

LA NEUMOENCEFALOGRAFÍA EN EL LACTANTE. F. ESCARDÓ. TESE DE PROFESSORADO. EL ATENEO EDITORA, BUENOS AIRES, 1944.

O A. apresenta os resultados de sua experiência sôbre a pneumencefalografia no lactente, em monografia dividida em 5 capítulos. No primeiro, afirma ser desnecessária a distinção habitualmente feita entre pneumencefalografia e ventriculografia, propondo que se dê a denominação genérica de pneumencefalografia ao método, indicando em seguida qual a via que foi utilizada para a introdução do contraste gasoso. Recomenda a punção lombar como a via de eleição para a permuta de líquido por ar na criança, a qual pode ser combinada, quando necessário, com a punção ventricular. Está de acôrdo com a percentagem de casos fatais atribuída ao método por Dandy, e que é de 2%. Quanto à tolerância dos pequenos pacientes ao exame, verificou que, quanto menor fôr a idade, melhor suportada é a prova, de modo que, em muitos lactentes, as reações são tão insignificantes que não chegam a alterar o ritmo normal de suas funções. Relativamente às indicações do método, acha o A. que elas são de duas ordens: documentativa, em casos tais como a idiotia e as encefalopatias complexas, e diagnóstica, como nos traumas do lactente, nos estados convulsivos e equívalentes, na espasmotília, e em todos os quadros gerais com participação encefálica. Ajunta a essas indicações primordiais uma outra, de caráter mais secundário, e que é a ação terapêutica da introdução do ar nos espaços encefálicos, rompendo aderências

nos processos de aracnoidite. Acha que o exame pneumencefalográfico dos lactentes é tanto mais útil, quanto mais precocemente fôr empregado, pois só assim se poderão resolver muitos casos de epilepsia e de paralisias que se instalam sob as vistas do médico, sem que este tome uma atitude ativa. Augura ao método pneumencefalográfico uma função profilática de grande importância em pediatria.

O capítulo seguinte é dedicado à técnica do exame. O A. utiliza como contraste gasoso o ar atmosférico filtrado em gaze. Recomenda a prática de radiografias no segundo dia da insuflação, o que, muitas vezes, fornece pneumencefalogramas mais ricos em detalhes que os praticados no dia da insuflação. As reações imediatas conseqüentes à introdução do ar são idênticas às do adulto, mais atenuadas, porém, e acrescidas de sonolência, verificada com freqüência, e que, até certo ponto, favorece o exame, permitindo a tomada das radiografias em condições satisfatórias. Entre as reações tardias, menciona, também como no adulto, a hipertermia. Atribui à ação irritativa do ar sobre as meninges e os plexos coriôideos a hipersecreção líquórica reacional observada, a qual determina hipertensão craniana passageira, que se traduz por sonolência, excitabilidade vasomotora e discreta hiperreflexia. Preconiza a realização do exame com o paciente em jejum e sem qualquer anestesia, a fim de que a observação das reações apresentadas no decurso da prova permita calcular a quantidade de ar a ser injetada sem riscos. Quanto ao instrumental cirúrgico que utiliza é o mais simples possível: uma agulha de punção ligada a uma seringa comum de 10 ou 20cc. por uma cânula de borracha, para que os movimentos da criança não influam sobre a posição da agulha durante a retirada de líquido e a insuflação de ar. Acha desnecessário o uso de campo operatório, como recomendam os A.A. norte-americanos, bastando apenas a assepsia cuidadosa da região. Recomenda a medida sistemática da tensão manométrica por meio do manômetro de mercúrio, mais sensível que o aneróide. Aconselha a via ventricular no recém-nascido nas primeiras semanas de vida e nos hidrocefálicos, e a via lombar em todos os outros casos. A punção deve ser feita com a criança em posição sentada, sendo a permuta do líquido por ar feita em pequenas quantidades (5cc. de cada vez), enquanto o auxiliar procede às manobras de flexão, extensão e lateralidade da cabeça. Quanto à quantidade de ar a ser introduzida, é variável de acordo com as reações apresentadas, sendo 40cc. uma quantidade ótima, permitindo boa repleção gasosa. Com relação à técnica radiográfica, que o A. descreve detalhadamente, apresentando numerosos esquemas que permitem acompanhar sua exposição, preconiza o uso das incidências utilizadas universalmente.

O terceiro capítulo é desenvolvido de acordo com os esquemas já conhecidos de interpretação pneumencefalográfica. Descreve com detalhes as imagens pneumencefalográficas dos ventrículos laterais e médios, dos espaços subaracnóides e das cisternas basais, analisando as informações que podem ser obtidas com o pneumencefalograma a respeito das estruturas anatômicas vizinhas.

