

Um caso de tumor do cerebello

Trabalho lido na Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho, pelo Academico Edgard Pinto Cezar, da Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Meus senhores:

O caso que temos a honra de apresentar perante esta Sociedade, é daquelles que proporcionam grande copia de ensinamentos aos que têm a felicidade de acompanhá-lo durante toda a sua evolução. Ensinamentos de ordem moral, pois nos deixam impregnados da confiança que devemos ter nos dados da semeiologia, o que nos traz a grande satisfação intima da certeza do diagnostico; ensinamentos scientificos, pois o actual caso vale por uma experiencia "in anima nobili" de physiologia, experiencia essa feita pela propria natureza em uma das manifestações de seus multiplos caprichos.

Passemos a estudar o nosso caso.

Em 19 de Junho do anno p. p. dava entrada na Santa Casa, na 3.a M. H., serviço do Prof. Ovidio Pires de Campos, o Sr. S. N., brasileiro, com 33 annos de idade, casado, procedente de Sorocaba, neste Estado, onde exercia a profissão de barbeiro. Para seguirmos a marcha natural de um caso clinico, vejamos quaes os dados que nos forneceu deante do nosso interrogatorio. Nada de importante quanto aos seus antecedentes hereditarios. Quanto aos antecedentes pessoaes, disse-nos que sempre foi forte, negando mesmo ter as molestias peculiares á infancia. Entretanto teve aos 4 annos febre typhoide com recaída, restabelecendo-se apesar disso, rapidamente. Assás accidentado é o seu passado venereo: aos 14 annos contraiu uma gonorrhéa e 2 ou 3 mezes após lhe appareceram varios cancos molles distribuidos por quasi todo o penis. Não ligou a devida importancia á essas molestias, só fazendo um ligeiro tratamento local das ulcerações. Dois annos mais tarde casou-se, e, de então para cá teve sua mulher dois natimortos. Mesmo depois de casado, ha cerca de seis annos atrás, teve novamente cancos molles e ainda desta vez, não se submetteu ao menor tratamento.

Em Junho de 1924 teve um outro cancro, esse porém, duro, *syphilitico*, segundo o diagnostico de um facultativo que consultou na occasião. Como tratamento fez apenas uma injeção de Bismoxyl.

Até a sua entrada para o Hospital era grande tabagista: usava imoderadamente das bebidas alcoolicas, só deixando este vicio, pelo apparecimento dos symptomas da sua actual molestia. Vejamos agora como se iniciou o seu mal.

A primeira manifestação surgiu em Dezembro de 1924: foi sentindo uma fraqueza nas pernas (*sic*) e repetidamente ancias de vomito. Dois ou tres dias depois foi acometido de um estado vertiginoso, acompanhado de febre alta, o que o obrigou a guardar o leito. Já então sentia o doente fortissima cephaléa, localisada principalmente nas regiões temporal e frontal. Julgando-se atacado por uma indigestão, chamou um medico que fez o diagnostico de *syphilis*, applicando-lhe o tratamento arsenical pelo Neo-Salvarsan, tendo tomado 5 injeções desse preparado. Isso produziu em seu estado grande melhora, podendo levantar-se e trabalhar em sua profissão durante 2 dias, dedicando-se por mais tempo em seu "salão" a fazer serviços leves, até que na segunda quinzena de Janeiro p. p. peorou consideravelmente. A cephaléa se tornou intensa e insupportavel: sobrevieram vomitos matinaes e diarios que surgiam facilmente sem serem precedidos de nauseas.

Pouco depois lhe apparecia uma paresia de ambas as pernas com intervallo de 6 dias entre uma e outra, não se recordando qual a attingida em primeiro lugar. Continuava a ter vertigens diariamente e só com dificuldades conseguia se locomover devido a grande debilidadade das pernas. Em Maio ultimo começou a sentir perturbações para o lado da vista que se mostrava embaraçada e em seguida notou que estava enxergando os objectos duplamente (*diplopia*). Notando que melhora alguma obtinha em sua cidade (Sorocaba), resolveu vir para esta Capital para se internar na Santa Casa, o que fez, como já o dissemos, em Junho do anno p. p.

