

ANÁLISES DE REVISTAS

DADOS REFERENTES AO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO CÓRTEX CEREBRAL HUMANO
(SOME DATA CONCERNING THE GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE CEREBRAL CORTEX
IN MAN). Arch. Neurol. a. Psychiat., 64:378-384, 1950.

O A. estudou o crescimento da superfície livre ou visível do córtex cerebral, em 14 espécimes de indivíduos com idade variando de 3 semanas a 24 anos. A determinação da área em questão foi feita revestindo-a com delgadas folhas de ouro, cuja quantidade permitia, por simples cálculo, a obtenção da superfície. Verificou que a superfície livre do córtex cerebral total, cresce depois do nascimento até ao 6.º ano, com exceção do lobo frontal, que continua a expandir-se até 10 anos. O crescimento é feito entre 0 e 6 anos, em duas fases, exceção feita do lobo occipital, cujo crescimento se processa de maneira uniforme. A fase em que o crescimento é mais rápido, vai de 0 a 2 anos. A fase de crescimento mais lento vai de 2 a 6 anos. A superfície livre cortical total atinge, relativamente ao nascer, o triplo no fim do 2.º ano e o quádruplo aos 6 anos. Esta relação é, para o lobo frontal, de 3 vezes no 2.º ano e de 4 vezes no 10.º ano. O lobo temporal apresenta expansão de 30% na 1.ª fase e atinge, no 6.º ano, o triplo de superfície que tem ao nascer. O lobo parietal triplica sua superfície visível ao fim do 2.º ano e aos 6 anos torna-se 5 vezes mais extenso. O lobo occipital, entre 0 e 6 anos, aumenta de 3 a 4 vezes sua superfície livre. Em relação à superfície livre total de cada hemisfério tomado separadamente, não foram encontradas, relativamente às curvas de crescimento, diferenças apreciáveis entre um lado e outro.

O A. não faz nenhuma correlação anátomo-fisiológica de seus achados, o que é compreensível considerando-se a precariedade destes dados tomados isoladamente e ainda o fato do trabalho em questão fazer parte de uma série de pesquisas relativas ao crescimento e ao desenvolvimento do sistema nervoso.

A. SETTE JR.

AS REMISSÕES NA TORULOSE (REMISSION AS A FEATURE IN TORULOSIS). H. N. WILLARD
E H. G. WOLFF. J. Nerv. a. Ment. Dis., 112:237-239 (setembro) 1950.

Woiles e Beck, revendo a literatura e apresentando 4 novos casos, admitem que a infecção por *Torula histolytica* segue dois caminhos: a maioria dos doentes morre em 6 meses, ou então aqueles que sobrevivem ao período agudo, têm um período de vida de 2 a 4 anos.

Os autores deste trabalho apresentam o caso de um paciente que começou a notar perda de apetite, perda de energias e grande irritabilidade. Continuou trabalhando, mas, 3 meses após, entrou em confusão mental, náuseas, vômitos e dor no olho direito. Foi feito o diagnóstico de meningite linfocitária. O líquido cefalorraqueano apresentava alterações meningíticas. Melhorou consideravelmente, tendo recebido alta. Durante dois anos exerceu sua atividade, se bem que apresentasse elevação de temperatura todas as tardes. No fim desses dois anos apresentou infecção respiratória, seguida de uma cefaléia intensa e persistente, sendo que dois dias depois entrava em confusão mental, sendo novamente internado. O exame do LCR revelou quadro meningítico e a cultura do mesmo demonstrou a presença de *Torula histolytica*. A ventriculografia revelou dilatação dos ventrículos laterais. No dia seguinte prati-

cou-se a craniotomia, nada se encontrando que explicasse a hidrocefalia. O paciente faleceu algum tempo depois. A necrópsia revelou um espessamento da pia-máter na base do cérebro, e microscòpicamente foi evidenciada a *Torula histolytica* nas leptomeninges e nas paredes dos vasos. A evolução vista acima não é rara na infecção por *Torula histolytica*. Há uma fase aguda, aparecendo um quadro de meningoencefalite, havendo em seguida regressão dos sintomas, para tempos depois explodir novamente o quadro infeccioso, levando o paciente à morte.

ANTONIO BEI

MIOCARDITE NA POLIOMIELITE (MYOCARDITIS IN POLIOMIELITIS). D. M. SPAIN, V. A. BRADESS E V. PARSONNET. *Am. Heart. J.*, 40:336-344 (setembro) 1950.

Em 14 casos de poliomielite autopsiados, os autores observaram 12 vêzes um processo de miocardite, cujo estádio histopatológico coincidia intimamente com a duração da doença. A intensidade de miocardite variava de caso para caso e, num mesmo paciente, de uma área para outra. Na casuística dos autores, não foi possível determinar qualquer relação significativa entre a incidência ou o grau do comprometimento miocárdico e a idade, sexo ou tipo clínico de poliomielite. Interessante que êsses achados histopatológicos de miocardite, com exceção de um único caso, não se traduziam por sinais clínicos. Aceitam os autores a etiologia infecciosa pelo virus específico na determinação de miocardite.

R. MELARAGNO FILHO

ECLÂMPSIAS DO PUERPÉRIO OU TROMBOFLEBITES CEREBRAIS. JORGE DE REZENDE. *Fôlha Méd.*, 31:145-146 (5 outubro) 1950.

De início, o A. revê rapidamente as doutrinas mais aceitas explicativas da eclâmpsia, problema da mais alta importância em obstetrícia. Chama depois a atenção para a assim rotulada "eclâmpsia tardia do puerpério", denominação com que se designam tôdas as manifestações convulsivas que surgem nos dias ou semanas subsequentes ao parto, independentemente de sua origem e mesmo na ausência de hipertensão arterial, proteinúria e edemas. O estudo da patologia venosa do encéfalo, principalmente no puerpério, veio trazer luzes para o problema das convulsões no pós-parto. Nesses casos, as convulsões precedem o estabelecimento de déficits motores e se acompanham, regra geral, de fenômenos de hipertensão intracraniana. A síndrome infecciosa soi ser mais discreta e representada apenas por moderada hipertermia. O diagnóstico diferencial das convulsões ou hemiplegias do puerpério deve ser feito entre as tromboflebitis cerebrais, tumores cerebrais e meningoencefalites. O prognóstico das tromboflebitis cerebrais melhorou extraordinariamente com os recursos terapêuticos modernos.

