

Cirurgia Cranio-encefalica do Dr. S. Paglioli

O esplendido artigo que sobre cirurgia cranio-encefalica apresenta o conhecido docente de clinica Obstetrica e de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina de Porto Alegre é simplesmente admiravel. Nestes ultimos anos não conhecemos em lingua materna nenhum trabalho que o supere. E' digno de ser lido, relido, meditado, passado para o fichario individual, como trabalho de real valor. Eliseu Paglioli, lá no Sul do Paiz, na capital do Estado mais meridional — realisa um trabalho desta valia. As revistas medicas nacionaes nem uma linha sequer de referencia. Nada! As poucas que o fizeram foram às raras. Noticiario telegrafico. E' preciso que se enalteça o trabalho deste moure-jador infatigavel, batalhador impenitente, que descansa produzindo.

Não ha publicação indigena que se lhe aproxime. Começa com sua conhecida modestia dizendo-se um iniciado em cirurgia cranio-encefalica. Um iniciado que apresenta uma estatistica interessante de onze observações, sendo que sete delas, com sobrevida, com dois anos uma.

Discipulo dielto de De Martel, por tal modo apreendeu os ensinamentos do mago da cirurgia nervosa franceza, que mal chegado ao Brasil, em dois anos incompletos, apresenta uma estatistica das mais brilhantes. Nu mcentro relativamente pequeno em relação ao Rio, de população talvez cinco vezes menor, consegue o pioneiro da cirurgia cranio-encefalica dos gaúchos a melhor estatistica dos centros medicos nacionaes.

A condição indispensavel para obter o fim almejado, foi baseada n'uma organização modelar de "staff" clinico, onde o neurologista e oculista, ao lado do radiologista, fecharam a cadeia harmonica e indissolvel necessaria ao bom desempenho de suas finalidades:—o *diagnostico*.

Sobre a necessidade deste agrupamento unico, imprescindivel a quem lida com este genero de cirurgia especializada, alude Christiansen em seu livro classico "Les Tumeurs du Cerveau" a pag. 357, referindo-se principalmente ao neurologista: "il doit toujours assister a l'operation", para continuar dizendo que desta estreita colaboração no áto operatorio, possa advir situações tais que modifiquem consideravelmente a sequencia operatoria.

Não precisa encarecer este fato, o chefe do Hospital Real da Dinamarca. Sem a colaboração reunida e indispensavel do neurologista, o cirurgião pouco ou nada fará! Irá pelo fáto.

Paussepp, o conhecido professor da Universidade de Tartu-Dorpat, no prólogo de seu livro "Los tumores de cerebro", encaréce a necessidade da colaboração do neurologista com o cirurgião, chegando ao ponto de dizer que o cirurgião especializado em cirurgia cranio-encefalica, deve tornar-se um neurologista. Confundir-se n'uma só pessoa, dizemos nós. Ideal como situação cirurgica impossivel porem em vista da vastidão de conhecimentos duma e doutra disciplina todos os dias a enriquecerem e aumentarem em teorias e técnicas.

Cushing bate-se pelo serviço neuro-cirurgico associado, para que melhor se possa realizar o tratamento dos tumores cerebrais.

Eliseu Paglioli consegue tudo isto, sem alarde, trabalho de formiga, silencioso. Não tem a grandiosidade dos serviços da velha Europa e da Norte-America, mas com a bôa vontade dos colegas da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, supre a falta do serviço aconselhado por Cushing, realizando o desejado "staff", cimentado pela amizade.

O Dr. Jacinto Godoy, o Prof. Corrêa Meyer e o Prof. Saint-Pastous e outros, realisam nos trabalhos de Eliseu Paglioli as colunas mestras dos seus diagnosticos. Sem eles, por mais sabio que fosse o docente de anatomia, nada resolveria em definitivo, em sã consciencia.

Não opera logo, não tergiversa, corre presuroso aos amigos e colegas e pede-lhes opinião.

Confirmando o que dissemos é a observação n.º 3, pag. 687. "cliniicamente eram evidentes os sinais de localização do andar posterior. Entretanto a ventriculografia deixava transparecer vestígios de localização para o hemisferio cerebral direito. Tivemos demorada palestra com o neurologista que mantinha com tal firmeza o seu diagnostico de localização *que não hesitamos* (o grifo é nosso) em trepanar o andar posterior". Para acabar a historia, foi trepanado e lá estava o tumor onde o neurologista afirmava. Isto mostra a importancia que existe na associação especializada do neurologista e cirurgião no tocante ao diagnostico dos tumores cerebraes. Outra condição indispensavel para atingir o fim que conseguiu Eliseu Paglioli no seu memoravel trabalho, foi sua consciencia pura de cirurgião, formada por estudos especializados feitos no cadavel, anos e anos, na cirurgia nervosa, bem como sua moral invejavel. Completa-se no aprendizado realizado em França, na cidade Luz, sob os olhos diréto de De Martel, o mestre da cirurgia nervosa francesa.

