a grande variabilidade de forma, de tamanho e mesmo de sede dos ventrículos normais com relação aos contornos do crânio, chegaremos a compreender que o modelo de Lysholm raras vezes pode ser adaptado com precisão sobre um ventriculograma normal.

A orientação deste autor, pretendendo uniformizar questão tão delicada quanto difícil, não parece merecer absoluta confiança.

Para estabelecer com certa segurança os limites entre o ventriculograma normal e o patológico, torna-se indispensável analisar, criteriosamente e com conhecimentos prévios da matéria, uma série de fatores de cujo exame cuidadoso se poderá concluir sobre a questão.

(*) Extracto da obra "Ventriculografia Cerebral" do mesmo autor — Edição da Livraria do Globo 1938 — Porto Alegre.

Para avaliar a dificuldade dêste exame, basta lembrar que os crânios são geralmente diferentes no tamanho e na conformação, que o cérebro também nem sempre guarda rigorosamente o mesmo tamanho e a mesma forma, o que as cavidades ventriculares não ficam isentas dessa grande variabilidade, após a verificação sucessiva de vários indivíduos.

A-pesar-dessas inúmeras dificuldades, em geral se consegue distinguir o ventriculograma normal dos demais ventriculogramas patológicos. Não basta, porém, para essa conclusão, o simples exame das radiografias, tornando-se imprescindíveis os relatórios clínico, cirúrgico e radiológico, afim de não ignorar os resultados do exame neuro-oftalmológico, as condições variáveis da técnica operatória e as particularidades referentes à obtenção das radiografias.

O ventriculograma normal, entretanto, possui caracteres especiais, que lhe imprimem uma fisionomia própria, embora possa apresentar pequenas diferenças de modalidade entre as demais imagens radiológicas também normais.

O que importa, antes de tudo, é saber-se como se apresentam os ventrículos normais sobre a placa radiográfica, segundo as suas diversas porções e prolongamentos, de acôrdo com o grau de repleção pelo ar e conforme a incidência que lhes deu origem.

Assim, estudaremos sucintamente o ventriculograma de acôrdo com as incidências mais comuns já descritas no capítulo precedente.

I

VENTRICULOGAMA DA INCIDÊNCIA FRONTO-OCCIPITAL

(*Figura n.º 17*)

Obtida a imagem radiológica segundo as condições normais precedentemente descritas, os ventrículos cerebrais são nela representados de modo diverso, dependendo o seu aspecto do grau e das condições da aeração.

Normalmente devem aparecer ambos os ventrículos laterais e o ventrículo médio.

Para poder interpretar convenientemente as condições de simetria e da situação dos ventrículos, torna-se indispensável que a incidência seja praticamente simétrica quanto ao plano sagital, e executada segundo as exigências precedentemente descritas quanto ao plano horizontal, devendo o bordo superior dos rochedos corresponder ao meio das órbitas.

Pode suceder que apenas esteja representado um dos ventrículos laterais (*figura n.º 27*), não sendo isso motivo suficiente para ser classificado de patológico; geralmente constitue defeito de técnica.

Também a desigualdade de tamanho entre ambos os ventrículos laterais, quando esta não seja de grandes proporções, não pode ser interpretada como anormalidade; depende o fato da aeração mais abundante do lado insuflado que geralmente apresenta imagem maior e mais nítida.

A insuflação do ar pode também determinar aumento ou mesmo leve deformação de um ou de ambos os ventrículos, quando a pressão intraventricular final tenha permanecido mais elevada que a pressão inicial. Para evitar êste inconveniente, convém medir a pressão inicial e novamente a pressão final por ocasião de terminar a insuflação, deixando esta em grau um pouco inferior ao daquela.

Repleção leve (figura n.º 17 R. - L.). — Fazendo-se insuflação leve, de 15 a 20 cc. de ar em ventrículos de tamanho normal, e obtida a distribuição regular do gás entre ambas as cavidades, o ventriculograma da incidência fronto-occipital mostra-se com os seguintes caracteres (observação VIII — figura n.º 28):

- a) duas imagens claras, situadas simetricamente de cada lado da linha mediana;
- b) ambas apresentam a forma típica de asas de borboleta, separadas por um espaço escuro dirigido em sentido sagital e que corresponde ao septo lúcido (linha do septo);
- c) em cima os limites se inclinam para a linha média formando uma curva de concavidade superior, que representa o teto dos ventrículos (face inferior do corpo caloso);
- d) no limite ínfero-externo nota-se uma linha curva de concavidade voltada para fora e para baixo, que representa o limite interno da cabeça do núcleo caudado.

Repleção média — (figura n.º 17 — R. M.). Com êste grau de aeração (figura n.º 22) são visíveis ambos os ventrículos laterais, tanto na sua porção frontal, e parte da cela média (VLD — VLE), como na porção mais anterior do corno temporal (C. T. D.). O ventrículo médio está também representado (V. M.).

Os caracteres mais importantes dêste ventriculograma são:

- a) porções frontais perfeitamente simétricas, com a forma típica de asas de borboleta;
- b) a depressão lateral que corresponde à presença de cabeça do núcleo caudado bem visível;
- c) o ventrículo médio continua a sombra do septo formando, a reunião de ambos, a *linha septo-ventricular*;
- d) o corno temporal mostra-se em forma de crescente, cuja imagem corresponde ao meio da órbita.

Repleção total — (figura n.º 17 — R. T.). Com um grau mais acentuado de enchimento ventricular pela aeração, o ventrículo lateral se apresenta em sua totalidade (figura n.º 20). O ventrículo médio permanece com o mesmo aspecto já descrito. Na observação XXXII, embora só esteja visível o ventrículo lateral esquerdo, êste se apresenta, entretanto, com o aspecto típico da repleção total.

Esse ventriculograma mostra (Figura n.º 20):

- a) porção frontal superposta à cela média porisso os seus caracteres são menos nítidos; embora mais cotrastada a imagem;
- b) corno occipital que se apresenta sob a forma de imagem mais clara;
- c) corno temporal (C. T.) visível dentro da imagem obtida.

Essas diversas porções ficam unidas entre si, formando uma imagem única quando a repleção é total. A parte central da porção frontal apresenta-se muito contrastada, porque a projeção passa por uma camada de ar muito longa ao longo da cela média.

II

VENTRICULOGRAMA DA INCIDÊNCIA OCCÍPITO-FRONTAL

(Figura n.º 18)

A craniografia permite distinguir com relativa facilidade as radiografias desta incidência das que se obtêm pela projeção fronto-occipital pelas particularidades referentes aos ossos da face (órbita, nariz, seios etmoidais, etc.), porque estes se encontram menores visto ficarem mais próximos da placa nesta posição.

As condições radiológicas exigidas para a incidência fronto-occipital, já descritas, são também indispensáveis para a incidência occipito-frontal.

O ventriculograma normal desta incidência guarda os caracteres de tamanho, forma, de situação e de simetria que lhe são próprios. A sua forma e o seu tamanho, porém, dependem também do grau de aeração. (Vide figura n.º 18).

Repleção leve. — Com pequena quantidade de ar podem estar presentes ambos os ventrículos laterais ou somente um deles. A imagem radiológica com aeração leve apenas permite verificar a simetria e situação dos cornos occipitais, os quais se apresentam sob forma de dois ovóides inclinados para a linha mediana pelo seu polo maior, que é o superior.

Repleção média — Com este grau de aeração, a imagem posterior dos ventrículos laterais oferece mais interesse pela soma maior de informações que pode proporcionar. Nela ficam representadas diversas porções dos ventrículos laterais e do ventrículo médio que precisam ser bem conhecidas.

Quando o grau de repleção pelo ar é igual em ambos os lados, a distância de ambas as imagens ventriculares é igual. Quando, porém, um dos ventrículos sofreu aeração em grau menor, pode manifestar-se assimetria aparente, ficando este ventrículo mais afastado da linha mediana que o outro.

Além disso, o ventrículo mais insuflado deve ficar representado por imagem maior que o outro.

Essa aparente desigualdade de tamanho e de relação com o plano sagital deve ser bem interpretada para que não se considere condição patológica esse fato, cuja causa reside exclusivamente no defeito da técnica.

Se o ventrículo médio estiver presente, então as probabilidades de erro serão menores porque este permanecerá na linha mediana, seja qual for o seu grau de repleção servindo de guia para a interpretação.

O terceiro ventrículo fica representado pelo seu recesso suprapineal que é o seu prolongamento mais posterior. Quando é só esta a porção arejada do terceiro ventrículo, a imagem radiológica que se apresenta é de pequenas dimensões e regularmente circular.

