

ANÁLISES DE REVISTAS

EPILEPSIA FOCAL DE TIPO PSICOMOTOR. RELATO PRELIMINAR DOS EFEITOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO (FOCAL EPILEPSY OF PSYCHOMOTOR TYPE. A PRELIMINARY REPORT OF OBSERVATIONS ON EFFECTS OF SURGICAL THERAPY). J. GREEN, R. E. DUISBERG e W. MC GRATH. *J. Neurosurg.*, 8:157-172 (março) 1951.

Trabalho expando os dados clínicos, eletrencefalográficos, corticográficos, neurocirúrgicos e anátomo-pathológicos de 23 casos de epilepsia psicomotora, com os resultados da terapêutica cirúrgica.

Na maioria dos casos só a descrição da crise permitiu o diagnóstico de Psm; em outros foi necessária observação da própria crise. Em 14 dos 23 casos havia história progressiva de trauma craniano grave. O EEG mostrou, em todos os casos, foco ativo temporal (unilateral em 14, bilateral em 9 casos). Em 6 pacientes a operação mostrou cicatriz meníngocortical e atrofia de circunvolução macroscopicamente identificável, enquanto que em 14 só o estudo microscópico veio revelar moléstia isquêmica da célula nervosa e espessamento da pia-aracnóide. O EEG mostrou foco em perfeita correlação com a eletrocorticografia em todos os casos, com exceção de 2 (em 3 deles somente o estudo com eletrodo de profundidade evidenciou a atividade focal).

Os resultados foram: em 12 pacientes não houve recorrência e em 9 houve sensível redução no número de crises; em 12 desapareceu o foco no EEG e houve nítida melhora no traçado de 8 outros; de 19 pacientes que apresentavam também crise GM e crises bravais-jacksonianas, 10 não mais os tiveram. Não houve mortalidade. Um só paciente pode ser considerado pior após operação, complicada com aparecimento de úlcera péptica e icterícia, se bem que não tenha apresentado mais crises. O último paciente foi operado em maio 1950; mesmo assim os AA. consideram preliminares os seus resultados, reservando para época ulterior uma conclusão mais definitiva. O estudo comparativo entre girectomia, lobotomia e lobectomia, mostrou que esta última proporcionou os melhores resultados terapêuticos.

A análise neurológica e psiquiátrica dos pacientes que sofreram intervenção sobre o lobo temporal, principalmente o esquerdo, mostrou um déficit surpreendentemente diminuto: nos primeiros dias, letargia semelhante à dos que sofrem lobotomia frontal, com exceção da incontinência urinária; ocasionalmente, um distúrbio afásico frusto (surdez verbal) que não perdurou por mais de 3 meses, e sensível docilidade. Não houve defeitos de campo visual, nem distúrbios olfativos. Em um paciente que sofreu lobectomia temporal bilateral apresentou-se modificação no sentido de falta de senso social e aumento do apetite sexual, tal como foi descrito em macacos submetidos a essa operação. O estudo da pressão arterial, pulso e frequência respiratória durante e depois da intervenção, mostrou que não houve alterações de importância em 21 dos 23 pacientes.

P. PINTO PUPPO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS CRISES POR LESÕES DO LOBO TEMPORAL (SURGICAL THERAPY OF TEMPORAL LOBE SEIZURES). W. PENFIELD e H. FLANIGIN. *Arch. Neurol. a. Psych.*, 64:491-500 (outubro) 1950.

Após lembrar as linhas gerais de seu conceito sobre epilepsia, os AA. ressaltam a enorme contribuição das modernas aquisições da neuro-sifilogia para

o conhecimento do lobo temporal, cujas funções são das mais importantes no mecanismo psíquico. O estímulo elétrico das áreas temporais dá resultados que sugerem estarem aí sediadas a base anatômica da memória, as áreas de audição e vestibulares, áreas correlacionadas com a função alimentar, e, em sua superfície inferior (uncus), as áreas olfativas. No hemisfério dominante acrescentam-se ainda áreas ligadas à memória da linguagem escrita e falada.

