

ANÁLISES DE REVISTAS

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO ANATÓMICO E CIRÚRGICO DA ARTERIA COROIDEIA ANTERIOR (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMIQUE, RADIOLOGIQUE ET CHIRURGICAL DE L'ARTÈRE CHOROÏDIENNE ANTÉRIEURE). A. MOUNIER -KUHN, A. BOUCHET e G. COSTAZ. Neuro-chirurgie (Paris) 1:345-370, 1955.

Mounier-Kuhn e cols. registram os resultados da dissecação anatômica de 30 hemisférios cerebrais e do estudo de 190 angiografias cerebrais visando o conhecimento da anatomia e dos aspectos arteriográficos da artéria coroidéia anterior. Em 75% dos casos, a artéria nascia da carótida interna, um a dois milímetros antes da origem da artéria cerebral anterior, merecendo ser considerada como ramo colateral da carótida interna. Nos 25% restantes dos casos, a coroidéia anterior se originava aparentemente na junção das cerebrais anterior e média. As relações anatômicas, as anomalias, o calibre, o comprimento e o trajeto da coroidéia anterior são detalhadamente estudados; a artéria, antes de penetrar no corno esfenoidal do ventrículo lateral, apresenta um trajeto pré-peduncular e, depois, peripeduncular. O primeiro segmento, na frente do pedúnculo cerebral, é a única porção acessível ao neurocirurgião. A artéria, no material dos AA., apareceu em apenas 32,6% das angiografias e seu reconhecimento pode ser dificultado pela contrastação simultânea dos ramos da carótida externa. A identificação angiográfica da coroidéia anterior é possível apenas na incidência de perfil, originando-se o vaso no sifão carotídeo, logo acima da comunicante posterior. Mounier-Kuhn e colaboradores propõem uma técnica de acesso que permite reconhecer e isolar com precisão a artéria coroidéia anterior.

R. MELARAGNO FILHO

OBLITERAÇÕES DA ARTERIA CEREBRAL MÉDIA SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS. FATORES QUE INFLUENCIAM SOBRE A EFICIÊNCIA DAS ANASTOMOSES PERIFÉRICAS (OBLITERATIONS DE L'ARTÈRE CÉRÉBRALE MOYENNE SANS SEQUELLES NEUROLOGIQUES. REMARQUES SUR LES FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFICACITÉ DES ANASTOMOSES PÉRIPHÉRIQUES). G. GUIOT e Y. LE BESNERAIS. Neuro-chirurgie (Paris) 1:286-291, 1955.

Existem grandes variações na sintomatologia em casos de obstruções aparentemente idênticas de ramos do círculo arterial de Willis. Estas diferenças de comportamento só podem ser explicadas pela existência de uma rede de colaterais corticais que unem os territórios das três artérias cerebrais (anterior, média e posterior); em alguns casos, essa rede anastomótica pode ser suficiente para impedir a isquemia. Guiot e Le Besnerais estudaram a questão fundamentados em achados angiográficos em casos de obstruções (espontânea ou cirúrgica) da artéria cerebral média com sintomatologia regressiva. Por vezes é possível demonstrar, tempos após o acidente inicial, o enchimento retrógrado dos ramos da artéria cerebral média do lado isquemiado, através das anastomoses da artéria caloso-marginal (ramo da artéria cerebral anterior) e do ramo parieto-occipital (ramo da cerebral posterior). Este enchimento de colaterais é registrado em radiografia tirada um segundo após a tomada do tempo arterial habitual. Os autores verificaram que a rede periférica que reúne entre si os três ramos principais da carótida interna se reparte de modo desigual, sendo maior a que une as artérias cerebrais anterior e média; em seguida, classifica-se a rede entre a cerebral média e a cerebral posterior; são das mais po-

