

## ATUALIDADES

R. THUREL — Diagnostico dos tumores cerebrais — (Revue Medicale de Franche-Conté. Sept. Out. 1938). Conf. feita na Escola de Medicina de Besançon.

O A. inicia o artigo com um resumo historico, salientando principalmente a obra de de Martel e comparando seus resultados com o dos americanos. Põe em relevo a necessidade do diagnostico precoce e dos recursos complementares. Antes de passar ao estudo clinico termina o seu introito, dizendo: "Os medicos, aí compreendidos os neurologistas, devem estar advertidos das imperfeições da clinica e do polimorfismo da sintomatologia dos tumores cerebrais".

Divide a sintomatologia clinica em 4 grupos:

- 1) Derivada da hipertensão intracraniana.
- 2) Síndromes mentais.
- 3) Síndromes neurologicas.
- 4) Perturbações morfológicas.

1) HIPERTENSÃO INTRACRANIANA: — comum a todos os processos que a determina.

a) *Cefaléa* — variavel em tipo. Resistindo a toda terapeutica usual. Sinais associados atitude *antalgica* da cabeça e sinal de Kernig.

b) *Vômitos* — Epifenomeno. Às vezes isolados como principal sintoma. Classicamente faceis e *en fusée*. Na pratica em realidade se acompanham de nauseas e esforços penosos. Nos tumores cerebelares os vomitos são ao levantar-se, por alteração da posição.

c) *Fundo de olho* — Deve sempre ser feito. O oftalmoscopio de visão direta permite ao medico pratico verificar se normal ou não uma papila. O quadro visto é de um *edema de papila*.

d) *Punção Lombar* — Deve ser evitada pois é perigosa nos tumores com hipertensão. Pode ser seguida de penetração das amidalas cerebelares no buraco occipital ou do lobo temporal no foramen de Pachioni. Com consequencias fatais. Além do mais a P. L. nada mais indica que o fundo de olho.

2) SÍNDROMES MENTAIS: — Muito variavel. Unico caracteristico é a sua instalação rapida em individuos cuja constituição mental não fazia prever sua aparição. O que domina é a diminuição da atividade psiquica e psicomotora. Ao lado dela não ha enfraquecimento intelectual tão profundo, nota-se somente uma apatia.

A perda da memoria de fixação é devida a uma falta de atenção do doente. A forma demencial é rara. As perturbações mentais dos tumores estão em parte pelo menos na dependencia da hipertensão craniana, sendo esta obscurecida pelos sintomas psiquicos.

3) SÍNDROMES NEUROLOGICAS: — São mais ou menos caracteristicos, pois atingem região mais ou menos extensa, não correspondendo a territorio vascular, e sendo de evolução progressiva.

Síndromes mais frequentes:

- a) Epilepsia Bravais-Jacksoniana.
- b) Paralisias progressivas e extensivas.
- c) Afasia progressiva.
- d) Perturbações do equilíbrio.
- e) Lesões dos varios nervos cranianos.

A epilepsia generalizada e a hemianopsia homonimas podem fazer pensar em tumor mas não são características.

#### 4) SINDROMES MORFOLOGICOS:

- a) Aumento do volume do cranio na criança.
- b) Sinais radiologicos de hipertensão.
- c) Estatura, peso, e genitais.
- d) Síndromes mais característicos: acromegalia e gigantismo — Adenoma eosinófilo da hipófise; síndrome de Cushing — (Obesidade e hirsutismo) adenoma basófilo da hipófise; síndrome adiposo genital tumor da bolsa de Rathke. Macrogenitosomia precoce — Pinealoma.

\* \* \*

### CORRELAÇÕES, ENTRE NEOPLASIAS E PROCESSOS VASCULARES E INFECCIOSOS DO CEREBRO

1.º) *Amolecimento e hemorragia* — Início brutal, evolução regressiva limitada a território vascular. Muitas vezes o tumor pode se manifestar por perturbações circulatórias e vice-versa um processo vascular assemelhar-se a um tumor. Tumores metastáticos podem determinar embolias dando sintomas de amolecimento. Sintomas cerebrais transitórios por perturbações vaso-motoras podem ser determinados por neoplasias.

O síndrome de hipertensão intracraniana com estase papilar nos hipertensos arteriais tem-se multiplicado. Por isso antes de diagnosticar um tumor deve ser feito o exame cuidadoso do aparelho circulatório.