Don-lhe a ele, Eliseu Paglioli, a palavra: — "*E' sempre difficil operar quando a consciencia nos exige uma prestação de contas; quando reside em nós a noção da responsabilidade*". Sintetisa desta maneira o autor do trabalho que ora analisamos. sua moral scientifica, esta moral hoje tão abastardada.

Nos tempos que correm, não se pensa mais em consciencia. E' ela um objéto que mais tarde teremos noticias de quando em vez, admirando sua existencia no codigo de Deontologia Medica.

No papel, na letra *c*, acreditamos que ela exista sempre, como lá está a Moral, na letra *m*.

Porem, tiral-a do papel, dar-lhe forma, corpo, vida, pureza de formas, integrando-a no individuo, raro, mui raro hoje.

A sinceridade de Paglioli mostra-se franca, sem reбуços. Trepanando dois casos, fere o confluyente de Herofilo e o seio lateral. Não importa, tamponamento cerrado e está jugulado o acidente. Muito facil ao cirurgião, quando meses após descreve e publica a operação, por um *esquecimento qualquer* deixar de consignar o acidente operatorio. Só os do grupo sobem, e lá fóra, ao atravessar as fronteiras do estado e paiz segue sua publicação virgem do que aconteceu. Não!

Eliseu Paglioli recusa estes propositos. Prefere a critica desassombrosa dos colegas a um juizo menos desairoso ao seu caráter.

Exige a cirurgia nervosa aprendizagem e aparelhamento especial. A' pag. 356, Christiansen no seu citado livro, dessa maneira, se refere

ao que acima dizemos: "Mais la maitrise necessaire ne s'aquierit que par des experiences multiples". Acentuando, são necessarias experiencias multiplas para se conseguir a habilidade necessaria, experiencias multiplas, mas baseadas n'uma consciencia pura de cirurgião — que sabe o que faz.

Primo no nocere! Não recua o cirurgião um passado que tem como sagrado em consciencia e moral. Vejamos a pag. 799 do trabalho de Paglioli, a observação n.º 10. Um caso de tumor do angulo ponto-cerebeloso diagnosticado 4 meses antes, e recusada pela familia a intervenção. A radiografia porém nos ventriculogramas feitos pela maestria de Saint-Pastous, revelou "um enorme tumor do hemisferio cerebral direito ocupando ao mesmo tempo localisação nos lobos frontal, parietal e occipital". Sabendo Paglioli com que especie de tumor lidava e exigindo a familia uma certeza do exito cirurgico, — recusou a operar o paciente. Nada mais facil para a vaidade do cirurgião, ver, contemplar "in loco" o tumor. Com meia duzia de palavras consoldoras, depois de realisada sua curiosidade scientifica seguida de morte do paciente, falaria á familia, dizendo que fizera todo o possivel, mas... as condições do doente não ajudaram tanto como esperára. Eliseu Paglioli não fez, nem poderia fazer tal. Tem um passado a zelar.

Primo no nocere!

São estes predicados que fazem do nosso comentado, a figura inconfundivel do cirurgião que é.

O trabalho que ora analizamos tem como parte pessoal onze observações. Em dez delas fizeram-se intervenções cirurgicas, excéto n'uma, já por nós comentada na parte geral. Destes dez doentes, quatro faleceram, sendo que dois nos primeiros dias após a intervenção, nos outros dois casos, um com recidiva do neoplasma meses após, e outro com molestia intercurrente.

Começa o A. o trabalho pelo capitulo do diagnostico. Encarece sua importancia. Corrobora a opinião aceita hoje, mas limitada a raras indicações da trepanação descompressiva. Assim espessa-se o A.: "uma descompressiva tem o valor de um tratamento de emergencia sem a finalidade de cura e *com grandes inconvenientes para o prognostico quoad vitam*" (o grifo é nosso).

Tambem somos da mesma opinião, achamos que uma descompressiva, na epoca de hoje, seria o mesmo que os cirurgiões gerais a fazerem laparatomias exploradoras. Com os meios de diagnosticos que dispomos quasi que estão excluidas as descompressivas e as laparatomias exploradoras da cirurgia geral. Nesta então, completamente abolida.