R. MELARAGNO FILHO

NEURITE ÓPTICA RETROBULBAR E OSTEOMA DO SEIO FRONTAL (NÉVRITE OPTIQUE RÉTROBULBAIRE ET OSTÉOME DU SINUS FRONTAL). M. BERGER. *Rev. d'Oto-Neuro-Ophthalmol.*, 22:523-528 (agosto-setembro) 1950.

Com freqüência, a neurite óptica retrobulbar é conseqüente a alterações dos seios paranasais posteriores (etmóide posterior e seio esfenoidal). No entanto, é excepcional que uma neurite ótica retrobulbar traduza diretamente uma perturbação não inflamatória do seio frontal. Desta natureza é o caso registrado por Berger, corres-

pondente a um homem de 52 anos, com neurite ótica retrobulbar esquerda, no qual as radiografias demonstraram um osteoma do seio frontal, com integridade de todos os demais seios. Após a intervenção cirúrgica, houve melhoria rápida da acuidade visual, embora o aspecto atrófico do olho afetado não houvesse sofrido grandes modificações. Estuda Berger a frequência e o mecanismo com que inflamações dos seios nasais posteriores provocam neurites retrobulbares. No caso registrado, o autor atribui a patogenia das alterações oculares à disposição anatômica particular do seio frontal de seu paciente, que apresentava um recesso profundo da parede orbitária súpero-interna, cuja extremidade era contígua ao canal óptico, o que estabelecia relações diretas e íntimas entre a mucosa sinusal e o nervo óptico com sua bainha meníngea.

R. MELARAGNO FILHO

MANIFESTAÇÕES RADIOLÓGICAS DOS NEURINOMAS DO ACÚSTICO (THE ROENTGENOLOGIC MANIFESTATIONS OF ACOUSTIC NEURINOMA). B. S. EPSTEIN. *Am. J. Roentgenol.*, **64**: 265-276 (agosto) 1950.

Os aspectos radiológicos dos tumores do nervo acústico têm sido algo descuidados em virtude da relativa facilidade de seu diagnóstico clínico. Usualmente, esses tumores nascem dentro do canal auditivo, a partir do tecido conjuntivo perineural ou endoneural da porção vestibular e, menos frequentemente, da parte coclear do 8.º par craniano. Quando o tumor se desenvolve principalmente dentro do canal auditivo, a ponta do rochedo torna-se descalcificada e o meato auditivo interno aumenta de dimensões. Se o crescimento da neoplasia se processar fora do canal auditivo, a principal sintomatologia será devida ao comprometimento de outros nervos cranianos e do tronco do encéfalo, enquanto que as manifestações radiológicas serão escassas. No presente trabalho, Epstein se baseia em acurado estudo röntgenológico de 21 casos comprovados de neurinomas do acústico, dos quais 7 também com contraste pelo ar. As radiografias simples que maiores elementos fornecem para o diagnóstico de neurinomas do acústico são aquelas tomadas na incidência de Towne e pela projeção do ápice das pirâmides através das órbitas. Informações positivas podem ser, então, fornecidas em 30% dos casos. Raramente se verificam deslocamento da pineal e sinais radiológicos de hipertensão intracraniana. Na série do autor, observou-se, em dois casos, pela incidência de Towne, a erosão do processo clinóideo posterior ipsilateral. Igualmente, a incidência de Stenvers, tomada em 15 pacientes, apenas demonstrou alterações em dois casos.

Diversas alterações pneumencefalográficas foram registradas. Em primeiro lugar, contrastando com a falta de sinais radiológicos de hipertensão intracraniana às radiografias simples, verifica-se constante dilatação, simétrica, dos ventrículos laterais. Muito mais raramente, observam-se elevação e distorção dos cornos temporal e occipital do mesmo lado, assim como impressões no atrium. Nas radiografias de perfil, nota-se, com bastante frequência, dilatação do terceiro ventrículo, com aumento de sua base. Em algumas vezes, pode-se observar deslocamento lateral desse ventrículo, ou impressões na sua face pótero-inferior determinadas pela protusão de baixo para cima através da cissura da tenda. O estudo do aqueduto de Sylvius demonstra, com relativa frequência, deslocamentos para trás e para o lado oposto; eventualmente, aparecem sinais de bloqueio completo em sua porção superior ou de torção do aqueduto, com diminuição do seu calibre. O quarto ventrículo pode estar deslocado lateralmente, para trás, ou torcido sobre seu próprio eixo. Seu pavimento pode permanecer chato ou apresentar convexidade dorsal. A cisterna posterior em geral fica normal; outras vezes, torna-se mais estreitada. Algumas vezes, também as radiografias contrastadas podem ser totalmente normais.

R. MELARAGNO FILHO

RELAÇÃO ENTRE BRUCELOSE E ESCLEROSE EM PLACAS (RELATION OF BRUCELOSIS AND MULTIPLE SCLEROSIS). C. G. SPICKNALL, L. T. KURLAND, B. N. CARLE E L. L. THERRY. J. A. M. A., 143:1470-1473 (agosto 26) 1950.

BRUCELOSE E ESCLEROSE EM PLACAS (BRUCELOSIS AND MULTIPLE SCLEROSIS). C. WESLEY EISELE, N. B. MC CULLOUGH E G. A. BEAL. J. A. M. A., 143:1473-1474 (agosto 26) 1950.

Em 1948, Kyger e Haden sugeriram possível relação entre a brucelose e a esclerose múltipla, baseados na positividade da intradermo-reação com o antígeno da brucela em 115 dos 118 pacientes com esclerose múltipla estudados na Cleveland Clinic. Spicknall e col. praticaram a intradermo-reação para brucelose em 20 doentes com esclerose em placas. Em estudo comparativo com 20 testemunhos, o número de reações positivas para os antígenos da brucela e dos títulos de aglutinação positiva não revelou diferenças sensíveis em ambos os grupos. Essas conclusões são corroboradas por Eisele e col. que, seguindo a mesma ordem de idéias, praticaram, em 62 pacientes de esclerose múltipla, provas de aglutinação para brucelose, provas opsonocitofágicas e testes cutâneos brucelígenos. Os resultados demonstraram não haver respostas imunológicas ou alérgicas significativas para a brucela. A incidência de resultados positivos foi mesmo inferior à verificada nos testemunhos.

