

SERVIÇO DE NEUROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO

Desde 1941 vem sendo realizadas, neste Serviço, sob a direção do Prof. Adherbal Tolosa, reuniões mensais de estudo nas quais são relatados e discutidos os casos clínicos e anatomo-clínicos mais interessantes. Essas reuniões são assistidas por outros especialistas, convidados quando o assunto a discutir os interessa particularmente ou quando sejam necessários seus esclarecimentos. Constituem, essas reuniões, excelente demonstração da atividade do Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo. Damos a seguir o sumário dos casos discutidos nas reuniões dos primeiros mezes do ano corrente.

*Reunião realizada em 2 de Fevereiro**Observações clínicas:*

- 1) Caso O. C. (6.699) *Encefalopatia infantil, oligofrenia, espinha bífida e outras malformações congênitas.* Dr. O. F. Julião.
- 2) Caso A. P. (7.283) *Tabo-paralisia.* Dr. J. A. Caetano da Silva Jor.
- 3) Caso J. F. (7.386) *Atrofia ótica luética.* Dr. J. M. Taques Bittencourt.
- 4) Caso K. K. (7.408) *Paralisia geral com agitação psico-motora.* Dr. J. M. Taques Bittencourt.
- 5) Caso J. T. (7.347) *Hemianopsia por traumatismo occipital antigo.* Dr. J. A. Caetano da Silva Jor.
- 6) Caso J. P. (7.468) *Hemiplegia. lues, arterio-esclerose.* Dr. J. Lamartine de Assis.
- 7) Caso F. O. M. (7.417) *Hemiplegia por arterite luética.* Dr. A. Conde.

Observações anátomo-clínicas ou neuro-cirúrgicas:

1) Caso M. L. (7.382) *Tumor intra-medular*. Tratava-se de um paciente que foi internado por ter ficado bruscamente paraplégico após raquianestesia praticada para uma operação de hernia inguinal: o doente faleceu dias depois. O estudo anátomo-clínico demonstrou que a paraplegia, atribuída a princípio à raquianestesia, era, na realidade, consequência de um volumoso tumor intra-medular, localizado na região cervical. O interesse principal do caso residia na ausência de qualquer sintomatologia neurológica até o momento em que foi praticada a raquianestesia. O tumor, muito volumoso, deformava inteiramente a medula, deslocando a substância cinzenta e branca para a periferia. O caso será publicado após a terminação do estudo histo-patológico. Drs. J. M. Taques Bittencourt e W. Maffei.

2) Caso W. B. (6.902) *Tumor intracraniano* cuja localização não pode ser determinada pelos recursos neurológicos habituais e por falta de cooperação do doente, em virtude do seu precário estado geral. O exame anatomo-patológico mostrou tratar-se de um tumor do 3.º ventrículo, provavelmente um ependinoma. Drs. V. Venturi e W. Maffei.

3) Caso C. N. G. (7.501) *Falsa garra cubital dupla* produzida por ferimentos locais nas mãos. O paciente, de nacionalidade paraguaia, fora atingido em varias partes do corpo, durante a guerra do Chaco, por estilhaços de granada. Um deles alojado no cranio produziu osteomielite frontal e secundariamente, crises epileptiformes, o que exigiu intervenção cirúrgica, praticada, aqui em S. Paulo, pelo Dr. Carlos Gama. Outros fragmentos lesaram, em ambas as mãos, a região palmar, determinando, secundariamente, retrações aponevróticas e fibro-tendinosas que produziram garra cubital bi-lateral. Foram discutidos o diagnóstico diferencial, a patogenia e as possibilidades da terapeutica cirúrgica para melhorar as condições das mãos do paciente. Dr. R. Tenuto.

*Reunião realizada em 2 de Março**Observações clínicas:*

1) Caso V. G. (7.519) *Espinha bífida oculta e perturbações da micção*. Dr. O. F. Julião.

2) Caso M. F. (7.585) *Síndrome epilético*. Dr. J. A. Caetano da Silva Jor.

3) Caso C. F. (7.588) *Psicastenia e lues*. Dr. C. V. Savoy.

4) Caso S. A. (7.103) *Encéfalo-mielite de natureza indeterminada* instalada bruscamente. Os varios exames subsidiarios não esclareceram a etiologia do processo. Como o estado permanecesse estacionario durante os dois meses de internação foi o paciente removido para o Asilo de Invalidos onde continuará sob observação. Dr. J. Lamartine de Assis.

5) Caso A. M. (7.587) *Tumor intra-craniano*, provavelmente localizado no terceiro ventrículo, de acordo com os dados neurológicos e ventriculográficos. Em virtude do agravamento do síndrome hipertensivo intracraniano, foi praticada craniotomia descompressiva. Como terapeutica, foi iniciada a radioterapia profunda. Nítidas melhoras permitiram ao doente pedir alta e continuar a medicação em ambulatório. Dr. J. M. Taques Bittencourt.

