

Contribuição ao estudo dos tumores intracranianos e estados congêneres.

Ensaio anatomo-clínico com 30 observações pessoais verificadas

Dr. Frederico H. Ritter

Ex-assistente efetivo de clínica médica da Fac. de Med. de Halle (Alemanha).

Ex-chefe de clínica da 3.^a cad. de clínica 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 destes casos (24) são pacientes de nossa clínica particular observados em Porto Alegre entre 1934 e 1938. Apenas em 6 casos (Observações XV, XVI, XX, XXI, XXIV e XXX) recorreremos à coleção de observações também nossas, mais antigas, que nos foi dada colher 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 epierítico.

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

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 anamnêses, dos exames neurológicos, anatômicos, radiológicos e ventriculográficos encontrarão todos os dados interessantes 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 atrofico incipiente de sua estase papilar (amaurose completa do olho esquerdo, baixa considerável no direito).

O resultado da "ventricular estimation" (ventriculografia contra-indicada) depunha no sentido de uma hidrocefalia simétrica dos ventrículos laterais. Inclinação da cabeça sobre o lado direito, esboço 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.

Concluimos por tumor do andar posterior provavelmente da linha média (idade)

com comprometimento preponderante do hemisfério cerebelar esquerdo. A autópsia revelou a existência de hidrocefalia para 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 deste 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 extraordinariamente 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 vernis em vista da idade, da anamnese e da sintomatologia se impunha como o mais provável. A obstrução do aqueduto foi provavelmente 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 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, provavelmente 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 troneo e das extremidades superiores e inferiores à desviar para a direita, verdadeira inervação 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, concluindo-se apenas por hidrocefalia hipertensa.

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

Retrospectivamente 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 cabeça 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 dores nucaes 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 tégio inferior do hemisfério cerebelar esquerdo. A interpretação do esboço do clono do pé à direita, de observação constante pre-operatória, retrospectivamente ganhou em interesse. O nistagmo só apareceu esboçado imediatamente antes da intervenção. Quando da recidiva, no entanto, este nistag-

mó 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 diferenciadas e em franca proliferação” faziam prever a recidiva. A remissão de córea 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 (cêrea de 5 anos), que subitamente se acentua e conduz debaixo de paroxismos frequentes o 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 erise 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 cêrea de um meio ano. Dominavam à primeira vista os fenômenos coreiformes, sugerindo o diagnóstico de uma córea “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 este 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 9 1/2 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 dor 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. Já 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, apesar de todas 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, esboço de hipoestesia no território do 5.º par à direita, discreta hipoacusia à direita e paralisia periférica do 7.º par deste 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.

Concluimos por um comprometimento cerebelar direito com repercussão sobre o recesso lateral do mesmo lado. — Houve "disharmonia" entre os sinais chamados cerebrais 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 excluída com toda segurança pela operação. A observação até hoje, dois anos post operatorium, porém, permite afastar esta hipótese com grande probabilidade. O paciente continua clinicamente curado — com exceção da visão — a sintomatologia primitiva desapareceu por completo.

OBSERVAÇÃO XI

Hidrocefalia ventricular hipertensa (Síndrome 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 sobre 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 melhora rápida e decisiva do paciente depõe francamente no sentido de uma hidrocefalia pura com estenose espúria do aqueduto.

OBSERVAÇÃO XII

Hidrocefalia ventricular hipertensa

(DIAGNÓSTICO VENTRICULOGRAFICO E OPERATÓRIO)

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

Resumo epicrítico: Este menino de 13 annos de idade com um histórico de hipertensão de uns 8 meses de duração e sintomas predominantemente esquerdos (disdiadococi-nese, 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 síndrome paraplégica do tipo de compressão medular se explicaria pelo aparecimento de uma metástase medular, como são frequentes nos meduloplastimos cerebraes da infância. A boa reação à radioterapia profunda corrobora este 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 sobre o diagnóstico 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 annos 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. Manobra de Barré positiva do lado homolateral. Movimentos cor-reiforme 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 annos de idade, branca, solteira, brasileira. — Hospital Alemão. — Enviada pelo Dr. Etzberger. — Operada pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: Este caso de tumor do ângulo, relativo à jovem U. S., de 20 anos de idade, oferece algumas atípicas de nota. Em primeira linha empoucou 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 sensivelmente 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 calcunar 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 excluída pela exploração 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. Este caso em si típico de tumor (neurinoma) do acústico ofereceu interesse especial pelo exame do liquor que foi altamente suspeito para o lado de uma neurolues. Foi instituído tratamento de prova na hipótese de processo específico localizado no ângulo. Não produzindo resultados este 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 quase completa desta hemi-síndrome 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 este tempo a toda proposta de intervenção, tendo sido submetida por nós sem esperanças de resultado a um tratamento pela radioterapia profunda em diversas séries. Só em Agosto de 1931, no entanto, o estado agravou-se consideravelmente 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. Badde. 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 epicrítico: Este caso de adenoma da hipófise apresentou um interesse 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 interesse oftalmológico do caso pela sua atipia exorbita deste trabalho. Apenas vamos frisar do ponto de vista clínico, neste como no caso anterior, a palidez característica sem anemia. — síndrome 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. — Síndrome 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 Porto 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)

Schluter, 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 ("suprassellar")

(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: Este 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 no exame neurológico e clínico que apenas atraía o interesse 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. Verificamos uma modificação lenta e gradativa do caráter que lembrava a euforia simples dos hebefrênicos. Falta de distanciamento, 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 mímica 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 fosse possível enucleiar 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 supraselar.