A linha septo-ventricular não existe, visto que os ventrículos laterais se mantêm mais afastados entre si no prolongamento occipital.

Repleção total — Se a repleção for total (figura n.º 18 — R. T.), a imagem radiológica se aproximará muito do ventriculograma obtido por incidência fronto-occipital com aeração integral.

Aparecem todas as porções dos ventrículos laterais, apenas com a diferença

que, estando o prolongamento frontal sobre a placa, este ficará representado por uma imagem menor com relação às demais porções ventriculares, do que sucede com a incidência fronto-occipital, e enquanto que o corno occipital ficará aumentado por estar mais próximo da fonte de raios.

Observando essas minúcias e recorrendo ao aspecto do crânio, será fácil distinguir ambos os ventriculogramas entre si.

III

VENTRICULOGRAMA DA INCIDÊNCIA LATERAL

(Figura n.º 19)

O ventriculograma obtido por incidência lateral apresenta caracteres que variam de acordo com a posição e o grau de repleção pelo ar.

A posição pode ser exatamente de perfil, e então a cela média e o corno frontal ficam situados no mesmo plano. Se o plano sagital não estiver paralelo ao nível da mesa, e a sua porção anterior ficar um pouco mais levantada, então a parte mais baixa será somente a cela média; o corno frontal pode então alcançar a mesma altura que o corno occipital.

Ao contrário, se o doente baixar muito a fronte, a porção frontal não será representada na pneumografia, a não ser que o grau de repleção seja considerável.

O ventriculograma que vamos analisar é obtido pela incidência lateral de perfil, cujo plano sagital deve ficar paralelo ao plano horizontal da mesa. Podem ser executadas também incidências laterais em decúbito dorsal com a cabeça em acentuada deflexão, para obter a imagem do terceiro ventrículo, ou em posição sentada, para verificar o dorso da cela média e do corno frontal. A descrição que vai seguir, entretanto, não será dedicada a estas últimas, mas unicamente à incidência lateral clássica.

Segundo o grau de repleção pelo ar, podem-se encontrar modalidades muito diferentes, embora se examine sempre ventrículos normais.

Repleção leve — Se acompanharmos o desenho da figura n.º 19-4, será mais fácil compreender o aspecto tão variável da pneumografia ventricular segundo os diversos graus de aeração.

A insuflação de pequena quantidade de ar (10 ou 15 cc. para o ventrículo normal) não permite, em geral, obter imagem total do ventrículo lateral nesta incidência. O ar fica limitado às porções situadas em nível mais alto no momento em que se executa a projeção.

As porções que ocupam nível mais elevado quando o crânio fica na posição de perfil já estabelecida, são a encruzilhada ventricular, o corno esfenoidal e o corno occipital. Este último, porém, apresenta particularidades interessantes segundo os indivíduos, que se traduzem no ventriculograma quando a aeração é leve. O corno occipital apresenta a extremidade cônica de ápice voltado para trás, não seguindo direção retilínea nem paralela ao plano sagital, mas encurvando-se para a linha mediana, e acompanhando a direção que forma o centro oval neste ponto, denominado forceps-maior. A intensidade dessa curva e do desvio do corno occipital para a linha média varia muito de um indivíduo para outro. Quando esse prolongamento ventricular segue quase diretamente para trás, todo o corno occipital se apresenta bem visível no ventriculograma, porém, quando a sua curva

é muito acentuada em direção à linha mediana, então o líquido se mantém nessa ponta e o ar não pode ocupar esse lugar, fazendo com que a imagem do corno occipital se apresenta nitidamente truncada, (figura n.º 19-4-6) circunstância essa frequente e que poderia ser mal interpretada. Os ventriculogramas das figuras ns. 21, 49 e 85 mostram claramente o que acabamos de expor.

Com essa repleção leve apenas ficam representados, em geral, o corno occipital, a encruzilhada, o corno esfenoidal e, às vezes, a porção mais posterior da cela média; nesse local a imagem se vai apagando.

Repleção média — (figura n.º 19 — M.) Com grau de aeração o ventriculograma mostra todas as dependências do ventrículo lateral situado no plano superior no momento da projeção.

Analiseemos as diversas porções do ventriculograma nesta imagem de perfil, estabelecendo os seus caracteres que lhe conferem o título de normal.

Não existe um tipo exato de ventriculograma normal, porque os ventrículos cerebrais são diferentes entre si como são diferentes todos os crânios e todas as pessoas. Uns são maiores, outros menores, outros enfim com caracteres mais ou menos acentuados em determinadas porções e com particularidades especiais, que devem ser conhecidas para evitar interpretações erradas.

No seu conjunto, porém, os ventrículos se apresentam sempre com a mesma conformação geral, a-pesar-das fisionomias peculiares a cada um.

Se examinarmos os quatro ventriculogramas normais de perfil que apresentamos, fácil será verificar que todos são diferentes, mas que todos apresentam os mesmos caracteres gerais.

O corno frontal (figura n.º 24 - C. F.), visto de perfil, pode variar no seu volume, forma e situação, dentro de certos limites, além dos quais é considerado patológico.

Não raras vezes ele apresenta no dorso, perto da ponta, uma pequena depressão.

A cela média (figura n.º 24 - C. M.) é a parte que fica situada entre o frontal e a encruzilhada ventricular. É de todas as porções do ventrículo lateral a que apresenta maior constância na forma, na situação e no tamanho. Seus contornos são sempre bem regulares e o seu tamanho se mantém sempre dentro de um limite muito constante.

O corno esfenoidal (figura n.º 24 - C. T.) apresenta-se em geral com o mesmo aspecto. A sua extremidade anterior vai até às proximidades da imagem da cela turca, sem entretanto atingi-la. Quando este prolongamento se superpõe à imagem da cela é considerado patológico. Esse aspecto tido isoladamente, não representa valor semiológico importante, porque nós o observávamos várias vezes alcançando a imagem selar sem que se pudesse, por esse único motivo, aceitá-lo como patológico.

O corpo occipital (figura n.º 24 - C. O.) apresenta forma muito variada. Às vezes o seu tamanho considerável alcança a vizinhança do crânio. Outras vezes é tão pequeno que bem se poderia considerá-lo como ausente. A modalidade mais frequente é a que mostra o truncamento da sua ponta devido às condições da sua curvatura, conforme já referimos.

A encruzilhada ou trívio ventricular (figura n.º 24 - E.) mantém em geral conformação constante, apenas variando um pouco quanto à sua amplitude.

Sobre sua imagem se reconhecem frequentemente as sombras calcificadas da epífise e dos glomos coróideos.

A situação do ventriculograma normal com relação ao crânio obedece, em linhas gerais, sempre às mesmas condições. As grandes variabilidades na forma

e nas dimensões do crânio, entretanto, não permitem estabelecer com precisão as relações crânio-ventriculares.

O modelo do ventriculograma normal de perfil, obtido e aplicado por Lysholm, dificilmente poderia ser aproveitado com eficiência sobre os ventriculogramas que apresentamos, porque, embora estejam dentro dos limites do ventriculograma normal apresentam diferenças evidentes de tamanho, de situação e de forma.

O tamanho do ventriculograma normal está sujeito a grandes variações, tanto de um indivíduo para outro como no mesmo indivíduo. A idade pode constituir causa importante. Certos velhos, devido aos processos regressivos de senilidade da substância nervosa, adquirem ventrículos maiores. A mudança de pressão intraventricular momentânea pode modificar sensivelmente a amplitude dos ventrículos.

Repleção total — (figura n.º 19 - T). A aeração total de ambos os ventrículos apresenta um ventriculograma com superposição de ambas as imagens. Essa superposição total é rara. A presença de ar no prolongamento frontal do ventrículo situado abaixo, porém, constitue fato frequente. (Observação XXIII) — O terceiro ventrículo torna-se visível. Com repleção total consegue-se, às vezes, obter a imagem do aqueduto de Silvius, mas o seu calibre de 2 ou 3 milímetros não comporta senão uma delgada camada de ar, o que torna o contraste insuficientemente e deficientemente reconhecível. Quando o aqueduto está dilatado, porém, comportando maior quantidade de ar, pode ser apreciado no ventriculograma (observação XI, figura n.º 42). O quarto ventrículo também pode estar representado na pneumografia quando a aeração tiver sido total.

IV

OS LIMITES QUE SEPARAM O VENTRICULOGAMA NORMAL DO PATOLÓGICO

A distinção pode ser feita com muita facilidade quando as alterações na forma, no tamanho ou na simetria se apresentam nitidamente. Entretanto, para estabelecer com segurança se um determinado ventrículo é normal ou não, o problema se complica e torna-se difícil solução.