bres as anastomoses entre as artérias cerebrais anterior e posterior. Assim, o território da cerebral média é o mais favorecido pelas possibilidades de uma circulação colateral de suplência. A eficiência da circulação colateral no território da cerebral média é subordinada a 3 fatores: variações anatómicas individuais do calibre dos vasos anastomóticos; a idade do paciente que condiciona alterações orgânicas, em geral ateromatosas, que dificultam a permeabilidade das anastomoses; tensão arterial sistêmica que deve ser suficientemente elevada para garantir boa circulação sanguínea através dos finos vasos colaterais. É, portanto, nociva a redução brusca dos níveis tensionais, por sangrias ou por meios químicos; todavia, os ganglioplégicos poderiam ter uma ação favorável no incremento da circulação colateral, sobretudo quando o paciente permanece em posição horizontal, pois determinariam diminuição da resistência periférica e maior permeabilidade na rede anastomótica. Desta forma, os autores preconizam o emprego de ganglioplégicos, tão precocemente quanto possível, em pacientes mantidos em posição horizontal, como tratamento de acidente vascular de origem trombótica ou embólica, a despeito da hipotensão provocada. No entanto, esse conceito e essa medida terapêutica estão longe de serem universalmente aceitos.

R. MELARAGNO FILHO

CORRELAÇÕES CLÍNICO-ARTERIOGRÁFICAS NAS SÍNDROMES OBSTRUTIVAS DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA COM REFERÊNCIA PARTICULAR A CIRCULAÇÃO COLATERAL MENINGEA (CORRELAZIONI CLINICO-ARTERIOGRAFICHE NELLE SINDROME OBSTRUTTIVE DELL'ARTERIA CEREBRALE MEDIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL CIRCOLO COLLATERALE MENINGEO). G. MACCHI e A. RABAIOTTI. *Sistema Nervoso* 7:165-187 (junho), 1955.

O método anátomo-clínico fundamentou o conceito clássico de vasos cerebrais terminais: na oclusão de um tronco arterial não seria possível a formação de uma rede anastomótica periférica funcionalmente válida; todavia, este conceito não se coadunava com os resultados obtidos na oclusão experimental de grandes artérias cerebrais na vigência de normotensão arterial e de hipotensão induzida. Com efeito, o enfarte cerebral era sensivelmente mais extenso quando a intervenção era executada em regime de tensão arterial baixa; pelo contrário, quando um nível tensional mínimo era garantido, por vezes, não havia mesmo sinais orgânicos de necrose tissular. Nestes últimos casos o território dependente da artéria ligada vinha a ser nutrido por uma rede circulatória anastomótica com artérias cerebrais vizinhas; esta rede, no entanto, não era funcionalmente válida quando a tensão arterial era artificialmente abaixada. A arteriografia trouxe novos subsídios para o conhecimento das anastomoses periféricas entre os ramos das principais artérias cerebrais, permitindo a visualização, no vivo, de eventuais adaptações circulatórias de compensação, as quais explicavam a regressão clínica observada em alguns pacientes após obstrução arterial.

Habitualmente, na oclusão da artéria cerebral média a radiografia de perfil demonstra, no tempo arterial da arteriografia, uma zona avascular entre o território da artéria cerebral anterior e da cerebral posterior; esta zona, nos casos em que não existe uma circulação colateral compensatória, mantém sempre o mesmo aspecto e durante a seriografia não evidencia a diminuição difusa de transparência que caracteriza, durante a fase capilar, as regiões normalmente vascularizadas. Com frequência, nesses casos, é observado que as artérias cerebrais anterior e posterior, assim como a artéria coroidéia anterior se apresentam mais calibrosas. Na casuística dos autores, a rede colateral entre os ramos periféricos da cerebral anterior e da cerebral média, em alguns casos de oclusão do tronco desta última, era mantida por ramos médios e posteriores da cerebral anterior (ramos posteriores das artérias caloso-marginal, paracentral e pré-cuneal) que revascularizavam as artérias fronto-orbitária, pré-rolândica e parietal anterior; em nenhum caso, foi evidenciada revascularização dos ramos posteriores e descendentes da artéria cerebral média. É