As crises convulsivas de foco temporal se apresentam com auras vegetativas no abdome (epigástricas), no tórax e na garganta, assim como aura cefálica, auditiva, labiríntica e olfativa, ou então ilusões e alucinações de súbito aparecimento, sensação de estranheza ou familiaridade, sensação de distância ou de proximidade dos objetos vistos ou dos sons ouvidos, ou estados psíquicos semelhantes ao sonho. Tais fenômenos em geral são prelúdios da alteração da consciência, sem convulsão e sem perda do controle motor, o chamado "automatismo psicomotor", quase sempre acompanhado de mastigação e deglutição, com total amnésia lacunar do sucedido.

São apresentados resultados referentes a 68 pacientes operados de janeiro 1939 a abril 1949, seguidos num período pós-operatório de 1 a 11 anos. Desses 68 casos, em 7 não encontraram a lesão causal das crises convulsivas, pelo que nenhuma excisão de tecido nervoso foi feita; em 5 havia tumor infiltrativo (se bem que o diagnóstico clínico e eletroencefalográfico fosse de crises convulsivas cerebrais focais), os quais foram excisados e 1 faleceu após a operação. Restou, pois, um total de 55 casos de lesões estáticas, sendo 52 lesões atroficas e 3 meningiomas. Seus resultados foram classificados em grupos numerados de 4 a 0 (tal como já o fizeram Penfield e Steelman em 1947), considerando-se o 4 como curado (sem nenhuma crise e o paciente se achando curado, em vida normal); o 3, pacientes curados, mas que tiveram 1 a 2 crises, se bem que o paciente se julgue curado; o 2, pacientes que se consideram 50% curados; o 1, com 25% de melhora e o 0 não melhorados. Catalogando assim os seus 51 casos, obteve 14 casos (27,4%) no grupo 4; 13 casos (25,4%) no grupo 3; 13 casos (25,4%) no grupo 2; 4 casos (7,8%) no grupo 1 e finalmente 7 casos (13,7%) no grupo 0. Em resumo, pois, segundo suas palavras, 52,9% são considerados curados, 25,4% obtiveram resultados úteis e 21,5% são de falência terapêutica. Se levarmos em conta que estes pacientes foram levados à mesa operatória somente depois de 2 anos de tentativa infrutífera de todo tratamento médico, teremos então uma idéia real do magnífico resultado terapêutico conseguido pela cirurgia da epilepsia por lesão temporal.

P. PINTO PUPPO

ACHADOS ELETROENCEFALOGRAFICOS EM 39 CASOS DE HEMATOMAS SUBDURAIS COMPROVADOS CIRURGICAMENTE (THE ELECTROENCEPHALOGRAPHIC FINDINGS IN 39 SURGICALLY PROVEN SUBDURAL HEMATOMA). W. J. FRIEDLANDER. EEG a. Clin. Neurophysiol. J., 3:59-62, 1951.

Concordando com a opinião de outros autores, de que uma depressão localizada do ritmo de base não é a característica fundamental do EEG nos casos de hematoma subdural, o autor pretende comprovar esta idéia pela análise de 39 casos, dos quais 17 próprios e os restantes colhidos da literatura. Revendo esses casos, acha possível situar cada EEG em um dos grupos seguintes: normal; com ritmo lento difuso; baixa voltagem focal, sem quantidade anormal de ritmo lento; ritmo lento focal de baixa voltagem; ritmo lento focal cuja voltagem é igual ou maior que a do ritmo de base do lado oposto; baixa voltagem focal, sem quantidade anormal de ritmo lento, porém circundada de alta voltagem. Concluindo, acha que o tipo de traçado mais freqüente no hematoma subdural é o lento focal (56% dos casos) e que em apenas 67% dos casos pode-se localizar a lesão pelo EEG; traçados com depressão de voltagem só são encontrados quando o hematoma se localiza na região temporal ou temporoparietal.

No entanto, a apresentação do trabalho carece inteiramente de evidência e clareza, e o mesmo, tal como é apresentado, não contém quaisquer elementos que

capacitem o leitor a avaliar até que ponto as afirmativas do autor correspondem à realidade dos fatos.