Para concluir com melhor orientação, é preciso examinar o ventriculograma segundo as alterações que pode sofrer quanto à sua forma, o seu tamanho e à sua situação, assim como estabelecer as condições de simetria e o valor das lacunas que se possam apresentar.

As exigências expostas na técnica operatória, quanto à aeração e às regras radiológicas, precisam ser observadas rigorosamente.

Existem pontos de referência dos ventrículos entre si e do crânio com os ventrículos, que precisam ser bem conhecidos.

Tamanho — Um leve aumento no tamanho de uma ou de ambas as cavidades ventriculares não constitue elemento suficiente para considerá-las patológicas. A idade e as várias condições de momento podem modificar o volume dos ventrículos, como já referimos anteriormente. A insuflação forçada às vezes distende uma ou ambas as cavidades, enquanto que a aeração insuficiente, não enchendo o ventrículo até aos seus limites, fornece imagem menor.

Finalmente, as condições particulares de cada indivíduo proporcionam grande variabilidade de tamanho aos ventrículos cerebrais.

A-pesar-de que o volume do ventrículo não constitue o elemento mais importante para avaliar a sua normalidade, apresenta, porém, um limite determinado, além do qual não pode ficar excluído do tipo patológico.

Forma — As deformações ventriculares apresentam grande importância quando observadas em ventriculogramas obtidos por meio de boas condições operatórias e radiológicas.

Existem deformações que são normais ou que dependem de um defeito da aeração. O corno frontal pode estar deprimido no seu dorso ou apresentando um entalhe na sua porção ântero-inferior sem que isso constitua anormalidade. Além disso, às vezes se apresenta proporcionalmente maior que as outras porções do mesmo ventrículo. As suas curvas dorsal (calosa) ou ventral podem ser mais ou menos acentuadas, sem que isso signifique irregularidade importante.

A cela média está menos sujeita às modificações de forma, e tanto o seu limite dorsal (caloso) como o ventral (trígono) mostram-se quase sempre bem regulares.

O corno occipital frequentemente se apresenta com as formas mais variáveis, ora alongado indo até às proximidades da camada cortical, ora curto e mesmo ausente, apresentando-se às vezes truncado e mostrando uma depressão de concavidade posterior, e tudo isso dentro das condições perfeitamente normais.

Situação e simetria — Muito mais importante é o reconhecimento exato da situação e da simetria dos ventrículos, porque os mais discretos tumores dos hemisférios podem alterá-las.

Para verificar a situação e a simetria dos ventrículos laterais e médio, deve-se examinar cuidadosamente o ventriculograma frontal, e neste, com toda a atenção voltada para a linha septo-ventricular, que é o pêndulo mais sensível, capaz de denunciar precocemente qualquer neoplasia dos hemisférios cerebrais, mesmo que esta esteja situada junto à camada cortical.

Quando a linha septo-ventricular se encontra desviada do plano sagital, apresentando-se encurvada ou formando ângulo, não se pode mais considerar o ventriculograma como normal. Quando a incidência tiver sido assimétrica, não representará dificuldade importante o reconhecimento desta assimetria, concluindo-se da mesma forma se a linha septo-ventricular está ou não exatamente no plano sagital. A verificação de ambos os cornos esfenoidais, com relação à sua simetria e situação, também constitue elemento importante para avaliar as condições de normalidade dos ventrículos.

Quando a linha septo-ventricular é bem regular e situada precisamente no plano sagital, não se pode concluir pela presença de um tumor frontal, parietal ou temporal, mesmo que o ventrículo do lado oposto não se tenha apresentado na radiografia (figuras ns. 20 e 22).

Como se vê, a linha septo-ventricular constitue na realidade o pêndulo, de cuja oscilação depende, na maior parte dos casos, a decisão do diagnóstico ventriculográfico.

OBSERVAÇÃO IV

H. F., com 18 anos de idade, branca, solteira, de profissão doméstica. (19.ª Enfermaria da S. Casa).

Enviada pelo prof. Fábio de Barros.

Há 2 anos teve gripe com dores no hemitórax esquerdo, irradiadas para o ouvido, face e região têmporo-parietal do mesmo lado.

As dores do hemitórax desapareceram logo depois ao passo que as da face e do hemicrânio acalmavam ou se exacerbavam periodicamente; dores essas que se apresentavam preferentemente à noite.

De novembro a esta data as dores se agravaram tanto em intensidade como em duração, aparecendo ao mesmo tempo vertigens e vômitos, pelo que baixou à 19.ª Enfermaria (Serviço do prof. Fábio de Barros.)

Atualmente apresenta cefaléia, diminuição de agudeza visual, estado vertiginoso, vômitos com náuseas e marcha incerta.

Exame neurológico. — Feito pelo prof. Fábio de Barros.

Paciente desnutrida e pálida. Geme constantemente, acusando cefaléia intensa, mais acentuada à esquerda.

Marcha ebríosa com lateropulsão de queda para a esquerda.

Tono muscular normal. Não tem adiadocinesia.

Reflexos patelares vivos e aquilianos normais.

No reflexo pubiano a resposta dos abdutores é viva.

Clonus do pé esquerdo facilmente esgotável, o mesmo se verificando com relação a rótula direita.

Prova de Barré: queda mais rápida da perna esquerda. Reflexos pupilares preguiçosos à luz; à acomodação são normais.

Reflexo consensual lento.

Exame do líquor — Wassermann negativo. Aumento global das albuminas e dos elementos figurados proporcionalmente. Pandy e Takata-Ara positivas.

Exame oftalmológico. — Feito pelo prof. Corrêa Meyer, acusou: Agudeza visual do OD 2/3 e OE 1/10; reações pupilares lentas à esquerda; o campo visual mostra redução em ambos os lados, mais acentuada à esquerda; a oftalmoscopia mostra nevríte intensa do óptico com estase papilar acentuada, principalmente à esquerda.

Exame otológico. — Feito pelo Dr. Santaiana Mascarenhas, acusou diminuição de agudeza auditiva de ambos os lados, sendo que do lado esquerdo existe surdez quase completa.

Diagnóstico clínico. — Tumor da loja cerebelar.

Afim de conseguir estabelecer com maior segurança o diagnóstico topográfico resolvemos, de acordo com o neurologista, praticar a ventriculografia.

VENTRICULOGRAFIA

Paciente em posição sentada com apoio frontal.

Anestesia local com Sinalgan.

Incisão e trepanação bilateral por via occipital.

Punção no lado esquerdo foi negativa; no lado direito foi positiva. Líquido sob pressão positiva (Claude 35).

Retiramos 30 cc. de líquido e injetamos 30 cc. de ar.

A paciente acusa cefaléia intensa, náuseas e vômitos. Baixa considerável de visão subjetivamente. Obtivemos quatro ventriculogramas.

INTERPRETAÇÃO DOS VENTRICULOGRAMAS

Incidência fronto-occipital — Imagem do prolongamento frontal dos ventrículos (figura n.º 20). Incidência evidentemente assimétrica em relação ao plano sagital com rotação do crânio para a esquerda. Quanto ao plano horizontal também não é boa porque o bordo superior dos rochedos corresponde à porção mais inferior da órbita. Crânio sem particularidades importantes. Os orifícios do trépano são visíveis e aparentemente mal situados por causa da assimetria da incidência. O orifício do lado

esquerdo, entretanto, não está no lugar conveniente tendo ficado muito perto da linha mediana (punção negativa).

Aeração ventricular boa. Aparecem todos os três ventrículos prosencefálicos.