importante assinalar que a visibilização dessas rês anastomóticas se processa na fase arterial tardia sendo, freqüentemente, concomitante ao tempo de repleção capilar ou venosa de outros territórios vasculares. Assim, em territórios de irrigação dos vários troncos arteriais cerebrais pode haver, quando se estabelece uma rês de função vicariante, uma velocidade de circulação muito diferente entre si. A sede de obliteração da artéria cerebral média pode se localizar quer no início do sifão, quer no trato correspondente à emissão dos ramos colaterais, quer em seu trato posterior; entretanto, a presença de colaterais se evidenciou, no material dos autores, sempre que a oclusão se processava proximalmente à emissão dos colaterais.

Macchi e Rabaiotti subdividiram os pacientes com oclusão da artéria cerebral média por êles observados em dois grupos: com circulação anastomótica colateral não demonstrável angiograficamente (6 casos) e com circulação colateral evidente (3 casos); nestes 3 últimos casos os autores registraram, pela arteriografia, uma rica rês anastomótica colateral entre o território da artéria cerebral anterior e o da artéria cerebral média. No primeiro grupo, a sintomatologia clínica se ajustava sensivelmente aos dados arteriográficos e condizia com a falta da circulação colateral de suplência; nos 3 casos do segundo grupo, a regressão parcial dos sintomas deve ser atribuída à constituição da rês anastomótica colateral. Ao contrário do que acontece no território cortical, os ramos profundos, estriados, se comportam sempre como artérias terminais e, por isso, condicionam lesões irreversíveis que interessam a via córtico-espinal; assim se explica a freqüente observação de hemiplegias irreversíveis após a oclusão proximal da artéria cerebral média. Vários outros fatores devem ser considerados pois podem explicar a inconstância na correlação entre a evolução clínica e os elementos angiográficos: a) possibilidade da circulação colateral não se estabelecer em tempo útil para evitar a lesão anóxica do tecido nervoso; b) estado anatômico das pequenas e médias artérias; c) velocidade de circulação na rês colateral.

R. MELARAGNO FILHO

A CIRCULAÇÃO COLATERAL CONSEQUENTE À OCLUSÃO DE RAMO DA ARTERIA CEREBRAL MÉDIA (THE COLLATERAL CIRCULATION FOLLOWING MIDDLE CEREBRAL BRANCH OCCLUSION). K. WELCH, J. STEPHENS, W. HUBER e CH. INGERSOLL. *J. Neurosurg.* 12:361-368, 1955.

A não contrastação do tronco da cerebral média e o enchimento retrógrado retardado dos ramos corticais dessa artéria através de ramos das cerebrais anterior e posterior constituem o aspecto arteriográfico da oclusão da cerebral média seguida da formação de uma rês anastomótica periférica. Os autores registram dois casos de trombose da origem comum dos ramos ascendentes da cerebral média em que a angiografia demonstrou, além da obstrução vascular, a existência de uma circulação colateral nutrida mais pelos ramos da cerebral anterior que pela parte poupada da própria cerebral média.

R. MELARAGNO FILHO

HIPOTERMIA E LESÕES VASCULARES CEREBRAIS. INTERRUPTÃO EXPERIMENTAL DA ARTERIA CEREBRAL MÉDIA DURANTE A HIPOTERMIA (HYPOTHERMIA AND CEREBRAL VASCULAR LESIONS. EXPERIMENTAL INTERRUPTION OF THE MIDDLE CEREBRAL ARTERY DURING HYPOTHERMIA). H. L. ROSOMOFF. *J. Neurosurg.* 13:244-255 (julho), 1956.