R. MELARAGNO FILHO

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA DA TRANSIÇÃO OCCÍPITO-VERTEBRAL. ESTUDO ANATOMO-CLÍNICO DE UM CASO DE OCCIPITALIZAÇÃO DO ATLAS COM PLATIBASIA (MALFORMATION CONGÉNITALE DE LA CHARNIÈRE OCCIPITO-VERTÉBRALE. ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE D'UN CAS D'OCCIPITALISATION DE L'ATLAS AVEC PLATYBASIE). A. RICARD, P. F. GIRARD, J. L. BONNET E R. REPLUMAZ. Lyon Chir., 44:679-692 (novembro - dezembro) 1949.

O sistema formado pelo occipital, atlas e áxis, com as respectivas articulações, pode ser sede de numerosas anomalias: estas podem afetar qualquer desses elementos, sem interessar propriamente à transição vértebro-craniana e, nesses casos, não são consideradas no presente trabalho. Estudam os AA. três ordens de anomalias: 1) as fusões totais ou parciais de duas ou três peças ósseas da charneira, cujo tipo mais freqüente é a assimilação ou occipitalização do atlas; 2) as deformações do orifício occipital, cujo tipo mais clássico é representado pela invaginação do orifício occipital no interior da fossa craniana posterior (impressão basilar); esta se acompanha habitualmente de angustamento do orifício occipital e, quando assimétrica e desigual, de deformação desse orifício; 3) os deslocamentos atlóido-axoidianos, em que o corpo do áxis deslisa para a frente, acarretando a bácia para trás da apófise odontóide, cujo ápice ameaça a parte inferior do tronco cerebral. Desaparecem as facetas articulares entre o atlas e o dente do áxis, e os ligamentos que normalmente mantêm no lugar a apófise odontóide são substituídos por tecido fibroso.

Essas diferentes malformações podem-se associar entre si e com outros tipos de anomalias, ósseas ou do neuro-eixo. Na maioria dos casos, existe compressão do bulbo e da medula, devido, quer ao angustamento do orifício occipital, quer à saliência insólita da apófise odontóide, quer ao engastamento das amígdalas cerebelares. Excepcionalmente, as anomalias em estudo podem reconhecer outra etiologia que não a congênita e disgênica.

Semiologicamente, essas anomalias se caracterizam pelo encurtamento do pescoço (principalmente se se associa com a moléstia de Klippel-Feil) e pela limitação de sua mobilidade. O início da sintomatologia neurológica pode ser tardio; em geral, é lento e insidioso, seguindo ou não a um traumatismo. O quadro clínico pode con-

sistir em sinais cerebelares, nistagmo, sinais piramidais, paralisia de nervos cranianos inferiores e nervos cervicais altos e, por vezes, em hipertensão intracraniana. Distúrbios da sensibilidade objetiva são verificados em mais raras vezes.

A punção lombar mostra, habitualmente, ligeira dissociação albumino-citológica e bloqueio parcial; a mielografia deve ser feita em mesa basculante e vem comprovar esse bloqueio do orifício occipital; o lipiodol consegue passar na frente do bulbo, mas a parada é completa na sua parte posterior. O estudo radiológico é o único método semiológico seguro para confirmar o diagnóstico, devendo-se usar de incidências especiais dos raios para avaliar o estado das articulações atlo-occipital e atlo-axoidiana.

O caso apresentado pelos AA., com impressão basilar característica, foi operado e o pós-operatório decorria normalmente, sem qualquer sinal de sofrimento bulbar, quando, após 48 horas, o doente faleceu sem razão aparente. Revendo a literatura, em 25 casos operados, a mortalidade foi de 36% e, em todos os casos fatais, as circunstâncias da morte foram idênticas às do paciente estudado pelos presentes autores. Para estes, o verdadeiro perigo da intervenção parece ser o deslocamento da articulação atlo-axoidiana; a retirada dos arcos posteriores do atlas e do eixo facilita o deslizamento para a frente do eixo, com conseqüente báscula para trás da apófise odontóide e compressão do bulbo. Propõem, então, sólida fixação do occipital com a apófise espinhosa do eixo ou da terceira vértebra cervical.

R. MELARAGNO FILHO

DIASTEMATOMIELIA (DIASTEMATOMYELIA). E. B. D. NEUHAUSER, M. H. WITENBORG e K. DEHLINGER. *Radiology*, 54:659-664 (maio) 1950.

A diastematomielia, malformação congênita geralmente associada com desenvolvimento anormal das vértebras, foi caracterizada radiologicamente pelos AA. Os espondilogramas mostram, ao nível da diastematomielia, alargamento fusiforme dos espaços interpedunculares e do canal raqueano, alargamento êsse que se estende por 3 ou 6 segmentos adjacentes. Em muitos casos havia um esporão ósseo ou fibrocartilaginoso no centro do canal espinhal alargado, o qual foi visualizado nas incidências sagitais, apresentando-se como um pequeno fragmento ósseo linear, de contornos irregulares, com cêrca de 10 a 15 mm de comprimento. Raramente êsse septo ósseo é visualizado nas radiografias de perfil. Várias outras anomalias podem existir nos corpos e arcos vertebrais, principalmente nas proximidades da malformação: vértebras não segmentadas ou hipoplásticas, com diminuição do espaço intervertebral determinando cifose ou escoliose; dupla hemivértebra; arcos vertebrais atípicos; fusão anormal das lâminas e espinha bífida.

A mielografia mostra que, geralmente, associado com a espícula óssea há um tecido fibroso ou fibrocartilaginoso alargando o septo e aderências aracnóideas determinando modificações na coluna de Pantopaque. O próprio septo determina um defeito de enchimento arredondado ou irregular na parte central da coluna opaca. Quando o esporão ósseo não está presente, é indicada a prática de mielografia para o diagnóstico da malformação, em pacientes que apresentam alargamento do canal raquiano, associado com desenvolvimento anormal das vértebras. Com o aumento da idade, o diagnóstico se torna mais difícil pela radiografia simples e mesmo pela mielografia, em virtude das condições anormais da coluna que se associam à diastematomielia e que determinam cifoscoliose, dificultando a visibilidade do defeito. O diagnóstico diferencial é feito, principalmente, com os tumores medulares.