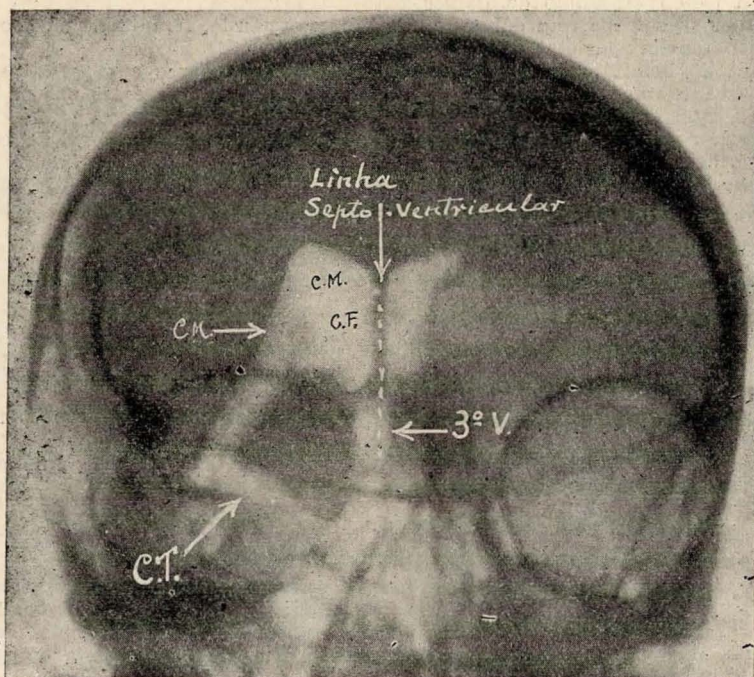


Figura n.º 20

Ventriculograma obtido por incidência fronto-occipital.
(Observação IV)

O ventrículo lateral esquerdo está incompletamente insuflado de ar (lado não puncionado), e mostra nitidamente no seu limite externo a concavidade deixada pela cabeça do núcleo caudado.

O ventrículo lateral direito apresenta-se bem visível com aeração ocnpeta de tôdas as suas porções.

Ambos os ventrículos laterais são simétricos entre si mas levemente assimétricos com relação ao crânio, dependendo este fato da imperfeição da incidência.

O ventrículo médio está presente (fig. n.º 20, 3.º V.) e aparentemente desviado para a direita devido à incidência ter sido assimétrica.

Linha septo-ventricular bem regular, embora se apresente também desviada para a direita pelo mesmo motivo da imperfeição de incidência.

Incidência occipito-frontal (fronte sôbre a mesa) — Imagem do prolongamento occipital dos ventrículos.

Incidência simétrica — Crânio sem particularidades. Orifícios do trépano bem visíveis; o esquerdo está mais próximo da linha mediana.

Repleção ventricular boa. Aparecem ambos os ventrículos laterais simétricos, de forma e tamanho normais.

O ventrículo médio é visível no seu recesso suprapineal, situado exatamente no plano sagital.

Incidência lateral — (lado esquerdo sôbre a mesa) — Imagem de perfil do ventrículo lateral direito, (figura n.º 21).

Incidência normal. Crânio sem alterações. Sela normal.

Repleção boa. Ventrículo lateral direito se apresenta bem nítido em situação, forma e tamanho normais, vendo-se o corno frontal (C. F.), a cela média (C. M.), o corno temporal (C. T.) e a encruzilhada ventricular (E.), sendo que o corno occipital

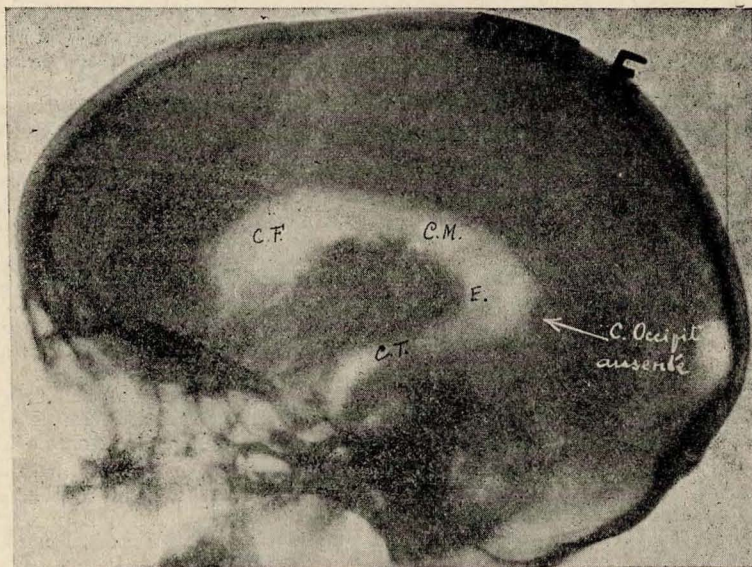


Figura n.º 21

Ventriculograma da incidência lateral. (Observação IV).

está truncado, apresentando a depressão marcada pela flecha. Sobre a interpretação desta lacuna já fizemos referências quando tratamos do ventriculograma normal.

O ventrículo médio é visível mas com pouca nitidez em vista de sua aeração muito leve.

Incidência lateral — lado direito sobre a mesa) — Imagem do ventrículo lateral esquerdo.

Incidência normal — Repleção ventricular suficiente para ver todo o ventrículo, mas a sua imagem é menos nítida que a do ventrículo direito. Ventrículo lateral esquerdo de situação, forma e tamanho normais.

O ventrículo médio se apresenta nas mesmas condições já descritas.

CONCLUSÃO

Tôdas as incidências usadas apresentavam ventriculogramas normais, ou levemente dilatados. O limite exato do ventriculograma normal não pode ser estabelecido pelo tamanho. Mais vale, quando a imagem é normal, guiar-se pela hipertensão do líquido, verificada pela punção que no caso presente era de 35 (Claude).

Dada a grande variabilidade de tamanho do ventriculograma normal, será difícil afirmar o seu grau de dilatação inicial.

A-pesar-da hipertensão, os ventrículos conservam os seus caracteres normais, não tendo adquirido ainda os sinais de hidrocefalia que mais adiante descreveremos.

Sequência — Cefalia intensa, náuseas e perturbações visuais intensas. Drenagem permanente do ventrículo lateral direito. Passadas as primeiras 24 horas, todos êsses sistemas desapareceram. Ao escrevermos esta observação, o paciente ainda continua com a drenagem permanente do ventrículo.

OBSERVAÇÃO V.

I. Sc., do sexo feminino, com 25 anos, branca, brasileira.

Enviada pelos Drs. F. Ritter e Niemeyer.

Em março de 1936 apareceram os primeiros sintomas para o lado da visão, pelo que procurou um oftalmologista (o Dr. Niemeyer) que verificou o seguinte: atrofia óptica simples do olho direito, diminuição progressiva da visão. Em maio do mesmo ano, um novo exame oftalmológico informou, além dos sintomas precedentes, escotoma central relativo e bilateral, com redução concêntrica dos campos visuais.

O diagnóstico oftalmológico feito pelo Dr. Niemeyer nesse tempo foi o de neurite retrobulbar.

Feita uma reação de Kahn e um índice de Velez, deu o seguinte resultado: Kahn positiva com duas cruzes, indícios do Velez positivo. O tratamento antilúético não deu resultado favorável.

A *radiografia simples* do crânio mostrou sela turca normal, mas as células etmoidais levemente veladas, pelo que o Dr. A. Sousa indicou trepanação do etmóide.

Apresentou-se ao nosso serviço em 24 de agosto de 1936, com a informação do exame oftalmológico de baixa progressiva da visão e atrofia óptica sem sinais de estase papilar.

O interrogatório feito no nosso serviço neurocirúrgico revelou uma série de sintomas do tipo cerebello-vestibular, vertigem sistemática, náuseas e vômitos com leve cefaléia, aparecendo por surtos e tendo se manifestado pela primeira vez em 1931.

Há 3 ou 4 anos vem tendo cefaléia discreta periódica.

Aumento de todos os sintomas no decúbito lateral esquerdo, sendo que há mais de um mês não pode deitar sobre o lado esquerdo.

Informa que as vertigens já se manifestavam na idade de 10 anos, quando apareciam pela manhã acompanhadas de estado nauseoso e vômitos.

Exame neurológico — feito pelo Dr. F. Ritter. O fundo de olho confirma os dados do exame acima. Nistagmo discreto na posição sentada, mais nítido à esquerda, aumentando e tornando-se forte quando em decúbito lateral, tanto direito como esquerdo.

Leve lateropulsão para a direita, tanto em posição ereta como na marcha.

Ausência de sintomas objetivos para o lado do trigêmeo e do acústico.

A *síndrome oftalmológica* permitiria a suposição de um tumor selar ou suprasselar, porém a radiografia simples do crânio tornava pouco provável esse diagnóstico. Por outro lado, uma nova anamnese minuciosa e os exames neurológicos repetidos confirmaram as perturbações nítidas para o aparelho cerebello-vestibular assim como a ausência de sintomas objetivos para o lado do nervo acústico.

Em vista disso o diagnóstico neurológico ficou indeciso. A cefaléia, os vômitos e as perturbações do equilíbrio e da marcha, junto ao quadro oftalmológico, assim como a progressão constante do mal, justificavam a suspeita de neoplasia.

Para excluir ou confirmar esse diagnóstico resolvemos praticar a ventriculografia.

VENTRICULOGRAFIA

Paciente sentado com apoio frontal. Antissepsia pelo iodo.