A. GENTIL

ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO APÓS PNEUMENCEFALOGRAFIA (CHANGES IN THE CEREBROSPINAL FLUID AFTER PNEUMOENCEPHALOGRAPHY). E. R. BICKERSTAFF. *Lancet*, n.º 6666, pág. 1209 (2 junho) 1951.

Em trabalho anterior, o autor estudou as alterações citológicas do líquor observadas simultaneamente à execução da pneumencefalografia, caracterizadas principalmente por hipercitose discreta de tipo linfomonuclear. Agora foram observados 62 pacientes, em que a pneumencefalografia foi executada com uma técnica padrão: após a retirada de cada 5 ml de líquor era introduzida quantidade correspondente de ar até um volume total de 80 a 100 ml e, depois, por uma segunda punção, 3 ml de líquor eram retirados para exame, variando o tempo para cada paciente desde 1 hora até 10 dias. A via foi sempre lombar.

Foi observado que a pleocitose, que já se iniciava por ocasião da prova, continuava a aumentar discretamente até aproximadamente três horas após a pneumencefalografia, momento em que se observava rápida e súbita elevação do número de células do líquor, que atingia o máximo depois de 8 a 14 horas. O número máximo verificado foi de 3776 por mm³, após 8 horas. Em seguida, as células diminuíam progressivamente, porém só se normalizavam após 5 dias, no mínimo. O tipo celular predominante por ocasião da pneumencefalografia era linfomononuclear; entretanto, posteriormente, surgiam granulócitos neutrófilos em grande número, chegando, após 6 horas, a constituir mais de 90 a 97% das células presentes. Após 12 horas os linfomonócitos reapareciam, porém os neutrófilos só desapareciam completamente após 4 dias. Outras alterações observadas no líquor foram a da taxa das proteínas, que podia atingir de 75 a 100 mg% em 2 a 3 horas e depois diminuía progressivamente, e a da taxa de glicose, que em raras vezes foi encontrada ligeiramente aumentada.

J. B. REIS

IMPORTÂNCIA DA PNEUMOCISTERNOGRAFIA EM CLÍNICA NEUROFTALMOLÓGICA (L'IMPORTANCE DE LA PNEUMO-CISTERNOGRAPHIE EN CLINIQUE NEURO-OPHTALMOLOGIQUE). *Confinia Neurol.*, 11:17-19, 1951.

A pneumocisternografia (radiografia das cisternas da base do cérebro, com o auxílio dos contrastes gasosos) tem suas indicações nos casos de lesões paraselares, que deformam as cisternas quiasmática e penduncular ou que impedem a sua repleção pelo ar, fato que ocorre particularmente nos casos de aracnoidite optoquiasmática. O A. descreve a técnica empregada para o enchimento gasoso dessas cisternas, a qual é simples e de rápida execução. O processo permite, não só julgar a forma das cisternas, mas também aquilatar do grau de sua permeabilidade, pois, conhecendo o tempo normal necessário para que o ar injetado atravessasse as cisternas basais e atinja os espaços subaracnóides frontais, é possível constatar o retardo dessa passagem e portanto o grau de permeabilidade das cisternas. Trata-se de um processo fácil, rápido e demandando o emprêgo de mínima quantidade de ar (15 ml), e que constitui sem dúvida mais um recurso à disposição do neuro-radiologista para o diagnóstico das afecções que atingem aquelas cisternas.

C. PEREIRA DA SILVA

HIPEROSTOSE FRONTAL INTERNA E SINTOMAS CEREBRAIS (HYPEROSTOSE FRONTALE INTERNE ET SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX). F. MOREL. *Confinia Neurol.*, 11:9-13, 1951.