O septo ósseo ou fibrocartilaginoso passando através da medula ou da cauda equina, fixa êsse segmento em uma posição anatômica baixa, impedindo a sua ascensão normal durante o crescimento da coluna óssea, produzindo tração sobre a medula, do que resultam distúrbios neurológicos, como a síndrome de Arnold-Chiari e

hidrocéfalo. A diastematomyelia é mais freqüente na região lombar, tendo sido, porém, observada na 7.^a dorsal. Clinicamente, tem sido observado comprometimento da inervação dos membros inferiores e distúrbios esfintéricos. Ao nascimento pode haver defeito cutâneo, lembrando a espinha bífida, mas nenhuma anomalia se verifica, geralmente, nessa época. Posteriormente, há retardo da deambulação e o exame poderá então mostrar déficit em uma ou nas duas pernas; atrofia das extremidades e pé cavo são freqüentemente observados.

Na revisão da literatura, Herren e Edwards coligiram 42 casos, que eles consideraram como verdadeiros, de diplomielia. Desde então foram observados mais 9 casos. Maxwell e Bucy verificaram que somente 4 dos casos relatados, foram diagnosticados antes da autópsia.

CELSE PEREIRA DA SILVA

DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA DO ENCÉFALO NO CANAL RAQUEANO — DEFORMIDADE DE ARNOLD-CHIARI — PELA MIELOGRAFIA COM PANTOPAQUE (ROENTGEN DIAGNOSIS OF HERNIATION OF THE BRAIN INTO THE SPINAL CANAL — ARNOLD-CHIARI DEFORMITY — BY PANTOPAQUE MYELOGRAPHY). J. R. LEWIN, H. T. WYCIS, B. R. YOUNG. *Radiology*, 54:591-594 (abril) 1950.

A deformidade de Arnold-Chiari, quando acompanhada de anomalias ósseas da fossa craniana posterior e da coluna cervical alta, como ocorre na maioria das vezes, pode ser diagnosticada pela radiografia simples dessas regiões. Casos há, porém, em que a deformidade se apresenta desacompanhada dessas anomalias esqueléticas, tornando difícil o diagnóstico, pois o quadro clínico que ela determina é susceptível de ser confundido com processos que afetam o cerebelo, a ponte e a medula cervical alta. Daí a importância que adquire qualquer meio de exame que contribua para fazer o diagnóstico diferencial.

Os AA., no presente trabalho, trazem uma contribuição nesse sentido. Eles se serviram da mielografia como meio auxiliar de diagnóstico em dois casos de deformidade de Arnold-Chiari. É verdade que, nos casos por eles estudados, a deformidade se apresentava associada com uma série de outras anomalias da base do crânio e da coluna cervical alta, que permitiam o seu diagnóstico pela radiografia simples. A mielografia trouxe, porém, uma contribuição categórica para a posição do diagnóstico. Tratava-se de um paciente com queixa de dor no pescoço irradiando-se para o vertex e para os ombros, acompanhada de sensação de adormecimento nos dedos e membros inferiores. O esforço da tosse aumentava a sensação de desconforto occipital; depois surgiram dificuldades respiratórias e de deglutição. Não havia história recente de trauma. Apresentava marcha escarvante, anestesia em toda a região occipital, hiperreflexia profunda à direita e nistagmo horizontal; liquor claro, com pressão de 80 mm de água; proteínas 110 mg por 100 cm³. Ausência de bloqueio parcial ou total. A radiografia simples revelou impressão basilar, associada com múltiplas anomalias de desenvolvimento da coluna cervical superior. A mielografia com Pantopaque evidenciou bloqueio parcial ao nível das vértebras cervicais anormais. Esse bloqueio era determinado por uma formação com bordo inferior lobulado, tendo uma incisura central. Foi então confirmado o diagnóstico de deformidade de Arnold-Chiari. Na operação foi verificada a existência de pequenos vestígios de tonsilas cerebelares projetadas, através do buraco occipital, ao nível dos corpos fundidos de C₂ e C₃. As raízes cervicais a esse nível estavam comprimidas e deslocadas para baixo, juntamente com as tonsilas herniadas. Essas raízes foram seccionadas bilateralmente e as tonsilas, ressecadas. A anatomia patológica revelou, nas tonsilas, esclerose das meninges, não havendo modificações parenquimatosas. Pós-operatório normal, restando anestesia na zona de distribuição de C₂. O segundo caso sobrepõe-se a esse.

CELSE PEREIRA DA SILVA

TRATAMENTO DOS TUMORES DA PINEAL. RESULTADOS EM 22 casos (TREATMENT OF TUMOURS OF THE PINEAL BODY. EXPERIENCE IN A SERIE OF TWENTY-TWO CASES). G. HORRAX. Arch. Neurol. e Psychiat., 64:227 (agosto) 1950.

O diagnóstico e o tratamento dos tumores da pineal são discutidos pelo A., num estudo de 22 casos. Em 13, o diagnóstico foi confirmado por operação ou necropsopia; nos outros, pela combinação de sinais neurológicos e ventriculográficos. Os primeiros são: cefaléia, vômitos, perturbação visual, ocasionalmente sinais cerebelares e, às vezes, diabete insípido. Puberdade precoce é um quadro que aparece nos tumores da pineal nos meninos, mas não é constante. Um dos sinais mais característicos é a síndrome de Parinaud e a abolição do reflexo fotomotor, com acuidade visual praticamente normal. O diagnóstico ventriculográfico é feito pela dilatação dos ventrículos laterais e parte anterior do III ventrículo e falha de enchimento na parte posterior do mesmo.

O melhor tratamento é a craniectomia descompressiva temporal combinada à radioterapia. Se a radioterapia não surtir efeito, deve-se tentar a extirpação, apesar da mortalidade ser elevada. A via de eleição é a secção do corpo caloso, após afastamento ou mesmo ressecção de um dos lobos occipitais. De 22 doentes operados só 3 tiveram sobrevida de 3 a 10 anos. Em 12 pacientes foi feita descompressão ou biópsia apenas e, destes, 4 morreram no 1.º ano. Um tinha sido operado apenas há 3 meses e os demais tinham sobrevida de 2 a 15 anos. O autor não faz referência à ventriculocisternostomia de Torkildsen, que parece substituir com vantagem a craniectomia descompressiva nos casos de tumores da glândula pineal.

P. MANGABEIRA ALBERNAZ FILHO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DO NERVO ÓPTICO; REGISTRO DE UM CASO. (SURGICAL TREATMENT OF TUMORS OF THE OPTIC NERVE:: REPORT OF A CASE). P. C. BUCY; J. R. RUSSEL; F. M. WHITSELL. Arch. Ophthalmol., 44:411-418 (setembro) 1950.