Anestesia local com novocaína a 1 % e adrenalina.

Incisão oblíqua, segundo a técnica já exposta. Houve regular perda de sangue. Hemostasia trabalhosa.

A trepanação consta de dois furos, sendo que o esquerdo ficou em relação com a incisão cutânea, e o direito ficou distanciado para fora, visto que o trépano deslizou antes de iniciar a perfuração.

Punção negativa à direita, após três tentativas, embora a direção da agulha aparentemente fosse correta (vide mais adiante a interpretação das ventriculografias). A punção à esquerda foi positiva logo à primeira tentativa.

Líquido sob pressão positiva, mas pouco intensa; um jacto forte de 5 ou 10 cc. e logo começou a gotejar lentamente. Líquido límpido de aspecto normal. Retiramos 35 cc. e injetamos 30 cc. de ar.

O doente acusou cefaléia, náuseas e sensação subjetiva de piora visual. Palidez, pulso débil. Esses sintomas desapareceram poucos minutos depois.

Foram apanhados os quatro ventriculogramas clássicos.

INTERPRETAÇÃO DOS VENTRICULOGRAMAS

Incidência fronto-occipital (occipito sobre a mesa). Imagem do prolongamento frontal dos ventrículos laterais. (Figura n.º 22).

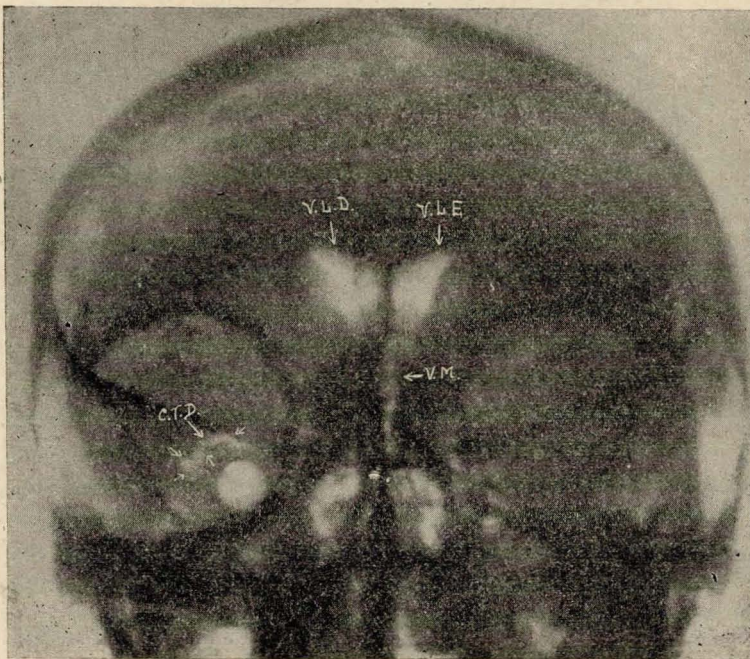


Figura n.º 22

Ventriculograma da incidência fronto-occipital. (Observação V).

Discreta assimetria do crânio consecutiva à projeção levemente oblíqua com perceptível rotação do crânio para a direita.

O crânio, em si, apresenta-se simétrico tanto na abóbada como na base. Seios frontais grandes cuja imagem se superpõe à dos ventrículos.

Nota-se o furo de trépano à direita no occipital a 1 cm. abaixo da sutura lambdóide e a 3,5 cm. da linha mediana, enquanto que o furo do lado esquerdo dista apenas dois cm. da linha média.

O grau de repleção dos ventrículos é bom.

Aparecem nitidamente os ventrículos laterais no seu prolongamento frontal, e o terceiro ventrículo.

Ventrículos laterais de tamanho normal, perfeitamente simétricos e de forma típica. O ventrículo médio apresenta tamanho normal, perfeitamente simétricos e de forma típica. O ventrículo apresenta tamanho normal e está localizado em pleno plano sagital, sem alteração da sua forma.

Incidência occipito-frontal — (Fronte sobre a mesa). Imagem do prolongamento occipital dos ventrículos laterais. (Figura n.º 23).

Leve assimetria de projeção por discreta rotação do crânio para a esquerda. Crânio sem particularidades.

Nesta projeção aparecem mais nítidos os dois furos de trépano, ambos na mesma altura quanto ao plano horizontal, mas muito desiguais na sua relação com a linha média, sendo que o direito se encontra muito longe do plano sagital.

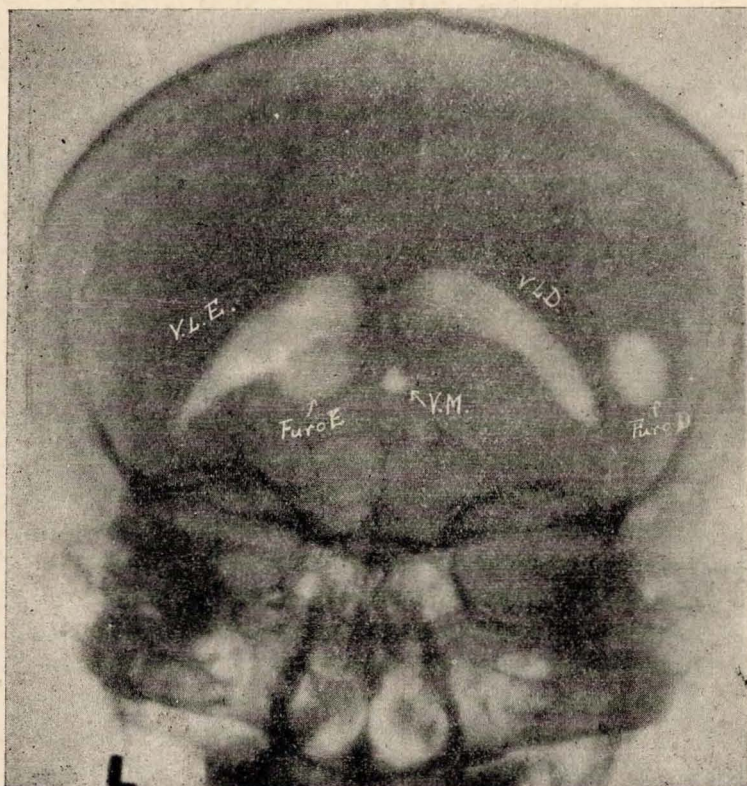


Figura n.º 23

Ventriculograma da incidência occípito-frontal (Observação V).

Os cornos occipitais são perfeitamente visíveis, sendo que a repleção de ar do lado esquerdo (o puncionado) é mais abundante. Repleção imperfeita do terceiro ventrículo, apenas tendo enchido o recesso suprapineal.

Tendo em consideração a pequena assimetria de projeção, os dois cornos posteriores se apresentam perfeitamente simétricos e normais quanto à sua localização, forma e tamanho. A pequena sombra do terceiro ventrículo se apresenta dentro do plano sagital.

Incidência lateral — (Lado direito sobre a mesa). Imagem do ventrículo lateral esquerdo. (Figura n.º 24).

Projeção de perfil perfeita. Crânio normal quanto à abóbada e à base. Verificam-se os dois furos de trépano a três centímetros acima da protuberância occipital interna.

Ventrículo lateral perfeitamente visível em tôdas as suas porções. Vestígios de ar em alguns sulcos de convexidade. Imagem de ar na região correspondente ao lago quiasmático da base. Ausência de imagem do terceiro ventrículo.

Ventrículo lateral (esquerdo) de tamanho, forma e situação perfeitamente normais, visível nas suas três porções. Nota-se uma pequena imagem de superposição no prolongamente frontal, correspondendo ao corno anterior do ventrículo do lado oposto.

Incidência lateral — (lado esquerdo sobre a mesa). Imagem do ventrículo lateral direito.

A projeção de perfil é perfeita, apesar de um pouco diferente da anterior. Contraste fotográfico pouco nítido.

Imagem do ventrículo lateral direito é menos nítida que a anteriormente descrita. Corno posterior truncado devido à repleção imperfeita.

Ventrículo médio sem visibilidade.

Ventrículo lateral de tamanho normal e perfeitamente tópico. Sua forma um pouco modificada pelo truncamento da extremidade occipital.

