

LES MÉNINGIOMES DE LA TROISIÈME FRONTALE. LÉON ECTORS. Um volume com 164 páginas. Masson et Cie., Paris, 1945.

O A. nos apresenta, em cuidada monografia, nova síndrome — a dos meningiomas da terceira circunvolução frontal — colocando-a em pé de igualdade as síndromes já clássicas dos meningiomas da região rolândica (Jackson, Foerster), da asa do esfenóide (Cushing e Cl. Vincent), da região supra-selar (Holmes e Sergent), da região olfativa (Foster Kennedy e Cushing) e, finalmente, dos meningiomas para-sagitais (Olivecrona). Baseado em três observações pessoais bastante interessantes e em 14 outras que pôde encontrar na literatura, estabeleceu a síndrome, constituída por cinco elementos principais: hemiplegia homolateral

precoce; síndrome motora da área 8 de Brodmann; síndrome piramidal contralateral e epilepsia; síndrome mental frontal; síndrome radiológica peculiar.

A hemiplegia homolateral precoce é o elemento mais característico e de maior interesse. Ela é consequência da pressão exercida pelo tumor contra a 3.^a circunvolução frontal, que se transmite diretamente ao tronco cerebral, provocando seu deslocamento contra o bordo cortante da tenda do cerebelo do lado oposto e, secundariamente, a compressão do pé do pedúnculo. Assim se explica a síndrome piramidal precoce e homolateral ao tumor, que se inicia pelo membro inferior, atingindo depois o superior e só tardiamente a face, de acordo com a disposição topográfica das fibras piramidais nessa região. Esses elementos estão muito bem documentados nas observações de Ectors e na de Groenevelde e Schaltenbrand, assim como de Kernohan e Weltman, que primeiro deram a demonstração anômica desta hemiplegia homolateral nos tumores supratentoriais. Esta síndrome é muito bem discutida pelo A., que discorda da interpretação clássica (Cruveilhier, Monakow, Kaufmann) de que seja devida à contração do córtex motor do hemisfério oposto sobre a calota craniana. Além disso, ele estabelece o diagnóstico diferencial com a hemiplegia homolateral tardia, sempre acompanhada de sinais de hipertensão intracraniana e de sinais de sofrimento do pedúnculo cerebral, devida ao edema cerebral final e engajamento de circunvoluções temporais no orifício da tenda do cerebelo. A este respeito, procura demonstrar com esquemas interessantes que os tumores da região da 3.^a frontal, e particularmente os extracerebrais, são os únicos que criam as condições propícias ao estabelecimento de hemiplegia homolateral precoce, trazendo, ainda mais, a contraprova cabal de seus pontos de vista com os resultados da extirpação do tumor em seus 3 casos e consequente desaparecimento total da sintomatologia.

A síndrome da área 8 é caracterizada por tendência preponderante ao desvio do olhar e da cabeça para o lado do tumor, paresia dos movimentos conjugados da rotação da cabeça e olhos para o lado oposto à lesão, lateropulsão, marcha em estrêla e mesmo hiperinesia automática e desordenada dos membros do lado da lesão. Baseado em dados clínicos e experimentais (ablação ou excitação da área 8 em macacos), interpreta as manifestações da lateropulsão e desvio da marcha, já anteriormente estudadas por Delmas-Marsallet, Barré, Claude, Vincent e Lhermitte, como devidas à falta de regência dos movimentos dos membros pelos movimentos da cabeça (perturbados diretamente pela lesão da área 8), no sentido dos reflexos tônicos de Magnus e Kleijn.

A síndrome piramidal contralateral, como a epilepsia, depende da ação direta do tumor sobre o córtex. A primeira decorre da extensão da compressão até a circunvolução rolândica e se apresenta por simples paresia facial central contralateral, como é classicamente admitido na síndrome dos tumores frontais em geral. A segunda, de tipo bravais-jacksoniana, se inicia por contrações da musculatura da hemiface contralateral (quando dependente da circunvolução rolândica), ou por desvio oculocefalógiro (quando proveniente do pé da 3.^a frontal). De particular, neste capítulo, é assinalada a possibilidade do estabelecimento de hemiplegia homolateral e paresia facial central contralateral, quando o tumor compromete simultaneamente as áreas 8 e 4, dando falsa impressão de hemiplegia alterna, o que pode levar a erro diagnóstico.

Em relação à síndrome mental frontal, o A. discorre em extenso capítulo, analisando casos de tumores e de lobotomias frontais (comparando-os em tabelas bem organizadas), assim como experimentações de excitação farádica de núcleos hipotalâmicos diferentes. Conclui que os distúrbios mentais propriamente devidos ao lobo frontal são dependentes do comprometimento dos 2/3 posteriores das três circunvoluções frontais e se caracterizam por diminuição da iniciativa, apatia, distúrbios da memória (particularmente da iniciativa mnésica), permanecendo a

atenção e o julgamento intactos por muito tempo, até que se instalem a obnubilação e o torpor, devidos à hipertensão intracraniana. Ao lado disso, a afetividade reflexa do indivíduo é exagerada em consequência da liberação, por parte das áreas frontais, dos centros hipotalâmicos, resultando que a expressão afetiva do paciente se apresenta com um quadro exagerado da afetividade individual pré-mórbida: tendência acentuada ao bom humor e à mória ou, pelo contrário, às reações coléricas.

A síndrome radiológica pode ser sintetizada em: adelgaçamento focal da parede craniana; hipertrofia focal da parede craniana sem invasão tumoral; dilatação das veias diplóicas dos ramos anteriores da artéria meníngea média e pertuitos ósseos; invasão tumoral do osso, com aparição de espículas, osteomas e erosões; calcificações visíveis radiologicamente. A ventriculografia mostra deslocamento dos cornos frontais dos ventrículos laterais para o lado oposto, conservando-se mediana a metade posterior do ventrículo, com abaixamento acentuado ou deformação correspondente ao tumor, do ventrículo lateral homolateral.

A síndrome do meningioma da 3.^a frontal apareceu, nos casos do autor, bem caracterizada com o quadro mental frontal, acompanhado ou não da síndrome neurológica da área 8, com hemiparesia homolateral precoce, com cefaléia frontal, com quadro de hipertensão intracraniana e baixa de visão e sobretudo com a síndrome radiológica de acentuação dos ramos colaterais anteriores da artéria meníngea média. Com esta síndrome é possível o diagnóstico de certeza, sendo mesmo desnecessária a ventriculografia prévia à craniotomia, como se deu na observação 2, a mais característica de toda a casuística apresentada. Sem dúvida alguma, trata-se de uma síndrome de alto interesse neurocirúrgico e a monografia, além da discussão da fisiopatologia de cada um de seus componentes, apresenta dissertações, por vezes extensas, sobre problemas gerais já bem conhecidos — como o das perturbações mentais frontais, as experimentações de excitação do hipotálamo provocando a falsa raiva ou a falsa angústia em animais de laboratório, os elementos radiológicos gerais dos meningiomas e outros tumores cerebrais e a anatomia patológica dos meningiomas. Extensa bibliografia sobre meningiomas e outros problemas ligados aos tumores intracranianos e um muito bem cuidado índice, completam esta bela monografia.

P. PINTO PUPO