Os AA., num breve resumo, apresentam os caracteres clínicos e anátomo-patológicos dos tumores do nervo óptico, revelando alguns dados interessantes, tais como a possibilidade de haver tumor sem existir edema de papila, queda acentuada da acuidade visual, alterações do buraco óptico, sinais de atrofia óptica; pode haver alterações campimétricas próprias da zona quiasmática quando o tumor chega até aí. Dois dos tumores são gliomas, e os restantes, quase todos, meningiomas.

Apresentam as desvantagens da via orbitária, tão a gosto dos oftalmologistas, desvantagens estas que podem ser resumidas no seguinte: nela não há exposição da porção do nervo óptico situada no buraco óptico e da intracraniana, limitando assim o campo operatório, o que não deixa de ser importante, pois, na bibliografia que apresentam, mostram que tumores extirpados somente na região intra-orbitária, posteriormente comprometeram as outras porções, principalmente a intracraniana. Este fato é comum, pois a evolução dos tumores do nervo óptico quase sempre é lenta, e a simples enucleação do globo ocular com a parte tumoral desta porção, mascara, às vezes por anos, o crescimento da porção intracraniana. A via transfrontal elimina estes inconvenientes, já que expõe abertamente o nervo óptico em tôdas suas porções, inclusive a quiasmática, permitindo a extirpação do tumor e o contróle anátomo-patológico, pela extirpação de porções do nervo limítrofe com o tumor. Por fim, apresentam um caso concreto no qual esta via foi usada, documentando com o exame anátomo-patológico da peça tumoral. Terminam dizendo que não se pode excluir a cooperação do oftalmologista, sendo necessária a sua atuação num segundo tempo para a enucleação do globo ocular.

H. B. DINIZ

CIRURGIA DA MOLÉSTIA DE PARKINSON: SECÇÃO COMPLETA DO CORDÃO LATERAL DA MEDULA PARA O TREMOR (SURGERY IN PARKINSON'S DISEASE: COMPLETE SECTION OF LATERAL COLUMN OF THE SPINAL CORD FOR TREMOR). O. C. LESLIE. *Lancet*, **6610:847** (6 maio) 1950.

Com a experiência de 79 cordotomias para tratamento de tremor parkinsoniano o autor chega à conclusão que os melhores resultados são obtidos com seleção cuidadosa dos casos e secção completa do cordão lateral ao nível de C₇. A observação de que, nos casos operados segundo a técnica de Putnam, os resultados eram melhores quando havia sinais do feixe espinotalâmico lateral ter sido atingido, levou o autor a realizar a presente operação.

As condições para o paciente ser submetido a este tratamento são: 1) parkinsonismo rigorosamente unilateral; 2) estado mental do paciente (avaliar se o paciente está em condições de se beneficiar com uma melhora apenas do tremor ou se a anestesia termalgésica decorrente da operação não vai incomodá-lo mais que o tremor). A secção da medula é feita a partir da emergência de uma raiz posterior, dirigindo-se para a frente e para dentro num ângulo de 45° até o meio da medula e então o corte é continuado até a emergência de uma raiz anterior. Fica assim seccionado todo o cordão lateral. No pós-operatório há hemiplegia temporária, hemitermanalgésia definitiva e síndrome de Claude Bernard Horner, que melhora depois. O tremor desaparece completamente no pós-operatório imediato. Ao regressir a hemiplegia, pode aparecer um leve tremor quando o paciente é excitado de maneira fora do comum. Este tipo de operação foi feito em 18 pacientes. Como complicação, o A. cita retenção urinária transitória, acrocianose e parestesias.

PAULO MANGABEIRA ALBERNAZ

SECÇÃO DO CORPO CALOSO NA EPILEPSIA EXPERIMENTAL NO MACACO (SECTION OF CORPUS CALLOSUM IN EXPERIMENTAL EPILEPSY IN THE MONKEY). N. KOPELOFF, M. KENNARD, B. PACELLA E L. M. KOPELOFF. *Arch. Neurol. a. Psychiat.*, **63:719-27** (maio) 1950.

O papel da via comissural do corpo caloso na transmissão da descarga epiléptica entre um e outro hemisfério cerebral tem sido estudado experimentalmente desde 1940, com alguns resultados aparentemente discordantes. Assim é que Van Wagenen e Herren (1940) em pacientes epilépticos, Ericsson (1940) em macacos submetidos a excitação elétrica cortical, Curtiss (1940) em gatos e macacos submetidos a droga convulsivante, concluíram que a secção do corpo caloso impede a difusão do estímulo para áreas do hemisfério oposto e, portanto, mantém a crise epiléptica unilateral. Já Obrador Alcade (1942) em gatos, usando também o estímulo elétrico para produzir a convulsão, concluiu que a secção do corpo caloso não modifica o caráter fundamental da crise e que essa via comissural não é essencial na transmissão do ataque epiléptico, assim como Hoefer e Pool (1943), em gatos e macacos, opinam também que as descargas corticais durante a anestesia barbitúrica persistem iguais, mesmo com secção do corpo caloso. Os AA., em trabalho anterior (1942, 1947), já mostraram que o óxido de alumínio colocado sobre o córtex provoca foco epileptógeno, clínica e eletrencefalograficamente comprovado, cuja descarga, de início local, se difunde para as vizinhanças e é conduzida para áreas do hemisfério oposto.

No presente trabalho mostram o efeito da secção do corpo caloso em: a) 4 macacos em que convulsões bilaterais já tinham sido estabelecidas anteriormente; b) 3 macacos cuja secção do corpo caloso tenha sido feita antes da aplicação do óxido de alumínio e, portanto, do estabelecimento da epilepsia experimental. Verificaram restrição da crise convulsiva à metade contralateral do corpo do animal; maior intensidade do ataque e maior facilidade em desencadeá-lo, unilateralmente, não mais repercussão para o hemisfério oposto das descargas epilépticas (ondas lentas de ele-

vado potencial, ondas "sharp") no eletrencefalograma. Num caso em que persistiu algo dessa repercussão, a secção do corpo caloso não havia sido completa (verificação anatômica de todos os casos). A secção do corpo caloso não modificou o EEG normal nos 3 macacos em que tais exames foram feitos antes da epilepsia provocada.