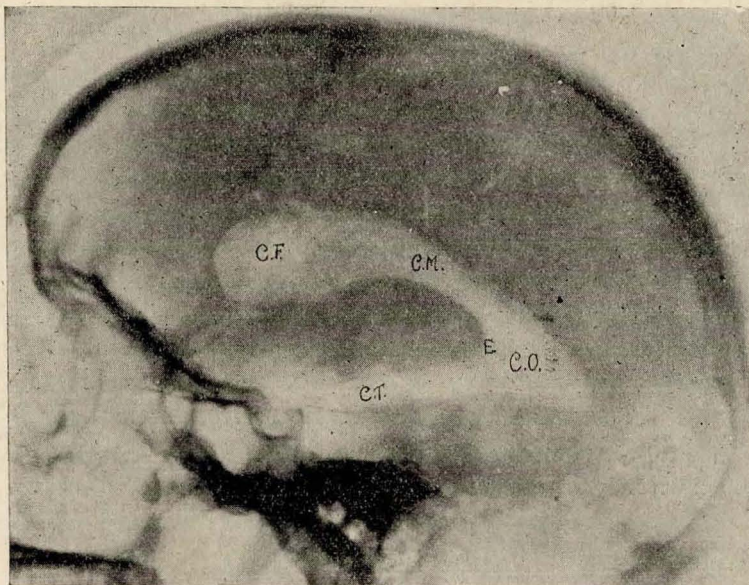


Figura n.º 24

Ventriculograma da incidência lateral (Observação V)
C. F. — Corpo frontal C. M. — Cela média; E. — Encruilhada ventricular; C. O. — Corno frontal; C. T. — Corno temporal.

CONCLUSÃO DA INTERPRETAÇÃO

Os furos do trépano estão assimétricos, sendo que o direito se afastou muito do lugar indicado para a punção, o que justifica ter sido negativa a punção deste lado.

A quantidade de ar injetado não foi abundante, prejudicando a visibilidade do ventrículo lateral direito, tanto na imagem de perfil como na occipital (frente sobre a mesa); foi o ventrículo não puncionado.

Ventrículos laterais e ventrículos médio são normais, na sua forma, topografia, simetria e tamanho.

OBSERVAÇÃO VI

A. F., com 32 anos de idade, branco, brasileiro, agricultor.

Seus primeiros sintomas datam de dois anos mais ou menos, época em que teve a primeira crise de cefaléia e vômitos.

Essas crises se repetiram com longos intervalos de acalmia, mas sempre com a mesma intensidade.

De 4 meses a esta data notou certa dificuldade no caminhar e começou a sentir vertigens frequentes que se acentuavam quando fazia a flexão do pescoço, inclinando a cabeça para diante.

Há dois meses iniciaram-se as perturbações visuais, com diminuição da acuidade e com obnubilações frequentes.

Exame neurológico — (paciente da Enfermaria do dr. J. Godoy).

Marcha titubeante com lateropulsão para a direita. Hipotonia discreta do membro inferior direito. Nistagmo leve à direita. Sensibilidade objetiva normal. Discreta assimetria facial. Reflexos patelares normais. Cabeça em leve flexão.

Exame oftalmológico — Estase papilar discreta bilateral. Pupilas reagindo normalmente à luz e à acomodação. Leve diminuição do reflexo corneano à direita.

Exame do liquor cefalorraquidiano — Leve dissociação albuminocitológica. Provas clássicas normais. Wassermann negativo.

Diagnóstico clínico — Tumor do andar posterior, provavelmente do hemisfério cerebral direito.

VENTRICULOGRAFIA

Na S. Casa de Misericórdia, em 8 de junho de 1934.

Paciente em posição sentado. Anestesia local com Scurocaína a 1 % e adrenalina.

Incisão e trepanação por via occipital em ambos os lados, no ponto clássico para a punção ventricular.

Punção do ventrículo lateral direito positiva. Líquido sob pressão positiva. Retiramos 35 cc. de líquido e injetamos 30 cc. de ar esterilizado. Tolerância perfeita.

Em seguida fechamos a ferida e conduzimos o paciente ao gabinete de radiologia, onde apanhamos 4 ventriculogramas.

INTERPRETAÇÃO DOS VENTRICULOGRAMAS

Incidência fronto-occipital — (occípito sobre a placa). Imagem do prolongamento frontal dos ventrículos laterais. (figura n.º 25).



Figura n.º 25

Ventriculograma da incidência fronto-occipital. (Observação VI).

Incidência levemente assimétrica com pequena rotação para a esquerda. Crânio em si simétrico e apresentando depressões de tábua interna característica da hipertensão craniana crônica. Os furos de trépano são visíveis e muito pequenos, pois que foram feitos com uma broca especial; estão mal situados aparentemente visto que houve a rotação da cabeça no momento da projeção.

Reflexão ventricular boa, aparecem ambos os ventrículos laterais perfeitamente simétricos, em situação tópica e de contornos regulares, mas levemente dilatado. A sua imagem já não é exatamente normal mas com um leve grau de hidrocefalia.

Incidência occipito-frontal — (frente sobre a placa). Imagem do prolongamento occipital.

Ventrículos laterais simétricos e em situação normal. O ventrículo direito é mais visível que o esquerdo. Ambas as cavidades estão levemente dilatadas.

Incidência lateral — (lado esquerdo sobre a placa). Imagem do ventrículo lateral direito. (figura n.º 26).



Figura n.º 26

Ventriculograma da incidência lateral. (Observação VI).

Projeção de perfil boa. Crânio com as depressões da hipertensão crônica. Sede de aspecto normal.

Ventrículo lateral visível em tôdas as suas porções, de tamanho, situação e conformação normais. Seus contornos são perfeitamente regulares. O prolongamento esfenoidal está aquém da imagem da sela turca.

O ventrículo médio está levemente desenhado, mas não podendo ser delimitado com precisão.

Incidência lateral — (lado direito sobre a placa). Imagem de perfil do ventrículo lateral esquerdo.

Projeção boa. Aparece o ventrículo em tôdas as suas porções e com os mesmos caracteres que o ventrículo direito já descrito, podendo mesmo ser superposta à sua imagem.

CONCLUSÃO

Ventrículos de aspecto normal. A leve dilatação do prolongamento frontal não pode ser considerada com segurança como patológica visto que foram injetados 30 cc. de ar para cavidades relativamente pequenas.

As demais radiografias mostram uma integridade na forma, na situação e no tamanho dos ventrículos, os quais se apresentam absolutamente simétricos.

O diagnóstico ventriculográfico não corresponde exatamente ao diagnóstico clínico, visto que não há hidrocefalia ventricular.

SEQUÊNCIAS

Após a ventriculografia o paciente apresentou melhoras sensíveis. Depois de uma longa observação, mantendo-se em bom estado geral, decidimos aguardar a evolução do processo para um diagnóstico melhor confirmado.

O doente teve alta, e durante mais de dois anos tivemos notícia de que nada mais sofrera. Atualmente desconhecemos as condições do paciente.

OBSERVAÇÃO VII

A. G., com 40 anos de idade, branco, brasileiro, casado, engenheiro civil.

Fomos chamados em conferência por ocasião em que o médico assistente e um distinto neurologista pretendiam levantar a hipótese de um tumor cerebral.

Nessa época predominavam como sintomas mais evidentes, a cefaléia intensa e discretas perturbações da motilidade para o membro inferior direito, um tanto duvidosas. O sinal de Babinski levemente esboçado. Não havia vômito.

A família insistia em atribuir a agravação do mal a uma punção lombar a que fôra submetido o paciente poucos dias antes. Diplopia por períodos.

O exame do *liquor* feito nessa ocasião nada revelou de anormal.

Pelo exame feito nessa oportunidade pareceu-nos pouco viável o diagnóstico de tumor cerebral, pois que o doente apresentava evidente nefrite com hipertensão arterial notável. Julgamos necessário uma melhor observação do doente antes de tomar a deliberação cirúrgica no sentido de um tumor encefálico.

Após 15 dias continuando até então com cefaléia occipital sempre crescente, entrava em estado precomatoso. Os colegas indicavam intervenção reclamada por tumor cerebral.

Internado imediatamente no Hospital Alemão, aí procedemos novo exame, onde encontramos ainda hipertensão arterial de 21-12, e albuminúria intensa com numerosos cilindros granulados.

Exame neurológico — Feito pelos drs. Godoy e Ritter. Paciente em estado de absoluta inconsciência (comatoso).

Discreta rigidez de nuca. Leve perturbação de motilidade para o membro inferior direito. No ponto de vista neurológico nada mais foi encontrado de anormal.

Exame oftalmológico — Feito pelo Prof. Corrêa Meyer. Acusa estase papilar e peripapilar sem caracteres de estase de papila pura e mais do tipo das papilites de outra origem.

Diagnóstico clínico — Muito indeciso, ficando provavelmente circunscrito entre edema e tumor cerebral.