Tratava-se de um individuo de estatura mediana, de bôa constituição esqueletica, apresentando musculatura geral pouco desenvolvida. Para os lados dos apparatus respiratorio, circulatorio e digestivo, nada nos revelava pelo exame geral. O mesmo podemos dizer do apparatus urinario. Deante dos seus antecedentes venereos tão acidentados, tratamos logo de pesquisar os signaes de *syphilis*.

Constatamos o infarctamento ligeiro do ganglio epitrochleano direito, assim como de toda a pleiade dos inguinaes. As dores osteocapas eram pouco accentuadas. Pupillas normaes pela inspecção. O nosso exame tornou-se productivo quando investigamos as alterações para o lado do systema nervoso.

Verificamos uma accentuada *atonía* dos membros inferiores facto este narrado pelo proprio doente, sob a rubrica de “grande fraqueza nas pernas”. A’ sua força muscular estava muito diminuida nesse segmento do corpo; embora não fosse por nos medida, éra facilmente verificavel. Pelo exame dos reflexos notamos a exaltação do patellar e achiliano de ambos os lados. Não eram presentes o signal de Babinski e o clono, tanto da rotula como do pé. Nos membros superiores os reflexos eram mais ou menos normaes. Os cutaneos (abdominaes, cremasteirnos e gluteos), todos conservados. Ausencia de Argyll-Robertson, mas as pupillas reagiam preguiçosamente á luz. Deante de taes signaes tratamos de verificar as alterações que poderia apresentar parao lado da motilidade. Ordenando ao doente — que andasse ao longo da enfermária, pudemos constatar um facto importantissimo: tinha elle dado alguns passos, com os braços abertos, como que se equilibrando, e eis que em dado momento apresenta uma *latero-pulsão* das mais typicas. Esse facto pudemos notar repetidas vezes e, observação importante, a *latero-pulsão* éra sempre para o lado direito. Interrogando-o si anteriormente apresentava esse phenomeno respondeu affirmativamente e ainda mais, disse que muita gente, em sua cidade natal, julgava-o embriagado quando o via andar. Deante desse quadro nos surgiu logo em mente a hypothese de se tratar de um syndromo cerebellar.

Foi então que dirigimos nossas attentões para esse lado, fazendo a pesquisa dos outros signaes que individualizam esse syndromo. Com grande facilidade pudemos notar para os lados dos globos oculares a presença do nystagmus; mas, este phenomeno, não era constante; como mais tarde pudemos constatar. A *dysmetria* éra muito ligeira e só *constatavel para lado direito*. Mais accentuada éra a *adiadococynesia*, que, como o phenomeno anterior, só éra *presente para o lado direito*. Diante de taes manifestações, mister se tornava uma punção lombar. Esta foi immediatamente feita e confirmando o que suspeitavamos, vimos que nem bem a agulha penetrava no espaço sub-arachnoidiano, o liquido “jorrava” com uma pressão extraordinaria, a uma distancia de 10 a 15 cms. Éra um liquido claro, crystallino, de aspecto perfeitamente normal. A areacção de Wassermann foi ahi in-

teiramente negativa e o exame cytologico revelou 3 lymphocytos por mm. q. Outro exame de absoluta necessidade era o de fundo do olho. Este foi feito pelo Dr. Pereira Gomes em 21-6-925 e o resultado veio corroborar os factos anteriores e ao mesmo tempo nos trouxe dados importantissimos para o nosso diagnostico. Eis o laudo do seu exame:

A. O. Fundi — franca hyper-hemia venosa especialmente do O. D.
Visão — O. D. 1/3. O. E. 2/3.

Em 4-7-925 foi este exame repetido pelo mesmo especialista com o seguinte resultado: Visão: mesmas condições. Reacções pupillares mais preguiçosas. Papilledema de A. O. especialmente do O. D. Recapitulemos um pouco em synthese os symptmas do nosso doente: vomitos, vertigens, cephaléa, perturbações da visão, papilledemas, punção lombar com liquido saindo em jorros... Isso tudo é a mesma cousa que uma equação cujo resultado é *hypertensão craneana*. De facto, em nosso doente o syndromo de hipertensão craneana se patenteava de uma maneira indubitavel. Como causa dessa hipertensão só era cabivel em nosso doente, admittir-se um tumor, intra-craneano, pois todas as outras hypotheses não resistiam á uma analyse bem feita. Mas, o affirmar-se cada uma mais importante que outra, restava a resolver. Em primeiro logar, necessitavamos saber de que natureza era o tumor, em segundo, qual a sua localisação. De que especie de tumor se trataria? Um tuberculo? Uma gomma? Uma neo-formação benigna? Uma neo-formação maligna? Quanto á primeira hypothese, tuberculose não podiamos admittir. Sendo geralmente secundaria, e não tendo sido constatada lesão primaria, e mais, que tudo o exame do liquido não nos permittia um diagnostico dessa natureza. Quanto á segunda hypothese, a de uma gomma, eis aqui o que mais nos pareceu provavel apesar do exame cytologico e do Wassermann negativo no liquido. Realmente o passado venereo do nosso doente era dos mais accidentados. Repetidamente contagiado pelo bacillo de Ducrey e no ultimo contagio uma ulcera com diagnostico medico de cancro duro. Ainda mais, a existencia de ganglios infarctados, de dôres osteoscopas, de dois nati-mortos entre seus filhos, e, para nos convencer a melhora accentuada com o uso do Neo-Salvarsan, tudo nos levava a crer na existencia de um tumor especifico. Não podiamos afastar essa hypothese, mesmo na presença de um Wassermann negativo no liquido cephalo-rachidiano. Essa admiravel prova clinica, como bem o sabemos não é de moldes a nos permittir uma tal attitude. O exame cytologico tambem não era sufficiente para derribar a nossa hypothese; esta ficava por-

tanto de pé. Quanto ás outras causas, os outros tumores, se me afigurava que dado algum possuamos para affirmar a sua existencia. Na realidade, emquanto tantas provas nos auctorisavam a crer numa syphilis, bem pouco ou quasi nada nos levava a acreditar na existencia de um tumor de outra especie. Mas . . . acompanhando o nosso caso, instituindo de accordo com as convicções o tratamento anti-luetico intensivo, somente notamos que ao envez de melhorar a molestia se aggravava, o doente emmagrecia consideravelmente e mais ainda se accentuava o seu estado de torpor. Não quizemos crer, embora já desconfiados que fracassasse completamente a hypothese de syphilis. Por mais algum tempo foi experimentado a terapeutica especifica, mas . . . o proprio tempo se encarregou de nos mostrar o engano em que laboravamos!

Deante da absoluta falta de qualquer melhora com tratamento instituido, deante da *debacle* que apersentava o doente já então entrado em accentuada cachexia, não pudemos mais nos sustentar na hypothese de se tratar de um mal syphilitico. Éra forçoso que mudassemos o modo de pensar. E assim aconteceu.

Só restava admittir-se a eixstencia de uma neoplasia benigna, ou talvez maligna.

A primeira dessas hypotheses nos éra mais sustentavel deante da sua grande preponderancia nas estatisticas (70 % segundo H. Claud). Si havia um tumor dessa natureza, o unico recurso therapeutico seria uma intervenção cirurgica. Mas para que esta fosse executada, éra necessario que resolvessemos a segunda parte da questão, isto é, fizessemos o diagnostico da localisação. Em que parte do encephalo se localisaria o tumor? É o que tentamos resolver e o resultado final nos veio revelar de maneira a mais cabal a verdade dos factos pre-estabelecidos.