Com êsses resultados, os AA. concluem que a secção do corpo caloso impede a condução do impulso epiléptico do córtex de um hemisfério para o do oposto, e que nesses casos o ataque torna-se muito mais facilmente desencadeável por estímulos externos no hemisfério doente, fato êste talvez explicável pela falta de "ação inibidora" das áreas contralaterais.

P. PINTO PUPO

A MESANTOÍNA NA EPILEPSIA (MESANTOIN EPILEPSY). N. A. BERCEL, B. FINESILVER, P. SOLOMON, E. SOMERFELD ZISKIND E E. ZISKIND. J. A. M. A., 143:1460-1462 (agosto 26) 1950.

Apesar de algumas complicações tóxicas terem sido registradas, o valor terapêutico da mesantoína (3-metil-5, 5-feniletíl-hidantoína) foi reconhecido em diversas publicações. Neste trabalho, seus autores determinaram os tipos de ataques mais sensíveis ao emprêgo da mesantoína e sugerem medidas a fim de evitar quanto possível suas complicações. Administraram a droga em 80 pacientes, durante um período de dois anos; dêsses doentes, 8 perderam-se de vista. Todos êsses pacientes foram minuciosamente examinados e as provas paraclínicas indicadas foram praticadas. Em 63 casos, a etiologia não pôde ser reconhecida. Dos casos sintomáticos, 11 eram traumáticos, 4 encefalíticos e 2 neoplásticos. Do total, 32 pacientes receberam mesantoína apenas, em dose média de 6 cápsulas de 0,10 g por dia. Os outros 48 receberam medicação associada, sendo então a dose de mesantoína de apenas 4 cápsulas diárias. Verificaram controle completo das crises em 5 pacientes com acessos bravaís-jacksonianos. A redução mensal da incidência do ataque de grande mal foi 77% maior que a correspondente aos tratamentos prévios. O número total de acessos mensais do pequeno mal reduziu-se de 65%, sendo percentualmente maior nos casos de associação com o grande mal. As crises psicomotoras isoladas pioraram com o emprêgo da mesantoína, enquanto que as formas combinadas com outros tipos de ataques sofreram redução de 62%. Em alguns casos em que os sintomas tóxicos obrigaram a interrupção de medicações anteriores, o uso da mesantoína foi tolerado e eficiente. Efeitos tóxicos podem ocorrer com a mesantoína, particularmente quando empregada além do limiar da tolerância ou quando associada a fortes medicações anticonvulsivas; dêsses efeitos, os mais sérios incidem sôbre o quadro hematológico. A administração gradual da droga, com muitas probabilidades reduz as complicações tóxicas. Os AA. recomendam tentar a terapêutica isolada pela mesantoína, a fim de comparar seu valor em relação aos anticonvulsivantes mais antigos.

R. MELARAGNO FILHO

CONTRIBUIÇÃO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (CONTRIBUCIÓN AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA EPILEPSIA). An. Inst. Neurol., 8:7-50, 1949.

A terapêutica cirúrgica da epilepsia, pela extirpação do foco cortical clínica e eletrencefalograficamente diagnosticado e com ajuda da eletrocorticografia, ao que

saibamos pela primeira vez feita na América do Sul, constitui o motivo central do presente trabalho.

Ele se baseia em 13 casos, cujos estudos clínico, radiológico (craniograma, arteriograma) e eletrencefalográfico foram completos e que, como falhasse a terapêutica medicamentosa, foram levados à mesa cirúrgica. Aí usaram a técnica do estudo do foco epileptógeno por meio da ECG, baixando a intensidade da anestesia barbitúrica ao invés de fazer excitações elétricas corticais, para a sua evidenciação; as vantagens deste método são defendidas. De seus casos — os primeiros que assim operam e, portanto, material clinicamente não favorável (casos com focos muito antigos, casos com focos múltiplos) — conseguiram êxito terapêutico em 3 pela extirpação do foco e em 1 pela ligadura da carótida interna (caso de malformação vascular cerebral). Chama a atenção o fato de que, em seu material eletrencefalograficamente estudado (114 casos), foi demonstrada lesão focal cerebral em 64, alterações generalizadas em 35 e em 16 o EEG foi normal. De 24 casos clinicamente diagnosticados como focais foi possível evidenciar eletrencefalograficamente o foco em 21 (87,5%) dos casos.

Além deste assunto, o trabalho compreende uma revisão extensa das malformações vasculares encefálicas, com apresentação de 11 casos próprios, para cujo diagnóstico usam com êxito a arteriografia cerebral rotineiramente, e uma apresentação de 38 casos de cisto hidático cerebral, nos quais só havia crises convulsivas em 4.

P. PINTO PUPO

EXPERIÊNCIAS COM AS LOBOTOMIAS PRÉ-FRONTAIS UNILATERAIS PARA ALÍVIO DA DOR (EXPERIENCES WITH UNILATERAL PREFRONTAL LOBOTOMIES FOR PAIN). S. N. ROWE E J. B. MOYAR. J. Neurosurg., 7:121-126, 1950.

Baseados na experiência de 16 casos de dores incuráveis tratados pela leucotomia pré-frontal, os AA. chegam às seguintes conclusões: 1. É possível, em tais casos, a obtenção de alívio satisfatório e duradouro com a intervenção unilateral; 2. Os pacientes foram operados pela via de acesso superior, sendo que para a obtenção de resultados duradouros é preciso que a secção abranja a parte lateral do quadrante superior, sob pena dos resultados serem pouco acentuados ou transitórios, reaparecendo as dores. Estas, em todos os casos cederam a uma segunda intervenção neurocirúrgica, inclusive a leucotomia do outro lado; 3. A operação em posição sentada, com o fim de diminuir a hemorragia e o edema cerebral, pode ter resultados funestos durante a própria operação, como sucedeu no 1.º caso da série, em um paciente em mau estado geral, que faleceu aparentemente de anoxemia cerebral. 4. No pós-operatório observaram embotamento intelectual e afetivo, perda da inibição e dissociação entre ansiedade e dor. Estas alterações duraram de 1 semana a 10 dias e seu desaparecimento em alguns casos coincidia com o reaparecimento da dor. 5. Nos viciados com a morfina, a supressão brusca do tóxico não causou sintomas de supressão, a necessidade do seu emprêgo retornando com a recidiva das dores. 6. Os testes mentais mostraram não haver alterações psíquicas apreciáveis entre o pré e o pós-operatório. 7. Esta vantagem, aliada à benignidade do prognóstico neurocirúrgico da leucotomia unilateral, mesmo em pacientes debilitados, torna aconselhável o uso da operação unilateral como norma de conduta em casos de dores incuráveis. Os resultados pouco satisfatórios podem ser completados por outra operação do lobo pré-frontal oposto.