Na falta de elementos suficientes quer para excluir quer para afirmar a existência de um tumor cerebral, encontramos plena indicação da ventriculografia.

VENTRICULOGRAFIA

Feita no Hospital Alemão em 20 de dezembro de 1936.

Paciente em decúbito lateral direito. Anestesia local com Sinalgan. Incisão e trepanação occipital de ambos os lados no ponto de eleição para a punção ventricular.

Punção do ventrículo lateral esquerdo negativa após várias tentativas.

Punção do ventrículo lateral direito positiva logo à primeira vez (provavelmente tendo sido atingido o ventrículo lateral esquerdo através do furo direito).

Líquido cefalorraquidiano sob forte pressão (Claude 45).

Retiramos apenas 20 cc. de líquido visto que o jacto inicial cessou após o escoamento de 8 cc., seguindo-se um gotejar lento que permitiu completar o total referido. Injeção de ar de 15 cc. apenas.

Tolerância perfeita. O doente desperta e fica completamente lúcido. Apanhamos 4 ventriculogramas, nas posições clássicas.

INTERPRETAÇÃO DOS VENTRICULOGRAMAS

Incidência fronto-occipital — (occípito sobre a placa). Imagem do prolongamento frontal dos ventrículos. (fig. n.º 27).

Incidência assimétrica, devido à rotação da cabeça para a direita. Quanto ao plano horizontal a incidência é boa, visto que o bordo superior dos rochedos está bem visível no meio das órbitas. O crânio não apresenta particularidades importantes a não ser o tamanho exagerado dos seios frontais. Os furos de trépano são ambos bem visíveis e mal situados. O furo esquerdo dista 5 cm. da linha média, estando pois demasiadamente

afastado para fora. O furo direito está na linha mediana. Essa irregularidade de técnica é frequente quando se trepana o doente deitado, mormente em decúbito lateral, pois que as condições de posição facilitam a má orientação na feitura e na localização dos furos. A punção negativa à esquerda encontra plena explicação no defeito de sede do furo esquerdo.

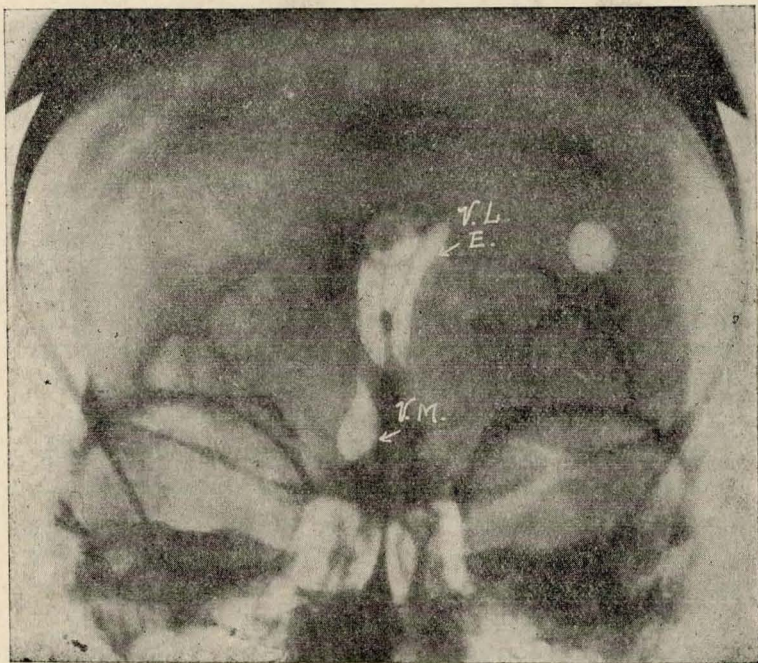


Figura n.º 27

Ventriculograma da incidência fronto-occipital. (Observação VII)

Repleção ventricular imperfeita. São visíveis o ventrículo lateral esquerdo e o ventrículo médio.

O ventrículo lateral direito, certamente não foi atingido pela punção porque, seguindo o furo da linha média, a agulha alcançou provavelmente o ventrículo esquerdo que é o único visível dos laterais.

O ventrículo médio aparece visivelmente dilatado e deslocado para a direita, situação esta que pode ser levada à conta da assimetria de incidência do crânio.

O ventrículo lateral esquerdo perfeitamente visível apresenta-se também aparentemente desviado para a direita, pois que está condicionado, também, à assimetria da incidência. Sua forma guarda os caracteres do ventrículo normal, estando bem visível a sombra do núcleo caudado e apresentando o aspecto clássico de asa de borboleta. Seu tamanho está dentro dos limites da normalidade, com tendência a ser classificado nas hidrocefalias iniciais.

Incidência occipito-frontal — (frente sobre a placa). Imagem do prolongamento occipital dos ventrículos laterais.

Incidência praticamente simétrica. As mesmas referências já descritas com relação ao crânio e à topografia dos furos.

Repleção ventricular imperfeita. Aparecem o ventrículo lateral esquerdo e o ventrículo médio, estando ausente o lateral direito.

Ventrículo lateral esquerdo simétrico, de situação e contornos normais, podendo ser considerado o seu tamanho também como normal.

Ventrículo médio aparecendo no recesso suprapineal, e ocupando precisamente o plano sagital.

Incidência lateral — (lado direito sobre a placa). Imagem do ventrículo lateral esquerdo.

Incidência de perfil não simétrica. Crânio sem particularidades apreciáveis. Sela turca normal.

Repleção ventricular insuficiente. O ventrículo lateral esquerdo é visível em toda sua extensão, mas mal delimitado e de contornos pouco nítidos. O ventrículo médio está apenas esboçado.

Incidência lateral — (lado esquerdo sobre a placa). Imagem do ventrículo lateral direito.

As mesmas referências anteriormente descritas para o crânio.

Repleção ventricular má. O ventriculograma que se apresenta está tão apagado e confuso que mais parece a imagem do ventrículo do lado oposto não podendo ser aproveitada com segurança na interpretação.

CONCLUSÃO

Defeito de técnica na trepanação, motivado pela posição de decúbito lateral direito do doente que não se presta a uma boa orientação como a posição sentado. O defeito de sede da trepanação deu lugar à punção negativa à esquerda e à punção heterolateral no lado direito, pois que a agulha penetrou pelo furo mediano (suposto direito) e alcançou o ventrículo lateral esquerdo que foi o enchido pelo ar. Além da feitura irregular dos furos, essa posição favorece o erro na orientação e na direção da agulha, motivo pelo qual foi apanhado o ventrículo lateral esquerdo.

O defeito de repleção poderia conduzir-me a uma conclusão um tanto duvidosa, visto que, ao lado dessa irregularidade, se apresenta outra qual seja a assimetria de incidência da posição de occipito sobre a placa. Esses dois erros, um cirúrgico e outro radiológico, foram muitas vezes mal interpretados, atribuindo aos ventriculogramas assim construídos, caracteres patológicos que na realidade não devem existir.

Excluídas as causas de erro assim identificadas, pode-se concluir que o paciente da presente observação apresenta ventrículos de situação, tamanho, forma e simetria normais, embora tenha sido negativo o ventriculograma do ventrículo lateral direito.

SEQUÊNCIAS

Desde o momento do esvaziamento ventricular o nosso paciente adquiriu lucidez perfeita, acusando espontaneamente o desaparecimento da cefaléia. Os vômitos não mais reapareceram. A visão melhorou subjetivamente.

Essa mudança súbita sofrida pelo paciente, que passou do estado comatoso intenso à lucidez perfeita e relativa saúde, estabeleceu condições tais que conduziram o nosso cliente por vários meses a um bom estado geral, com desaparecimento integral dos fenômenos neurológicos, apenas persistindo as alterações circulatórias e renais.

Não nos atrevemos a estabelecer um diagnóstico de segurança após a nossa ventriculografia, mas podemos excluir o diagnóstico de tumor, pois que esse a existir deveria ter sede frontal, localização essa negada em absoluto pelos ventriculogramas.

Considerando o estado renal e circulatório, a inconstância dos sintomas neurológicos (diplopia periódica) e a interpretação ventriculográfica, podemos dizer que a nossa exploração cirúrgica e radiológica, assim como as sequências das mesmas, vieram confirmar o diagnóstico de edema cerebral de origem tóxica.

OBSERVAÇÃO VIII

A. S., com 76 anos de idade, branco, estrangeiro, profissão comércio.

Há quase um ano que sofre de cefaléia intensa, primitivamente só occipital, agora generalizada.