O hematoma sub-dural quando o traumatismo passou despercebido é passível de confusão. Todos estes erros são contudo favoráveis pois determinam uma intervenção cirúrgica que pode ser útil nos edemas antigos e nos hematomas intra-cerebrais, sendo formalmente indicada nos hematomas sub-durais.

2.º) *Contato entre processos neoplásicos e infecciosos* — O processo infeccioso aumenta rapidamente ao máximo depois regride, enquanto agudo, para novamente progredir quando crônico. Além disso tem tendência á dissiminação tornando possível a confusão com tumores múltiplos.

Síndromes post-encefalíticas. — Confusão possível com tumores que determinam certa rigidez tipo Parkinsoniano (cerebelo e 3.º ventrículo).

O abscesso do cérebro pouco importante por ser de terapêutica idêntica.

*Sífilis* — Fora a paralisia geral e tabes é raro a sífilis nervosa. O Wassermann não traz certeza diagnóstica pois pode estar negativo na sífilis e positivo em certos tumores com liquor hiperalbuminoso.

Processos infecciosos muitas vezes simulam tumores, assim é a esclerose em placas, leucoencefalite aguda e sub-aguda, quando se iniciam por síndromes de hipertensão intracraniana com estase papilar.

Em resumo — em qualquer síndrome pouco característico pensar em tumor cerebral. "É preferível pensar erradamente em tumor cerebral do que desconhecer a sua existência".

A localização do tumor não pode ser feita só com a clínica. A radiografia é indispensável principalmente a pneumo-encefalografia, por

punção lombar ou trepanação occipital. O exame histopatológico determinará a natureza do tumor.

M. T. L. F.

**J. BASIL HUME — Strangulated hernia (Hernia estrangulada) —**  
Lancet 2 (26):1308-1310; Dez. 23, 1939.

Embóra o diagnóstico não encontre dificuldades em muitos casos, a demóra no diagnóstico e consequentemente no tratamento, causa uma mortalidade de 20% na hernia estrangulada externa e de 37% na interna.

*Patologia* — Resulta de um engorgitamento vascular que ocorre pela oclusão venósa no mesenterio do intestino, havendo ao mesmo tempo, violenta excitação simpática. Em pequeno numero de casos ha oclusão venósa e arterial simultaneas. Em consequencia do engurgitamento vascular, o intestino torna-se vermelho e depois, devido á estáse, a coloração torna-se vermelho-escura. Finalmente, a alça torna-se negra e gangrenósa, dando-se a perfuração. Ao mesmo tempo uma exsudação de fluidos da alça se coléta no saco herniario ou (h. interna) na cavidade peritoneal. O fluido contem uma substancia depressôra do tipo da histamina que Knight e Slome mostraram ser produzida no musculo da parede intestinal em consequencia da anoxemia. Esta substancia depressôra entra na circulação através dos linfaticos do peritoneo ou do saco herniario. Naturalmente, a quantidade produzida é proporcional ao tamanho da alça afetada e maior absorção se verifica no peritoneo do que no saco herniario. No ponto de constrição do estrangulamento, ha oclusão venósa e arterial simultaneas. Isto tem duas applicações praticas importantes: (1) a perfuração póde ter lugar nesse ponto, depois de desfeito o estrangulamento, devido á necrose dos tecidos; e (2) a perfuração póde ter lugar em um ponto imediatamente proximal á constrição, devido á pressão exercida pela porção proximal distendida do intestino. A parte as perturbações locais, dois processos tem lugar simultaneamente, afetando o organismo: (1) perturbações devidas á simples obstrução e (2) perturbações devidas á absorção da substancia depressôra altamente toxica. Ha perdas salinas e de fluidos pela alça intestinal dilatada acima da obstrução e pelos vomitos. A perda de fluido provoca elevação da concentração sanguinea e a perda de sais provoca disturbios do equilibrio ionico, produzindo alcalémia. Ha tambem elevação do N não proteico, da uréia sanguinea e oliguria. A absorção da substancia depressôra produz efeitos toxicos sobre o figado, rins e organismo em geral; ha quéda da pressão sanguinea e taquicardia. A absorção dessa substancia se processa em maior quantidade quando é desfeito o estrangulamento, fáto que explica o aparecimento de uma falencia circulatoria algumas horas depois de uma operação aparentemente bem sucedida.