A. SETTE JR.

OBSERVAÇÕES SÔBRE A ETIOLOGIA E O TRATAMENTO DA SÍNDROME DE MENIÈRE. (OBSERVATIONS ON THE ETIOLOGY AND TREATMENT OF MENIÈRE'S SYNDROME). M. ATKINSON. J. A. M. A., 116:1753 (abril) 1941.

Segundo o A., a síndrome de Menière é o resultado de um distúrbio vasomotor, devido a causa alérgica ou vasospástica. Os pacientes são classificados em alérgicos e vasoconstritores, pelo teste da histamina, que consiste em injetar 0,01 mg de cloridrato de histamina intradérmica e medir o tempo de aparecimento e desaparecimento, assim como as dimensões do eritema e pápula.

A hipótese de vasospasmo e vasodilatação ao nível das estrias vasculares (órgão de Corti), não vem dar explicação cabal ao problema de Menière, mas esclarece alguns fatos. Como características clínicas dos dois grupos de pacientes há o seguinte: *grupo alérgico* — teste da histamina positivo, diminuição da sensibilidade labiríntica, hipoacusia tipo condução, idade jovem (30 anos), tinnitus leve; crise precedida por mal-estar e caracterizada por piora do tinnitus e hipoacusia, seguida por náuseas e vômitos, e depois melhora dos sintomas cocleares; *grupo vasospástico* — teste da histamina negativo; hipersensibilidade vestibular no início e hipossensibilidade a seguir; audiograma tipo percepção ou misto. Há aqui dois subgrupos: a) doentes de idade média, com crises em série, separadas por longos intervalos, e sujeitos a perturbações vasculares (coronárias e artérias das pernas) e perturbações abdominais; b) pacientes mais idosos, com presbiacusia, tinnitus e crises vertiginosas que vão diminuindo de intensidade junto com a audição.

O tratamento no grupo alérgico consiste em remover o alergeno ou dessensibilizar o paciente, especificamente ou pela histamina em pequenas doses, progressivas e lentas. A cura dos sintomas, principalmente da hipoacusia e do tinnitus, depende da intensidade das lesões labirínticas. Os pacientes do grupo vasospástico obtêm bons resultados com o ácido nicotínico e a tiamina, de acordo com os seguintes princípios: 1) via oral para uns, parenteral para outros; 2) início parenteral; 3) nos indivíduos jovens e de meia idade, o ácido nicotínico é o medicamento ativo; 4) nos idosos, a ação sedativa da tiamina é o mais importante; 5) paciência e perseverança do médico e doente; 6) dieta hiperproteica e hipervitamínica; proibir o cigarro. O tratamento por via oral é mantido longo tempo, no mínimo seis meses. O ácido nicotínico é vasodilatador dos pequenos vasos e capilares; a histamina em pequenas doses é dessensibilizante e antialérgica; em grandes doses, é vasodilatadora e age nas crises agudas de vasoconstrição. Daí, a necessidade do teste histamínico intradérmico, e a escolha da técnica terapêutica. Em 19 casos de síndrome de Menière o A. obteve 17 resultados bons com esta orientação terapêutica, sem modificar a ingestão de líquidos e de sais de potássio e de sódio.

ANTONIO CORRÊA

SÍNDROME DE MENIÈRE; NOVA DROGA PARA CONTRÔLE DA CRISE AGUDA (MENIÈRE'S SYNDROME; A NEW DRUG FOR CONTROL OF THE ACUTE ATTACK). M. ATKINSON. Arch. Otolaryngol., 51:312-315, março 1950.

O composto ácido 5-etil-5, 2-metilalil-2-tiobarbitúrico (V-12 ou Mosidal dos Abbot Laboratories) parece controlar as crises vertiginosas da síndrome de Menière e foi investigado pelo A. Foi utilizado o produto em 38 pacientes com crises vertiginosas de posição, em que a manifestação é gradual, mais longa, com náusea sem vômitos, sem rotação e muitas vezes iniciada por mudança de posição. Dose: cápsulas de

200 e 150 mg mais bromidrato de escopolamina (0,3 mg; tomar 1 cápsula de V-12 no início da crise; não melhorando, tomar 2.^a cápsula daí a 30 minutos e, se necessário, 3.^a cápsula depois de uma hora). Quando não foi obtida cura total, na nova crise foi utilizada V-12 mais escopolamina; e quando o resultado não foi satisfatório, foi utilizada V-12 mais 50 mg de riboflavina.

Em 21 de 32 pacientes houve completa cura em mais de 60 crises vertiginosas. A associação com escopolamina não modificou o resultado para melhor. A associação com riboflavina determinou acentuada melhora ou cura em 9 dos 11 casos não satisfatórios com V-12 isolado; 6 outros casos obtiveram cura completa da crise. Sono-lência foi verificado em 2 casos, e 1 deles teve que abandonar o tratamento. A injeção intravenosa determinou completa melhora de 5 crises com náuseas e vômitos, e melhora parcial em 4, provocando narcose curta, de 5 a 15 minutos.

ANTONIO CORRÊA

A HISTAMINA NO TRATAMENTO DE CERTOS TIPOS DE CEFALÉIA E VERTIGEM SUBSEQÜENTES À OPERAÇÃO DE FENESTRAÇÃO (HISTAMINE IN TREATMENT OF CERTAIN TYPES OF HEADACHE VERTIGO FOLLOWING THE FENESTRATION OPERATION). G. E. SHAMBAUGH. Arch. Otolaryngol., 51:781-785 (junho) 1950.

O A. tem usado com bons resultados, na cefaléia histamínica ou vascular, a histaminoterapia pela técnica de Hansel, em doses mínimas, uma ou duas vezes por semana, suplementada usualmente por gôtas de solução muito diluída sob a língua, duas vezes por dia.