No começo a cefaléia era periódica e aparecia principalmente à noite, quando o doente despertava pela dor. Fez nesse tempo tratamento antilúético sem resultado.

Agora as dores são contínuas. De um mês a esta data começaram as perturbações visuais, as quais consistiram em obnubilações frequentes, percebendo que a visão diminuía progressivamente.

Exame neurológico — Diplopia discreta e intermitente. Recentemente vômitos por ocasião das crises de cefaléia. Vertigens frequentes. Psiquismo um tanto embotado. Discreta paresia facial à direita, mais acentuada quando o paciente fala.

Marcha ébria, com tendência à queda para trás, alargando a base de sustentação.

Reflexos tendinosos e cutâneos normais. Não existe alteração da sensibilidade objetiva a não ser no território do trigêmeo.

Fôrça segmentar íntegra, tanto para os membros superiores como para os inferiores.

Exame oftalmológico — Discreta estase papilar no olho esquerdo mais acentuada para o olho direito. Leve nistagmo com componente vertical. Reflexos fotomotor e de acomodação lentos. Reflexo corneano diminuído à direita.

Diagnóstico clínico — Síndrome de hipertensão endocraniana por provável tumor do andar posterior, possivelmente do hemisfério cerebelar direito.

Na falta de um diagnóstico mais preciso e com o fim de melhor esclarecer o caso, decidimo-nos a praticar uma punção ventricular, seguida de ventriculografia se as condições da referida punção o exigissem.

VENTRICULOGRAFIA

Na S. Casa de Misericórdia. Sala de operações da 6.^a Enfermaria. Outubro de 1937. Paciente em posição sentado. Anestesia local com Sinalgan.

Incisão e trepanação por via occipital de ambos os lados no ponto por nós usado.

Punção do ventrículo direito positiva. Líquido sob pressão positiva forte (Claude 25).

Punção do ventrículo lateral esquerdo também positiva. Retiramos 25 cc. de líquido e injetamos 20 cc. de ar.

Tolerância absoluta. O paciente acusa desaparecimento quase completo da cefaléia. Conduzimos o doente ao gabinete de radiologia onde apanhamos quatro ventriculografias segundo as posições clássicas.

INTERPRETAÇÃO DOS VENTRICULOGRAMAS

Incidência fronto-occipital — (occipito sobre a placa). Imagem do prolongamento frontal dos ventrículos laterais (figura n.º 28).

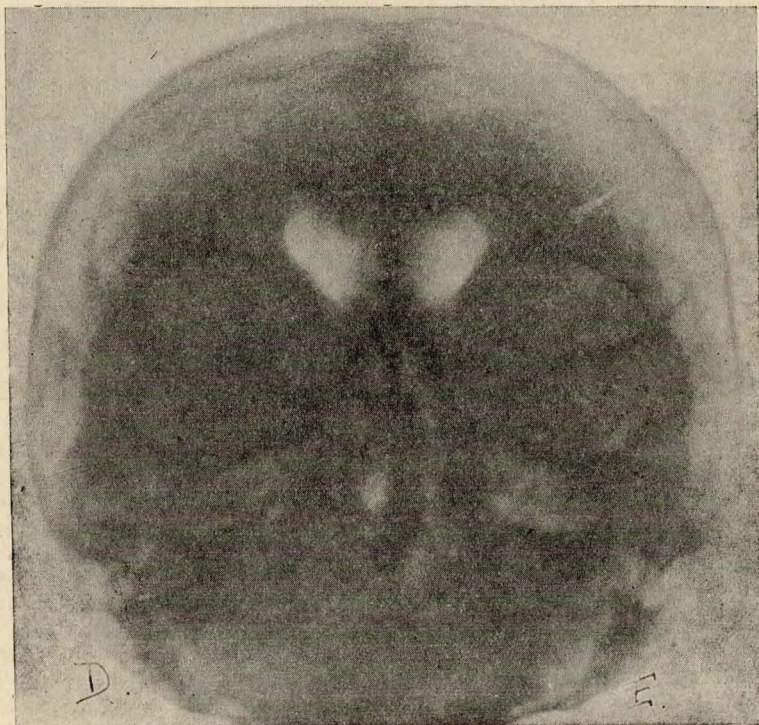


Figura n.º 28

Ventriculograma da incidência fronto-occipital. (Observação VIII).

Incidência praticamente simétrica com relação ao plano sagital. Quanto ao plano horizontal é defeituosa em vista da deflexão da cabeça mantida durante a projeção, pelo que o bordo superior dos rochedos ficou situado abaixo das órbitas. Crânio sem particularidades importantes, a não ser as depressões produzidas na linha parassagital pelas granulações de Pacchioni.

Repleção ventricular boa. São visíveis ambos os ventrículos laterais, os quais se apresentam perfeitamente simétricos, em situação, forma, tamanho e conformação perfeitamente normais.

As imagens ventriculares apresentam a forma típica de asas de borboleta. A linha septo-ventricular mostra-se perfeitamente situada no plano sagital.

Incidência occipito-frontal — (fonte sôbre a placa). Imagem do prolongamento occipital dos ventrículos laterais.

Projeção imperfeitamente simétrica. Os furos de trépano são visíveis, simétricos e bem situados.

Repleção ventricular boa. Aparecem ambos os ventrículos laterais, cuja forma é normal, bem assim a sua situação.

O ventrículo médio não é visível.

Incidência lateral — (lado esquerdo sôbre a placa). Imagem do ventrículo lateral direito. (Figura n.º 29)).

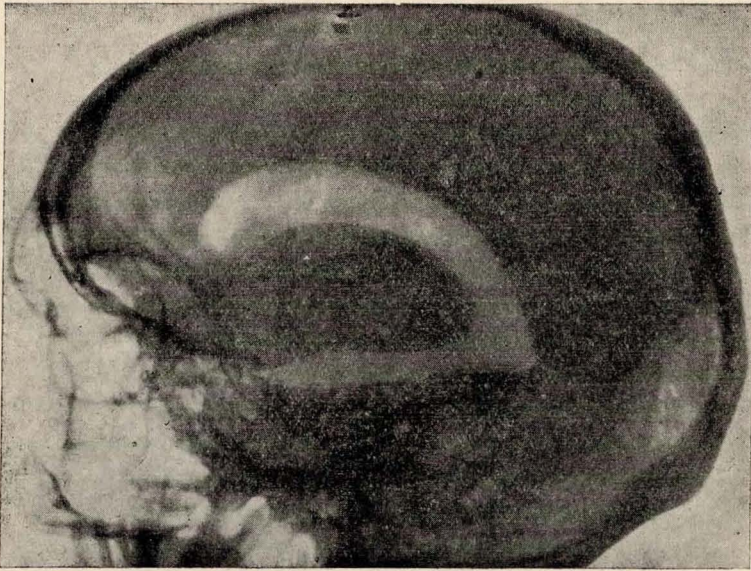


Figura n.º 29

Ventriculograma da incidência lateral. (Observação VIII).

Projeção de perfil boa. Crânio sem particularidades dignas de nota.

Aparece o ventrículo lateral direito em tôdas as suas porções.

O corno esfenoidal avança até superpor-se à imagem da sela turca. O corno occipital é muito curto. Excetuando essas pequenas modificações o ventrículo se apresenta em situação, tamanho e forma normais.

Incidência lateral — (lado direito sôbre a placa). Imagem do ventrículo lateral esquerdo.

Incidência de perfil ótima. Nada de especial para o crânio. O ventrículo lateral esquerdo apresenta os mesmos caracteres que o direito, cuja imagem pode ser superposta exatamente.

CONCLUSÃO

Ventrículos laterais normais, tanto em situação como em forma e tamanho. As particularidades observadas na imagem de perfil com relação aos cornos esfenoidal e occipital não podem ser tomadas como patológicas visto que aparecem frequentemente no ventriculograma normal.

A ventriculografia, no caso presente, não exclue de modo absoluto a existência de um tumor do andar posterior, mormente se se tratar de um processo inicial. Por outro lado ela não confirma o diagnóstico em vista do aspecto perfeitamente normal dos ventrículos.

Sequências operatórias — O paciente melhorou sensivelmente após nova punção ventricular e, tendo tido alta oito dias depois, achava-se em ótimas condições. A cefaléia e os vômitos desapareceram completamente, os sintomas neurológicos tornaram-se mais discretos e a visão melhorou subjetivamente.

Diante das sequências imediatas, seria pouco provável a existência de um tumor segundo a localização precedentemente descrita, e seria mais razoável admitir outra causa na origem da hipertensão endocraniana. (Edema cerebral de origem tóxica ou provável arteriosclerose cerebral).