A hypothese de um tumor cerebral não nos foi difficil afastar. Dos lobos do cerebro o unico que poderia entrar em nossas cogitações seria o frontal, que dá ás vezes uma symptomatologia semelhante á cerebellar. Mas me parece que está hoje mais ou menos assente que as perturbações psychicas estão entre as mais caracteristicas da slesões deste lobo. O nosso doente no entanto, não apresentava perturbações dessa ordem, conservando mesmo nos periodos em que mais se accentuavam os outros phenomens, uma lucidez de espirito bastante apreciavel. Não apresentava tambem o phenomeno da "moria" que alguns autores dizem ser mais frequentes nas lesões desta parte do cerebro. Mas de todos os symptommas o que com mais segurança nos fez

afastar a hypothese de um tumor do lobo frontal foi a ausencia do signal de Kenedy, isto é, a falta da atrophia papillar do lado lesado e palpillite de estase do lado opposto á lesão. Esta é um signal de grande valia pathognomonico mesmo das lesões tumoraes do lobo frontal e que tem sido muito bem estudado em São Paulo pelo Dr. Nova Gomes. Como vemos, a hypothese de um tumor do lobo frontal não pôde ser sustentada. Si não está no lobo frontal, muito menos se pode admittir que esteja em qualquer dos outros, cujas symptomatologias são muito ruidosas. Uma localisação bulbar ou protuberencial não podia tambem ser admittida. Nestes casos os phenomenos em relação com a motricidade e sensibilidade são muito mais accentuados e sempre são affectados varios pares craneanos. Mas, como já citamos, apresentava o nosso doente signaes cerebellares que podiam ser distinctos no meio dos que corriam por conta da hypertensão craneana. Assim, como já o dissemos, apresentava elle titubeação na marcha, marcha ebria, latero-pulsão, dysmetria, adadococynesia, hypotonia, nystagums, etc.

Diante de um tal quadro, não estava patente um syndromo cerebellar? Mas mesmo isso pensando ou mesmo admittindo, como era natural, ainda permaneciam grandes incertezas. Tratar-se-ia de um tumor do cerebello propriamente ou de um caso em que esse orgão se achasse affectado por simples visinhança? Eis uma difficuldade não muito pequena. Não poderia ser um caso de tumor do angulo-cerebellar?

Analysemos esta hypothese. Todos os signaes que o doente apresentava nessa occasião seriam compativeis com um tumor localizado neste ponto, como então admittil-o? Sabemos que os "tumores do angulo ponto — cerebellar são de começo insidioso, exteriorizando quasi sempre em primeiro logar pelos signaes de localisação, isto é, signaes consequentes á compressão da região, os quaes, ás vezes, podem ser os unicos a existir" (These do Prof. Flaminio Favero).

Ora, esses signaes de sua localisação são dados pelo compromettimento do oitavo par craneano principalmente, o que é constante, e tambem do setimo, sexto e quinto do mesmo lado de accordo com a ordem de frequencia desses compromettimentos. Não foi isso que observamos no nosso caso. Depois de decorridos sete mezes do inicio da molestia, as perturbações dos nervos craneanos são bem discretas. Si se tratasse de um tumor do "angulo" seria quasi certo que o auditivo do lado affectado já estaria inteiramente destruido. Em nosso caso não era isso que se dava. Eis o resultado de exame do ouvido procedido pelo Dr. Francisco Hartung, em 27-6-925:

EXAME DE AUDIÇÃO

Ouvido D.	Provas	Ouvido E.
normal	M. V.	normal
positivo	Ci 4	positivo
normal	Sch	normal
positivo	R.	normal
positivo	W.	normal

Nystagmus experimental

0' — 0" prova calorica 1' — 10"
 10" „ rotatoria 50"

Hyper-irritabilidade do labyrintho esquerdo.

Hypo-irritabilidade do labyrintho direito.

Ao lado disso a falta de comprometimento de outros nervos craneanos já nos fornece dados sufficientes para affastarmos a hypothese de um tumor do angulo ponto-cerebellar.