Em doentes operados de fenestração labiríntica, meses ou mesmo anos após, pode aparecer uma série de sintomas isolados ou agrupados, consistindo de tinnitus pulsátil ou brusco, com sensação de pressão no ouvido operado; vertigem ligeira nos movimentos rápidos; queda de audição no ouvido operado e cefaléia ou dor auricular. Estes sintomas, contínuos ou com remissões, não são acompanhados por alterações patológicas à otoscopia. A histaminoterapia pela técnica de Hansel frequentemente melhora ou cura estes sintomas; assim, em 370 casos bem controlados, o A. obteve 61% de melhoras ou curas, imediatamente ou dentro de alguns dias. A dose efetiva variou entre 0,1 ml da diluição de 1:1 milhão e 0,1 ml de 1:1 bilhão. Como regra, nota-se efeito na primeira injeção; as gôtas sublinguais parecem prevenir recorrências sintomáticas. Em alguns pacientes a histaminoterapia não tem o mesmo valor, em novas recorrências.

A síndrome apresentada pelos pacientes lembra o complexo sintomático de Ménière, e provavelmente será também uma hidropisia labiríntica, por possível sensibilização local dos tecidos à histamina libertada no ato cirúrgico. Em alguns casos a dieta acloretada e cloreto de potássio oral melhoram a sintomatologia; em outros, o uso de anti-histamínico (cloridrato de tripelamina) não deu resultado.

ANTONIO CORRÊA

VITAMINA B₁₂ E EXERCÍCIOS DE COORDENAÇÃO NA DEGENERAÇÃO DORSOLATERAL DA MEDULA NA ANEMIA PERNICIOSA (VITAMIN B₁₂ AND CO-ORDINATION EXERCISES FOR COMBINED DEGENERATION OF THE SPINAL CORD IN PERNICIOUS ANEMIA). H. W. WOLTMAN. Collected Papers, Mayo Clin., 41:280-285, 1949.

Os AA. detêm-se particularmente no estudo da vitamina B₁₂, capaz de, não só trazer o sangue à normalidade, como também se fazer remitir as manifestações neu-

rológicas e digestivas. Fizeram injeções intramusculares de 0,01 mg diariamente ou em dias alternados por 3 a 6 meses, depois uma dose de manutenção de 0,01 a 0,02 mg por semana. Acreditam que doses maiores se mostrem mais eficazes.

Os exercícios de coordenação, já preconizados por Murphy, mereceram neste artigo uma descrição detalhada por parte dos autores. Inicialmente, com o paciente deitado de costas, uma das pernas é fletida sobre a coxa, deslizando pelo calcanhar lenta e ritmicamente. Depois, ambas as pernas repetem alternadamente o exercício. Mais tarde, com as melhoras do paciente, esse exercício é repetido, porém sem que o calcanhar deslize, ficando pois a perna a se mover no espaço livre. Seguem-se exercícios em que os calcanhars são postos alternadamente em posições diversas da perna oposta. Estes exercícios de coordenação tornam-se progressivamente mais complexos, com acréscimos de movimentos de abdução e adução. Finalmente, os exercícios que exigem coordenação máxima ao lado de uma contração muscular mínima, são tentados, terminando o paciente por conseguir acompanhar o dedo do treinador em seus diversos movimentos pelo espaço. Cada exercício é repetido não mais que 4 vezes cada 3 horas, evitando-se com isso a fadiga. Mais tarde, esses exercícios são feitos com o paciente sentado e, num período mais adiantado de melhoras, exercícios de ambulacão: primeiro para os lados, depois para a frente e para trás, no início com apóio e finalmente sem êle. No princípio, há tendência para andar muito depressa, o que deve ser corrigido. Para os casos em que existem atrofia muscular, os AA. preconizam exercícios com sacos de areia ou pesos graduados, para aumentar a força muscular. Os AA. demonstram que a associação da vitamina B₁₂ com estes exercícios, permite recuperação melhor, em menor tempo, e em maior número de pacientes do que o uso exclusivo da vitamina B₁₂.

Segue-se uma descrição das alterações neurológicas mais encontradas na anemia perniciosa e os resultados detalhados das progressivas melhoras neurológicas em 12 casos, com retôrno ao normal dentro de um período menor que 9 meses, em vários pacientes. Os AA. terminam afirmando que a degeneração combinada subaguda na anemia perniciosa é perfeita e totalmente reversível, se tratada intensa e precocemente, antes da destruição dos cilindros-eixos.

D. P. PALIANO

CONTRÔLE DOS EFEITOS TÓXICOS VESTIBULARES DA ESTREPTOMICINA PELA DRAMAMINA (CONTROL OF VESTIBULAR TOXIC EFFECTS OF STREPTOMYCIN BY DRAWAMINE). I. L. TITCHE E A. NADY. *Dis. of Chest*, 18:386-389 (outubro) 1950.

Desde o início da estreptomicinoterapia, efeitos tóxicos sobre o sistema vestibular foram notados, variando desde a perda completa e irreversível da função vestibular, até sua restituição integral ao normal, após o término do tratamento. A sede periférica, central ou mista da lesão labirintica é ainda discutida; a quantidade total da droga empregada influi muito no desencadeamento dos fenômenos vestibulares. Diversas experiências demonstraram que o uso associado dos anti-histamínicos impedia ou dificultava o comprometimento labirintico. Em 1949, Guy e Carlins registraram a possibilidade da dramamina prevenir ou reduzir esses efeitos tóxicos.

Titche e Nady estudam detalhadamente as funções do 8.º nervo craniano em nove pacientes tuberculosos em tratamento pela estreptomicina. Nenhum deles, apesar das doses elevadas de antibiótico, se queixava de zumbidos ou qualquer outro fenômeno auditivo e as provas instrumentais vestibulares e a audiometria não reve-

laram alterações significativas. Os autores administraram a dramamina em doses de 150 a 400 mg diários, de 1 a 28 dias, com uma média de 5,3 dias. Os sintomas acusados por 7 pacientes, antes do uso da dramamina, variando desde ligeira sensação de "cabeça aérea" até graves vertigens, desapareceram depois de 1 a 7 dias, com uma média de 3,47 dias. Em dois pacientes, no entanto, não houve remissão dos sintomas após, respectivamente, 28 e 90 dias, de dramamina, sendo este último um caso de meningite tuberculosa, sob a ação de doses muito elevadas do antibiótico. A contagem dos eosinófilos revelou significativa redução de seu número depois da dramamina, em relação aos hemogramas anteriores; esse fato corrobora a hipótese de uma ação alérgica da estreptomina, a qual seria bloqueada pela dramamina.

R. MELARAGNO FILHO