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 deste caso é muito rica e instrutiva, apesar 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 hipertensivos. O diagnóstico de encefalite não nos parece provável 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 fosse possível dentro do deste exame de consultório, que foi o único, pesquisar devidamente todas 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 deste 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 síndrome 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 ventriculo 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 VENTRICULOGRAFICO)

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 circunscrita, a diplopia e a hemiparesia latente contralateral com respeito à sede da dor. A ausência de estase papilar, é claro, não podia ter valor decisivo. Sobreveio aos poucos estado de embotamento psíquico sempre crescente, protrusão discreta com ptose do olho 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. Romeo Mucillo e Salvador Petrucci. Observado no Hospital Alemão. — Operado pelo Prof. Paglioli.

Resumo epicrítico: A feição característica deste 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 anatomicamente benigno, de crescimento lento provável. Retrospectivamente, uma anamnese devidamente orientada veio tornar provável que o paciente, já anteriormente, foi vítima 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 teríveis 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 decompressão. 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 deste 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 deste 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, todas precedidas por diversas vezes em dias diferentes.

OBSERVAÇÃO XXIX

Tumor temporal direito

(DIAGNÓSTICO CLÍNICO E VENTRICULOGRAFICO)

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 deste 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: Este menino, filho de colega distintíssimo, apresentou em tudo um histórico de cêrea 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 fez o diagnóstico de pienolepsia. 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 nitidamente hemianópico esquerdo. O quadro, com pequenos episódios hipertensivos intercorrentes, se manteve estacionário durante algum tempo. O menino nesta época, apesar 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 anatómico 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, I.:** L'appareil vestibulaire dans les tumeurs cérébrales. Paris 1938.
- Antoni, N.:** Tumoren des Rückenmarks, seiner Wurzeln und Haute. in: Handbuch der Neurologie, 1936.
- Askanazy:** Zur Physiologie und Pathologie des Plexus chorioideus. Verh. dtseh. 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 fonctionnelles constatées après intervention chirurgicale sur le lobe frontal. II. Congr. Neur. Internat. 1935.
- Brun, R.:** Zur Frage der Stirnhirnataxie. 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. Fase. 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. 1935.
- 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. *Mscr. 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: *Handbuech 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: *Handbuech 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 entzaendlichen 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: *Handbuech der Neurologie* 1936.
- Guleke, N.:** Ueber die Entstehung des Hydrocephalus internus. *Arch. f. Klin. Chir.* 162, pag. 533. (1930).
- Hassin:** citado seg. Schneider.
- Haussler, G.:** Hirndruck-Hirnoeden-Hirnschwellung. *Zentralbl. Neurochir.* 2, 1937 Nr. 4-6.
- Hechst:** citado seg. Koernyey.
- Hoff Schilder:** Die Lagerreflexe des Menschen, Wien, Springer 1937.
- Hoff Schoenbauer:** Hirnehirurgie. 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. Nervenheilk.* 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. Koernyey.
- 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 hundred 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: *Handbuech der Neurologie* 1936.

- Olivecrona, H.:** Die Gliome der Grosshirnhemisphaeren. Dtsch. Z. Nch. 1288, 1-44, 1932.
- Ostertag:** Die sog. Meningiome, ihr Aufbau, Sschieksal und mittelbare Auswirkung auf das Gehirn. Zentralbl. f. Neurol. 73, 726.
- Paglioli, E.:** Distrofia adiposo-genital. "O Hospital", outubro de 1936.
- Pedersen, O.:** Ueber epileptische 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.
- Sauerbruch:** Arch. klin. Chir. 175, (1933) citado seg. Hauessler.
- Schade, H.:** Die physikalische Chemie in der inneren Medizin. Leipzig 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. ophthalm. Soc. 43, 12 (1923) (Separata)
- Spatz, H.:** Anatomie des Mittelhirns, in: Handbuch der Neurologie 1936.
- Spatz e Stroescu:** Zur Anatomie und Pathologie der aeusseren Liquorraume 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:** Voruebergende Herdsymptome 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. Jnternat. Neur. 1935.
- Vincent, Cl. David, M. et Thiébaud, F.:** Le cône de pression temporal das les tumeurs des hémisphères cérébraux. Revue neur. 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 aspéto básicos: 1. As forças ativas (deformantes); 2. Morfologia e mecânica do cérebro deformado e comprimido; 3. Efeitos sobre a função; 4. Sintomatologia clínica. — Dentro deste plano geral o autor, na parte referente ás forças ativas, estuda especialmente o problema da hipersecreção do liquor e do entumescimento cerebral (edema e tumefação). A seguir considera os efeitos deformantes destas forças ativas nos três casos típicos da (1) hidrocefalia ventricular simétrica, (2) do entumescimento difuso generalizado e (3) do hemi-entumescimento. 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 sobre a função cerebral, o autor introduz o conceito de adaptação (morfológico) e de compensação (funcional). Insiste ao mesmo tempo na deficiência dos conhecimentos atuais sobre os efeitos imediatos da compressão e sobretudo da tumefação em relação á função nervosa. — Na parte clínica o autor occupa-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 autopsisch oder operativ sichergestellt, 4 weitere haben genügend beweiskräftige Ventrikulogramme. Rein lokalisationische 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 Tumorkalisation unabhängigen Deformierungen. Es ergibt sich dadurch zwanglos eine Verteilung 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. Druckkonusformen 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.



GALERIA CHAVES
Tel. 6562

PORTO ALEGRE
Rio G. do Sul

ANATOMIA PATOLOGICA
BACTERIOLOGIA
QUIMICA BIOLOGICA

HEMATOLOGIA
SOROLOGIA
VACINAS AUTOGENAS