Sómente se poudo notar nos ultimos dias de molestia uma ligeira paresia intermittente, do VI par do lado direito. Só esse facto não nos podia levar a affirmar um tumor do angulo. Já que não se podia tratar de um tumor do angulo ponto-cerebellar, a unica hypothese restante seria a de um tumor do cerebello propriamente. Com esta hypothese podia se comprehender a grande hypertensão com a accentuadissima papillite de estase sem que houvesse perturbações para o lado dos nervos craneanos e ao mesmo tempo o syndromo cerebellar achava a sua mais cabal explicação.

Um syndromo de hyper-tensão craneano como o apresentado pelo nosso doente ecom a symptomatologia restante que apresentou, só éra cabivel com um tumor do cerebello propriamente dito. Uma vez isso assente não nos foi difficil dizer em que parte do orgão devia se assestar a lesão. Como já o dissemos toda a symptomatologia cerebellar do nosso doente éra para o lado direito. Assim tinhamos a latero-pulsão, a adiadococynesia para só citarmos os symptomas que com mais evidencia se apresentavam, só éram verificaveis para o lado direito. Si juntarmos a isso o resultado dos exames de fundo de olho, de ouvido e a paresia do recto externo (VI par); que mais tarde se apresentou, chegaremos á conclusão irrefutavel de que o tumor só podia estar alojado no lobo direito do ceerbello. Uma vez isso bem assente, estava resolvida a ultima difficuldade, o ultimo problema da alçada do clinico. Mister se fazia então que fosse executada a intervenção

cirurgica, o ultimo recurso medico e a ultima esperanca para o nosso doente. Coube ao Prof. Antonio Candido de Camargo essa difficil e arriscada empreza. No dia apasado o doente é levado a sala aseptica e uma vez feita a rachi-anesthesia, com o *trepano* é aberta a loja cerebral posterior de maneira a se poder explorar ambos os lobos lateraes. O habil cirurgião, uma vez aberta a tenda do cerebello, explora cuidadosamente toda a região em todos os sentidos possiveis sem nada poder encontrar. . . Depois de demorado exame, resolveu fechar a abertura feita, pois se convenceu de que nada havia desse lado do cerebello. Quer os vermis, quer as massas lateraes da região, se achavam com o aspecto normal e á palpação crâneana e grande erro. Mas si o tumor não estava no cerebello e nem no angulo, em encerrava-se a operação attestando um formidavel fracasso de diagnostico. Estavamos verdadeiramente perplexos e não sabiamos a que attribuir tão que ponto do encephalo poderia estar já que éra fora de duvida que havia um tumor? Não sabiamos dizer.

Mas, meus Srs., quanta vez é a infelicidade alheia que nos vem trazer os nossos melhores ensinamentos?.. Pois ainda desta vez foi o que succedeu. O infeliz moço, não podendo resistir á grave intervenção cirurgica, veio a fallecer na tarde desse mesmo dia. Foi com a sua morte que tudo se esclareceu pela autopsia de seu cadaver, praticada pelo Dr. João Montenegro, auxiliado pelo Dr. Parisi. Mesmo depois de retirada toda a massa encephalica não se sabia dizer se havia ou não tumor encephalico. Tudo parecia normal, a não ser o traumatismo de ambos os lobos cerebellares soffridos durante a operação. Um exame mais attento mostrava um augmento, ligeiro no volume do lobo direito do cerebello. Talhado o orgão em sentido horizontal, tudo se esclareceu. Existia de facto um tumor no interior do lobo direito do cerebello, tumor que se confundia com o tecido normal do orgão pela sua côr e consistencia. Éra impossivel ao cirurgião verificar a sua existencia, e mesmo que se verificasse, seria inextirpavel. Confirmava-se, assim "in totum" o diagnostico clinico e ao mesmo tempo salvava-se á reputação do cirurgião. O exame histológico procedido pelo Dr. João Montenegro mostrou tratar-se de um glioma, o que pudemos verificar pessoalmente no H. de Juquery applicando a coloração especifica da glia pelo processo de Lhermitte.