6) Caso N. M. (6.157) *Aracnoidite espinhal* que produziu um síndrome paraplégico de evolução ascendente, originando em certo periodo da evolução da moléstia uma tetraplegia completa. Operado, fez-se o debridamento das aderências meningéas e, em seguida, a radioterapia. O interesse maior do caso reside

na evolução, que só se tornou satisfatória após um ano de radioterapia. O doente saiu da enfermaria quasi completamente bom, locomovendo-se com auxilio de bengala. Dr. J. M. Taques Bittencourt.

Reunião de 6 de Abril

Observações clínicas:

1) Caso F. G. (7.435) *Tabo-paralisia medicada pela malaria*. Dr. J. Lamartine de Assis.

2) Caso G. P. (7.192) *Síndrome hipertensivo intracraniano produzido, possivelmente, por cisticercose encefálica*. O estudo ventriculográfico mostrou bloqueio do aqueduto de Sylvius. Foi feita a craniotomia descompressiva. O exame do liquido céfalo-raquidiano foi o unico dado para o diagnóstico de cisticercose. Dra. M. E. Bierrembach Khoury.

3) Caso J. R. (7.702) *Síndrome epiléptico em doente portador de afecção cardiaca* (molestia mitral), com aura olfativa e psíquica do tipo dos "uncinated fits" de Jackson (dreamy state). O caso será publicado posteriormente. Dr. R. Melaragno.

4) Caso A. S. (7.684) *Diabete e neuropatia*. Num antigo diabético de difficil controle pela insulina, instalou-se uma neurite do ciático poplíteo externo no lado esquerdo e mioclonias no pé esquerdo e na mão direita. Foi discutida a patogenia dos disturbios mioclônicos. O caso será publicado. Dr. J. M. Taques Bittencourt.

5) Caso A. C. (6.655) Caso complexo no qual não foi possível diagnóstico preciso. Trata-se de um ex-jogador de futebol cuja moléstia se iniciou com um síndrome de Weber, instalado paulatinamente, acometendo o motor ocular comum à direita e hemiplegia esquerda. Posteriormente o olho esquerdo sofreu um processo de atrofia global com infecção secundária, sendo enucleado. Internado na enfermaria, apresentava um estado psíquico especial com euforia e mória, levando ao diagnóstico de tumor frontal. No entanto, o estudo ventriculográfico mostrou deformação dos pólos occipitais dos ventriculos. O síndrome de Weber diminuiu de intensidade, permanecendo as perturbações psíquicas. Foram discutidas varias hipóteses diagnósticas, nenhuma plenamente satisfatória. Dr. A. Lefèvre.

Observações anátomo-clínicas e neuro-cirúrgicas:

1) Caso A. L. O. (7.496) *Paraplegia espasmódica por compressão medular*, com discordancia entre os sinais clínicos e a mielografia. Os disturbios sensitivos localizavam a lesão em D3 ao passo que a iodipina, injetada por via sub-occipital, parou na altura de C3. Foram praticadas duas intervenções: a primeira, ao nível das primeiras vertebrae dorsais, nada mostrando de anormal; a segunda, ao nível de C3 e C4, mostrou paquimeningite hemorrágica e aracnoidite. Grandes melhoras após esta ultima intervenção. Drs. C. Gama e J. Lamartine de Assis.

2) Caso J. R. (7.467) *Amolecimento protuberancial por arterite e trombose da arteria basilar*. Tratava-se de um doente que repentinamente teve um ictus, sendo internado em estado de coma, falecendo 24 horas depois. Fora feito o diagnóstico de hemorragia intra-encefálica pela gravidade da sintomatologia: coma, hipertermia, hipertonia precoce, sinal de Babinski bilateral e perturbações respiratorias. Drs. R. Tenuto e W. Maffei.

3) Caso E. S. M. (6.740) *Medulo-ependimoma do 4.º ventriculo com cistos hemáticos na calota protuberancial*. Caso observado durante longo tempo. O doente, ao ser internado, apresentava facies de Hutchinson, lesão dos nervos

oculares e distúrbios cerebelares que levaram ao diagnóstico de polioencefalite superior. Vários exames de líquor, fornecendo sempre líquido hemorrágico e xantocrômico, fizeram pensar em encefalite hemorrágica. O aparecimento posterior de papila de estase e sinais de hipertensão intra-craniana levaram ao diagnóstico de neoplasia. As ventriculografias mostraram hidrocefalia interna com compressão e desvio do aqueduto de Sylvius. Após o óbito, o exame anatómico mostrou tratar-se de meduloependimoma do assoalho do 4.º ventrículo com invasão da calota protuberancial, desvio do aqueduto de Sylvius e deformação do pedúnculo cerebral. O caso será publicado. Drs. O. F. Julião, C. Gama e W. Maffei.