O A., que se tem dedicado ao estudo da hiperostose frontal interna há longos anos, apresenta interessante contribuição, onde focaliza alguns aspectos do problema da hiperostose frontal interna. Chama a atenção para o fato de que não existe um critério universal para o estudo dessa síndrome, de modo que sintomas considerados de importância por alguns autores e por eles observados em

elevada freqüência em seus casos, nem são mencionados por outros, como sucede com a catarata, por exemplo, que foi observada pelo A. em número elevado de casos e não é referida em trabalhos de outros autores, o mesmo sucedendo com os sintomas cerebrais, como a cefaléia, as calcificações da foice, as calcificações meníngeas peri ou retro-selares e a hiperostose da base.

Acha o A. que deve haver um critério uniforme para o estudo desses casos, a fim de que a casuística sobre o assunto se torne mais homogênea, o que permitirá melhor aproveitamento do material registrado na literatura. Finaliza o trabalho, acentuando que a freqüência de hiperostose frontal interna aumenta com a idade, o que explica a possibilidade da associação da hiperostose com outras afecções cerebrais da idade avançada. Acha que os processos degenerativos cerebrais ou vasculares não são mais frequentes na hiperostose frontal interna, que fora dela.

C. PEREIRA DA SILVA

HIPEROSTOSES CRANIANAS. DISCUSSÃO REALIZADA NO SYMPOSIUM NEURORADIOLOGICUM DE ROTTERDAM EM 1949. *Confinia Neurol.*, 11:2-4, 1951.

Na discussão sobre o tema hiperostoses cranianas, algumas interessantes contribuições foram feitas, como as que se seguem.

G. B. Belloni (Pádua) afirmou que um quadro radiológico que vai da grande hiperostose frontal interna, a nébula frontal, a hiperostose frontoparietal, até aos pequenos sinais da osteofitose peri-selar, à acentuação das impressões vasculares, calcificações meníngeas e peri-sinusites, pode-se ver em diversos casos onde a clínica assinala a existência de sofrimento encefálico e também nas síndromes psíquicas, nas alterações endócrinas, cefaléias, alterações quiasmáticas ou vestibulares ou ainda nas modificações hidrodinâmicas do líquido cefalorraqueano. Isso levou Lunéde a encarar uma grande síndrome clínica, em que reconheceu uma origem inflamatória, aproximando-se da concepção das reações de vizinhança. Trata-se de um processo de inflamação hiperérgica do complexo osteomeníngeo transformado em órgão de choque, o qual reagiria aos estímulos mais diferentes e em primeiro lugar às infecções focais.

Calame (Genebra) afirmou que os estudos histológicos da hiperostose frontal interna mostram que o osso cresce à custa da tábuca interna exclusivamente, crescimento esse que envolve os elementos fibrovasculares que vão da dura ao osso, de modo que se encontram inclusões de dura profundamente situadas no osso neoformado. Secundariamente, o osso neoformado sofre a espongiose e as cavidades formadas se enchem de medula. Essas cavidades podem-se unir formando amplas cavidades que os seios frontais podem vir a pneumatizar. Esse processo pode-se estabilizar em qualquer período ou sofrer involuções, que histologicamente se traduzem por micronecroses. A histologia mostra que a teoria da tração da dura-máter como causa da hiperostose frontal interna deve ser abandonada. A localização frontal é explicada porque: 1) o frontal possui uma situação anatômica particular, pois é o único osso irrigado pela artéria carótida interna, isto é, pela artéria meníngea anterior; tem a mesma irrigação que a foice do cérebro, que também apresenta osteomas; a vascularização do frontal é menor que a dos outros ossos, e é sabido que a hiperostose não é de ordem congestiva; 2) a dura-máter frontal é muito espessa e menos irrigada que as porções parietal e occipital; 3) o frontal é praticamente desprovido de inserções musculares; 4) as linhas de força que se aplicam sobre o osso são muito diferentes no frontal e nos parietais.

C. PEREIRA DA SILVA

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DA HÉRNIA DISCAL POSTERIOR NA POSIÇÃO ERECTA (LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DE LA HERNIE DISCALE POSTÉRIEURE EN STATION VERTICALE). S. DE SÈZE, J. ROTÉS QUEROI, A. DJIAN. *Semaine d. Hôp.*, 26:1297-1307 (abril) 1950.