Com a ventriculografia, os exames neurologicos e oftalmologicos, tem a cirurgia nervosa, quasi completas suas armas de defesa. Não se quer dizer que elas decidam tudo. Não! Não é só em diagnostico encefalico que há duvidas. Em outros casos de clinica medica ou cirurgica, quantos e quantos diagnosticos imprecisos, incompletos e errados. Não se comparam os meios que dispõe o clinico geral em semiologia, que não a nervosa.

Sómente nestes ultimos vinte anos, é que a cirurgia cranio-encefa-

lica tem progredido, apresentando estaticas as mais brilhantes Cushing diz ter começado sua mortalidade cirurgica com 100%. De Martel com 70%, tendo baixado as proporções assim que a experiencia de ambos aumentaram. Terminam em 20 e 15%, devendo, como diz o prof. da Universidade de Harvard, atingir a 5%. Nesta ocasião poderemos chamar a idade de ouro na cirurgia nervosa.

O A. encarece todas estas dificuldades diagnosticas, fazendo sobressair cada vez mais a importancia do "staff" que falámos na parte geral.

De todos os meios adjutorios para o diagnostico sobreleva no entender do A. a ventriculografia. Chega a acentuar que as vezes precinde de outros meios accessorios, declarando que ella por si só, impunha a séde do tumor

Os exames neurologicos são ainda, com sua semiologia um tanto confusionalista, causas de erros no diagnostico diferencial entre os tumores cerebraes e cerebelares.

Os exames oculares tambem deram os resultados mais disparatados. Ora eram de clareza extrema, ora faltavam ou eram presentes justamente onde segundo a experiencia de outros autores não deveriam estar, como atesta a observação n.º 11.

Tornando saliente o papel da ventriculografia para a semiologia cranio-encefalica, acentua o A. sua importancia manifesta, dedicando-lhe capitulo especial. Diz, que mesmo negativa ella é importante, por lhe fornecer dados interessantes. Essa negatividade é condicionada a alterações na forma, tamanho ou situação da cavidade ventricular. Continúa a acentuar este dado semiologico importante, dizendo que tal situação decorre da obstrução ou desvio da cavidade do ventriculo.

Melhor ainda, corrobora suas asserções com quatro observações de sua serie.

Continúa no mesmo capitulo e falando na experiencia vivida que tem, termina mostrando que em sete dos 11 casos que apresenta, a ventriculografia foi de um auxilio importante como dado semiologico. Em dois destes casos, nas observações 2.ª e 3.ª, os ventriculograas repetidos, deram infórmes novos de outras localisações do processo tumoral.

Quando fala o A. dos cuidados préoperatorios acentua "o valor maior ainda" que se deve ter neste ramo de cirurgia. Insistem eles principalmente no tratamento precoce-preventivo da hemorragia, que diz ser como De Martel assegura, uma condição indispensavel para o bom exito operatorio.

Os cuidados postoperatorios são tambem tratados com clareza, baseados na vigilancia dos doentes, tonicardiacos, gelo e posição sentada.

Uma vantagem que tiveram seus doentes em relação aos das clinicas da Europa, foi a ausencia absoluta de temperatura. Emquanto De Martel e Guilhaume têm 40º, durante as primeiras 24 horas, o A. sómente teve 38º em uma unica de suas dez operações. Filigramas de técnica individual no tratar os doentes antes, durante e depois da intervenção. Entra o A. em seguida forte e rigido no capitulo da cirurgia que enche todo o brilhante trabalho de sua lavra.

Estuda a mortalidade dos tumores encefalicos, encarecendo o que nós ha muito dizemos para a cirurgia do cancer do laringe, — a indi-

cação precoce duma localização de processo neoplásico, decide na maioria das vezes do prognóstico *quod vitam*.

Refere o A. a importância que tem para esta modalidade de cirurgia, o aparelhamento eléctrico de De Martel que ao seu "ver, fornece o máximo de segurança".

Todos os seus doentes, foram operados em posição sentada, menos um. Acentua as vantagens de uma ampla abertura, e para corroborar sua afirmativa dá-nos o exemplo ocorrido com a observação n.º 11.

Na hemostasia das partes moles fala no emprego do musculo de pombo, excelente, como teve ocasião de comprovar, bem como a electrocoagulação.

Seguem-se as observações.

São em numero de onze como já dissemos, destas dez com operações, sendo seis delas com sobrevida dos doentes.

Não vamos descrever-as aqui minuciosamente, lá estão, completas, concludentes, perfeitas no genero e na especie.

A primeira é um tumor do angulo ponto-cerebelar esquerdo diagnosticado depois dos exames oculares e neurologicos completos. Os ventriculogramas confirmaram os exames precedentes. Operação e sequencias ótimas, ha dois anos que a paciente se acha completamente restabelecida.

