

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EPILEPSIAS FOCALES. JUAN FIERRO MORALES. Tese apresentada em concurso ao título de médico-cirurgião da Universidade do Chile. Um volume com 88 páginas e 25 ilustrações. Instituto Central de Neurocirugía y Neuropatología, Santiago de Chile, 1945.

Inicialmente, ao classificar as epilepsias, o A. estabelece distinção entre epilepsia focal e local (bravais-jacksoniana); é demonstrável, naquela, um centro onde se originam as descargas, que poderão ser, não apenas motoras, como sensitivas, sensoriais, viscerais ou psíquicas. Após referir as classificações anátomo-clínicas, etiológica, cronológica e eletrencefalográfica, o A. passa a tratar, pormenorizadamente, dos tipos clínicos de ataques, acompanhando o estudo pelo relato de observações muito ilustrativas do ponto de vista neurocirúrgico e anátomo-clínico. Ressalta o valor localizatório das manifestações que iniciam os ataques, embora o A. não seja um localizacionista absoluto. Quanto à etiologia, dá grande valor à idade do paciente para estabelecer se se trata de epilepsia criptogenética ou sintomática; aquelas se iniciam, geralmente, entre 10 e 20 anos.

São detidamente estudados os principais agentes de epilepsia focal. Segundo estatística do A., esta pode ser produzida por: traumas (55%), tumores (18%), tuberculomas (10%), hematomas (7%), cisticercose (4%), abscesso (2%). Tratando dos traumas craniocerebrais, manifesta a opinião de que é mais freqüente a produção de lesões encefálicas epileptógenas em prematuros, com parto rápido, que nas crianças grandes, com parto distócico necessitando aplicação de fórceps; varia muito o tempo que medeia entre o trauma e o aparecimento dos ataques, tendo o A. observado que, em geral, esse intervalo é de 3 a 36 meses; a associação de infecção ao trauma favorece o aparecimento de epilepsia; o A. faz o estudo histopatológico das lesões traumáticas do encéfalo, assinalando que a zona epileptógena não se situa no centro da cicatriz, mas na região que lhe fica adjacente, a qual deve ser extirpada no ato cirúrgico. Passando a considerar os tumores cerebrais, o A. refere ter verificado a existência de manifestações epilépticas em 29,1% dos casos de neoplasia; no tocante ao tipo de tumor, são os glioblastomas os mais epileptógenos, enquanto que os adenomas hipofisários só excepcionalmente determinam ataques; a localização superficial dos neoplasmas, da mesma forma que sua proximidade da área rolândica, favorece a freqüência dos ataques; os tumores infratentórios, em regra, não determinam epilepsia, e sim, ataques cerebelares. Rara é a ocorrência de ataques nos casos de abscesso cerebral, especialmente quando recentes. Quanto à cisticercose, a percentagem de epilepsia é elevada (28%) e os ataques surgem precocemente. São, ainda, considerados os tuberculomas e os hematomas subdurais crônicos, em que a incidência da epilepsia foi, respectivamente, de 43% e 54%. Após discorrer sobre a patogenia, passa a tecer considerações em torno do valor da ventrículo e eletrencefalografia; destaca que o EEG, isoladamente, permite, algumas vezes, estabelecer o diagnóstico clínico e topográfico da lesão. O A. firma as normas gerais que devem orientar o neurocirurgião no tratamento das epilepsias focais; distingue os resultados obtidos em casos de manifestações pós-traumáticas, daqueles alcançados em pacientes portadores de processos expansivos. Os resultados que o A. obteve foram os seguintes: 40% de curas, 28% de melhoras, 13½% de casos inalterados, 13½% de casos fatais e 5% de agravação.

H. CANELAS

---