Levando em consideração as dificuldades da mielografia e as possíveis consequências nocivas da introdução de meios de contraste radiográfico no canal ra-

queano, os AA. propõem um método radiográfico para o diagnóstico da hérnia do núcleo pulposo lombar, método êsse que consiste na prática de uma série de radiografias em determinadas posições, com a finalidade de apreciar dois sinais radiológicos diretos da hérnia discal: 1) alargamento eletivo do disco intervertebral L_4-L_5 (alargamento lateral eletivo na radiografia de frente e alargamento posterior eletivo na radiografia de perfil, sendo geralmente êsses dois sinais associados); êsses sinais são fornecidos pela radiografia estática; 2) a aparição, ao nível do disco L_4-L_5 , de um alargamento eletivo provocado no curso da inflexão da raque para o lado doente, sinal êsse proporcionado pela radiografia estático-dinâmica. Acham os AA. que o conhecimento dêsses dois sinais e o emprêgo sistemático dessa exploração funcional dos discos, permitirá reduzir ainda mais o número de casos em que a sede da hérnia discal permanece duvidosa, reduzindo conseqüentemente as indicações da mielografia lipiodolada. As radiografias são feitas com o paciente em posição erecta e nas incidências de frente e de perfil, para apreciar os alargamentos eletivos lateral e posterior. Para verificar o alargamento eletivo provocado, as radiografias são praticadas em posição erecta e com a inflexão forçada do tronco para a direita, para a esquerda e para a frente.

O alargamento lateral eletivo é de grande valor localizatório e é observado em elevada percentagem de casos de hérnia do disco L_4-L_5 (2/3 dos casos), sendo menos frêquente nas hérnias do disco L_5-S_1 (1/8 dos casos). O alargamento eletivo provocado é um sinal localizatório importante e decorre do comportamento dos discos herniados durante os movimentos de flexão da coluna para o lado doente, em casos de ciática com atitude antálgica cruzada. Nesses casos a radiografia anteroposterior mostra alargamento discal do lado oposto à ciática e não eletivo. Procedendo, porém, às radiografias com a coluna fletida para o lado doente, verificaram os AA. que havia uma redução da altura em todos os alargamentos discais antálgicos, menos no disco herniado L_4-L_5 .

Estudam os AA. uma série longa de pequenos sinais verificados nas radiografias estáticas, como os pinçamentos, que classificam de globais e laterais, sendo êstes últimos eletivos. Êsses pinçamentos podem ser observados nas radiografias de frente e de perfil, constituindo êstes últimos os pinçamentos anteriores e posteriores. As radiografias estático-dinâmicas proporcionam também aos AA. vários sinais de valor maior ou menor, como o não pinçamento eletivo do disco L_4-L_5 . Acham os AA. que a prova é difficilmente aplicável em casos de hérnia lombo-sacra, por causa da pequena mobilidade do disco L_5-S_1 no sentido lateral, e difficil também em casos de ciática hiperálgica com contratura intensa.

C. PEREIRA DA SILVA

ELETRODIAGNÓSTICO DAS LESÕES VERTEBRAIS, MEDULARES E DOS ENVOLTÓRIOS RAQUEANOS (ELECTRODIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES VERTEBRALES, MEDULARES Y DE LAS ENVOLTURAS RAQUIDEAS). RIPPOLL e P. SANCHO. Rev. Españ. de Oto-Neuro-Oftalmol. y Neurocir.

O A. apresenta, baseado em mais de 100 casos, uma prova já proposta em 1879 por Brenner. Consiste na verificação de uma hiperalgesia à corrente galvânica, localizada em zonas dolorosas devido a lesões vertebraes, medulares, radiculares e das meninges; a hiperalgesia é acompanhada por nítido deslocamento da agulha do amperímetro, que mostra aumento de intensidade, de 1 a 10 mA na corrente. O A. explica o fenómeno por maior vascularização local na região dolorosa, o que acarretaria maior permeabilidade elétrica. É salientado o valor semiológico da prova, principalmente para casos médico-legais, dado o seu caráter de objetividade.

O. BARINI