A segunda observação identica á primeira, somente sendo do lado direito. O desaparecimento dos fenomenos dolorosos e a surdês foi conseguido, mesmo antes de ir para o leito o paciente operado. Oito mezes após, cefaléa e vomitos, os ventriculogramas mostram nova localização no frontal direito, não metastase como diz o A., porém, outro tumor de natureza benigna igual ao primeiro. Um ano e meio de operada em estado satisfatorio.

A 3.ª observação identica em localização tumoral á anterior deu excellentes resultados operatorios. Dois meses depois novas crises que os ventriculogramas confirmaram as localizações, e que não poude ser ratificada por outra intervenção por não concordar a familia do doente.

A 4.ª observação é rapida em seu desfecho. Num mez, instalam-se os primeiros sintomas do tumor encefalico. Em oito dias cefaléa, Kœrnig, Babinsky, pares cranianos tomados, e reflexos tendinosos dos membros inferiores exaltados. Edema da papila em ambos os lados. Em 24 horas coma, sob o qual foi operado. Impossibilidade manifesta de se enuclear o tumor suspeito de malignidade. Morte horas depois.

A 5.ª observação — é um caso de traumatismo (projatil). Paralisia do membro inferior e anestesia do pé. Tumor crescendo no local do ferimento. Autoplastia osteo-cutanea de Mueller-Koenig. Paralisia e anestesia em regressão. Morte dois meses após por tuberculose miliar aguda.

A 6.ª observação — tumor do angulo ponto cerebeloso direito, com sintomalogia franca cerebelar e ventriculogramas positivos. Operação com resultados esplendidos. Os sinais de hipertensão desapareceram em breve tempo.

A 7.ª observação — é um caso de traumatismo (tiro na reg. parie-

tal direita). Impotencia funcional no membro superior esquerdo. Sensibilidade dolorosa abolida na reg. do circumflexo e radial esquerdo. Cefaléa. Operação: retalho parieto-temporal retirada de 3 esquirolas ósseas, no interior da substância nervosa. Quatro dias após o doente completamente restabelecido.

A 8.^a observação — glio-sarcoma dos lobos parietal e frontal direito, junto ao ventrículo. Ventriculografia demonstrativa. Operação sem resultado em vista da natureza e extensão do tumor. Morte 24 horas após por coma cerebral. A evolução rápida do tumor, 16 dias apenas, justificava o prognostico fatal.

A 9.^a observação — Caso de epilepsia jacksoniana. Crises de 10 em 10 minutos. Exame radiografico negativo. Extenso retalho osteocutaneo parieto-temporal. Ligadura da meningêa media. Exame das circunvoluções frontal e parietal ascendente. Duas veias dilatadas e varicosas cobriam as circunv. citadas. Ligaduras destas veias. Reconstituição do retalho. Não teve mais uma só crise epileptiforme vinte dias após a intervenção, ocasião em que a observação foi escrita

A 10.^a observação — Diagnostico clinico de tumor do angulo ponto cerebelar direito, a ventriculografia porém demonstra o contrario, localisação dum enorme tumor do hemisferio cerebral direito, com localizações nos lobos parietal frontal e occipital. Inoperavel, como se vê. Dele fizemos referencias especiaes na parte geral.

Este caso serve para demonstrar a importancia manifesta dos ventriculogramas nos diagnosticos dos tumores encefalicos, impondo-se ao diagnostico clinico.

A 11.^a observação — E' talvez a mais interessante de todas. Mez e meio de doença. Diagnostico clinico provavel de tumor do andar posterior, hemisferio cerebeloso direito. As ventriculografias eram favoraveis ao diagnostico clinico. Começa a intervenção a investigar no angulo ponto cerebeloso desse lado e como não fosse nada encontrad, foise ao lado oposto e como diz o A. na expressãc pitoresca de Cushing "partejou o tumor". Mostrou-se logo, herniando. Após a operação regressaram todos os sintomas cerebelares que antes atormentavam o paciente. Marcha perfeita, leve nistagmus.

Depois de lermos detalhadamente o trabalho de Eliseu Paglioli, estamos convencidos que o eixo da cirurgia cranio-encefalica no Brasil, deslocou-se para Porto Alegre. O conhecido docente de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, póde ter certeza de representar neste momento, a figura de maior destaque da cirurgia cranio-encefalica nacional. Seus trabalhos fizeram-no merecedor deste titulo. Daqui a cinco, dez e mais anos que esplendidas estatisticas nos dará Eliseu Paglioli.

Foi bem iniciado, continue para bem dos doentes e da medicina patria.

Aristides Monteiro.