*Sintomatologia* — Ha seis sinais e sintomas cardinaes, divididos em dois grupos, maiores e menores. O maiores são: dôr, vomito e incapacidade de eliminar gases. Os menores são: distensão, peristaltismo visível e tumoração palpavel. A sequencia comum dos acontecimentos é a seguinte. O paciente póde ser uma criança ou adolescente no qual o aparecimento da hernia e seu estrangulamento são quasi coincidentes ou um adulto com hernia antiga que se tornou maior em resultado de um esforço repentino ou insolito. Em ambos os casos, ha repentino inicio dolorôso, referido á região umbelical e algumas vezes á hernia e isto associado ao chóque. Ha intensa nausea ou vomito. Seguem-se colicas, paroxisticas de inicio, depois com intervalos cada vez mais curtos, até que apenas se distinguem exacerbações de uma dôr continua. O vomito é a principio reflexo e depois mecanico, sendo mais precóce, quanto mais alto o nivel do estrangulamento. O vomito persistente é talvez o caracteristico mais importante da obstrução intestinal aguda. E' constituído de inicio pelo conteúdo do

estomago, depois por bile e finalmente, fluido intestinal. Verdadeiros vomitos fecaloides ocorrem sómente nas fistulas gastro-colicas. A impossibilidade de eliminação de gazes póde não ser absoluta a principio: um enema produzirá pequena eliminação de gazes, mas sem melhora para o paciente. Um segundo enema, uma hora mais tarde, tem praticamente, resultado negativo. A distensão, embora presente em todos os casos, não é sempre visível devido ao estado do tonus muscular da parede abdominal. Com uma parede frouxa e desde que muitos casos de hernia estrangulada externa envolvem o intestino delgado, a distensão tende a ser central. O grau de distensão é inverso á intensidade do vomito; na obstrução alta o vomito é intenso e a distensão pequena; na obstrução baixa, verifica-se o inverso. Quando presente, a distensão abdominal progressiva é sinal importante, sendo ela que sempre reclama a intervenção. O peristaltismo visível praticamente nunca se encontra em casos de hernia estrangulada ao menos que a parede abdominal seja extremamente delgada. A tumoração palpavel quasi sempre é encontrada; o perigo reside na hernia de Richter (enterocéle parcial) estrangulada no canal femural, em que a massa póde ser tão pequena que passa despercebida. O exame dessa região deverá ser conduzido com o quadril fletido e abduzido, manobra que permite palpar prontamente alguma pequena tumoração.

*Diagnostico* — Si o diagnostico seria tão facil quanto tem sido indicado, haveria pequena razão para uma mortalidade de 20-37%, mesmo considerando o carater altamente toxico do exsudato intestinal. Os dados mais importantes são os três sintomas maiores, dôr, vomito e impossibilidade de eliminação de gazes, em conjunção com ausencia de sensibilidade abdominal ou de rigidez ou de ambos. Sua ausencia é um ponto muito importante no diagnostico diferencial, porque em outros quadros abdominaes agudos, ambas estão presentes. No diagnostico diferencial deve-se inicialmente verificar a possibilidade de não se tratar de hernia estrangulada, mas de simples hernia irreductivel. A hernia irreductivel não causa nenhuma dôr abdominal alem de uma sensação de repuxamento; é móle e não dolorosa á pressão, enquanto a hernia estrangulada é tensa e sensível. Si a hernia está associada a uma obstrução intestinal aguda por outra causa, ela sofre uma impulsão na tosse e provavelmente, será parcialmente redutivel. Ainda no diagnostico diferencial deverão ser lembradas as seguintes possibilidades: torsão de testiculo, hidrocéle aguda na criança e apendicite aguda em saco herniario, das quais o autor dá exemplos.

Em todos os casos de hernia estrangulada o prognostico póde ser desfavoravel, ao menos que o diagnostico tenha sido feito em estadio precoce. Caso contrario, o doente sucumbirá em virtude da toxemia de estrangulamento ou da peritonite resultante da perfuração. O uso da morfina é tão perigoso e inutil no estrangulamento como em outros casos de abdomen agudo. A atropina é muito mais eficaz do que qualquer outra droga para sustar a intensidade da colica.

OSWALDO MELLONE.