No quarto capítulo, o A. faz inicialmente uma síntese dos trabalhos já publicados sobre a pneumencefalografia no lactente, e que são em número relativamente pequeno, predominando na casuística os trabalhos dos norte-americanos. Passando às informações que a pneumencefalografia pode fornecer, o A. estuda os quadros pneumencefalográficos ventriculares, corticais e cisternais, seus desvios da normalidade e a significação anátomo-patológica desses desvios. Afirma que a pneumencefalografia é apenas mais um elemento que o clínico junta ao seu material para chegar a uma conclusão diagnóstica, devendo ser considerado em conjunto com os outros resultados; fundo de olho, eletrencefalograma, líquido cefalorraqueano e demais provas de laboratório indispensáveis para a elucidação do caso em apêço. Por outro lado, acha que uma só prova pneumencefalográfica não tem grande valor, posto que a patologia nervosa da criança é essencialmente dinâmica, de modo que é a repetição periódica do exame, em condições comparáveis, que tem significa-

ção. Apresenta, em seguida, o seu material, que é constituído de 14 crianças de idades variáveis de 2 a 20 meses e de 2 lactentes com 36 horas e 3 dias de vida, respectivamente, sendo 3 casos de convulsões epilépticas, 3 de encefalite, 3 de encefalopatia pós-trauma obstétrico, 2 de hidrocefalia, 1 de meningite pneumocócica, 1 de mixedema, 1 de hemorragia meníngea e 1 de enfermidade de Gaucher. A pneumencefalografia foi bem suportada pelos pacientes e evidenciou, em todos, aspectos encefálicos que, juntamente com o quadro clínico, permitiram afirmar o diagnóstico, fazer o prognóstico e dar uma orientação terapêutica, quanto possível. Relativamente à prática da pneumencefalografia nos hidrocefálos, o A. chama a atenção para dois fatos importantes: que a insuflação gasosa é menos suportada nesses casos (o que explica admitindo excitação dos plexos coriáceos pelo gás, o que determina produção exagerada de líquido e quadros de hipertensão craniana conseqüentes), e que não há relação entre o estado aparente do encéfalo, evidenciado pelo pneumencefalograma, e o quadro clínico.

No último capítulo, afirma o A. que a pneumencefalografia deve ser indicada em todos os casos de catalogação duvidosa, como: debilidade mental e síndromes encefalopáticas, assim como na epilepsia dita essencial, em que a pneumencefalografia, muitas vezes, lhe retira o caráter de essencialidade, dando-lhe um substrato anatómico. Nas anormalidades congênitas — aplasias e agenesias — que não podem ser identificadas pelo simples exame neurológico, a pneumencefalografia permite reconhecer a ausência ou a anormalidade de determinadas estruturas cerebrais. Chama a atenção para o fato de que não há relação constante entre as dimensões e o aspecto das lesões e sua tradução clínica, pois, com freqüência, a lesão pequena corresponde transtorno grave e, outras vezes, a quadro clínico sem gravidade correspondem alterações encefálicas extensas. Lembra que a imagem radiológica só traduz alterações de volume, de contornos e de superfície das estruturas anatómicas e nada informa sobre a intimidade dos tecidos nervosos. Quanto ao valor terapêutico da pneumencefalografia, afirma que deve figurar na lista dos recursos terapêuticos anticonvulsivantes. Relativamente ao valor prognóstico do processo, o A. está de acordo com Wyatt e Carey, os quais acham que sérios erros de prognóstico podem resultar quando êsse é feito unicamente à base da interpretação encefalográfica, sem serem levados em consideração outros meios de estimativa do estado mental da criança. No que toca à pneumencefalografia no lactente, o A. critica a atuação dos pediatras que, até hoje, frente a um grave trauma obstétrico, se mantêm em atitude expectante, ao contrário do que sucede com a conduta neurocirúrgica adotada quase que sistematicamente nos traumas cranianos do adulto. Recomenda a prática rotineira do exame pneumencefalográfico em todos os casos de traumatismo de parto, a fim de ser julgado o estado encefálico dessas crianças. A freqüência com que são observados os hematomas intracranianos nesses traumatizados justifica a prática da pneumencefalografia em todos os lactentes com síndrome de hipertensão craniana.

A interessante monografia que resumimos é de grande utilidade, não só para os pediatras, como também para os neuropsiquiatras, pois traz ensinamentos práticos colhidos pela experiência do A. nos dois serviços — de pediatria e de neuropsiquiatria — de onde retirou o seu material. O receio que muitas vezes tem o especialista de indicar o exame pneumencefalográfico em seus pequenos clientes, pelas reações que acarreta, talvez se desvança após a leitura desse trabalho, pois, como afirma o A., a insuflação gasosa intracraniana é melhor suportada pela criança que pelo adulto e, na criança, as reações são tanto mais atenuadas quanto menor for a idade. Com relação à prática do exame em menores anormais — oligofrênicos, encefalopatas vários — não julgamos o problema técnico da insuflação gasosa tão simples como afirma o A. Nesses casos, temos necessidade de recorrer aos hipnóticos em doses relativamente elevadas, pois de outra forma não conseguimos dessas crianças condições indispensáveis para per-

mitir uma regular substituição do líquido por ar e muito menos para obter radiografias satisfatórias. No tocante à interpretação dos quadros pneumencefalográficos, achamos que o A. deveria dar maior importância ao problema da insuflação defeituosa dos espaços subaracnóides e dos ventrículos cerebrais e não considerar todo o quadro de ausência de repleção gasosa do córtex — lissencefalia radiológica, conforme a sua denominação — como expressão de aracnoidite. O mesmo achamos com relação aos defeitos unilaterais de repleção dos ventrículos, o que muitas vezes ocorre em consequência de técnica defeituosa. Numerosos esquemas e clichês radiográficos acompanham o trabalho, auxiliando a compreensão do texto.

CELSO PEREIRA DA SILVA