O autor procurou estudar as possibilidades de diminuir os riscos das ligaduras vasculares feitas no decurso de intervenções intracranianas. O grau do enfarte cerebral consequente à oclusão experimental da artéria cerebral média, em cães, pode ser reduzido quando as necessidades metabólicas cerebrais são artificialmente

abaixadas no momento da obstrução arterial, pois, nessas condições, o estabelecimento de uma circulação colateral é favorecido. Assim, Rosomoff estudou comparativamente os efeitos da obstrução da cerebral média em cães normotérmicos e durante a hipotermia induzida pela imersão do animal em água gelada. Quando a ligadura da artéria ocorria à temperatura de 22 a 24°C, não se desenvolvia enfarte ou este era de dimensões muito pequenas e restrito à áreas cerebrais silenciosas. Pelo contrário, em cães normotérmicos, sempre ocorriam nitidos enfartes cerebrais. O autor conclui pela ação protetora da hipotermia contra a isquemia cerebral em cães submetidos à ligadura da artéria cerebral média.

R. MELARAGNO FILHO

EXCISÃO DE LESÕES OCLUSIVAS DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA (EXCISION OF OCCLUSIVE LESIONS OF THE MIDDLE CEREBRAL ARTERY). K. WELCH. J. Neurosurg. 13:73-80 (janeiro), 1956.

Quando a artéria cerebral média é ocluída há isquemia de importante área cortical, em geral não socorrida de modo eficiente pela suplência dos ramos mais periféricos das outras artérias cerebrais. Em dois desses casos o autor praticou a remoção direta da obstrução, como tentativa de restabelecer o fluxo sanguíneo. No primeiro caso, em homem de 47 anos, havia trombose da artéria cerebral média direita, comprovada pela arteriografia; quatro semanas após o ictó, a artéria trombada foi excisada, o trombo removido e o vaso suturado; posteriormente, os ramos ascendentes dessa artéria se contrastaram muito bem à arteriografia; o paciente teve excelente recuperação. O segundo paciente, mulher de 51 anos apresentando fibrilação auricular, foi operada 12 horas após o ictó que acarretou hemiplegia direita e afasia; seu estado neurológico não melhorou e a arteriografia demonstrou a persistência da mesma oclusão da artéria cerebral média.

R. MELARAGNO FILHO

ANASTOMOSES ARTERIAIS INTRACRANIANAS; ESTUDO ARTERIOGRÁFICO E CLÍNICO (ANASTOMOSES ARTÉRIELLES INTRACRANIENNES; ÉTUDE ARTÉRIOGRAPHIQUE ET CLINIQUE). CL. GROS, J. MINVIELLE e B. VLAHOVITCH. Neuro-Chirurgie (Paris) 2:281-302 (junho-setembro), 1956.

Quando uma artéria cerebral é ocluída por qualquer processo patológico, vários mecanismos de compensação podem entrar em jogo. Além das anastomoses possíveis entre ramos da carótida interna e da carótida externa, merecem destaque a rede basal e a rede periférica. O sistema anastomótico basilar, representado pelo polígono de Willis, dada sua visível individualidade anatômica e comprovado valor funcional, fez com que, por muito tempo, fossem desprezadas as possibilidades de compensação periférica, reveladas graças sobretudo à angiografia cerebral.

Na primeira parte do trabalho, os autores se dedicam ao estudo da anatomia e dos aspectos angiográficos do polígono de Willis, ressaltando a extrema variabilidade de sua morfologia pois que a forma considerada como normal é encontrada em apenas 22,8% dos casos. Evidentemente certas anomalias poderão se refletir na capacidade funcional; dentre elas, merece destaque uma variante patológica correspondente à persistência de uma comunicação primitiva entre a carótida interna e o futuro tronco basilar, a artéria trigeminal primitiva, que regride habitualmente quando aparece a comunicante posterior. Essa pequena artéria, quando remanescente, só era encontrada mediante necrópsia; a angiografia a tem demonstrado com relativa frequência, devendo este vaso ser procurado sobretudo quando foi obtida ótima contrastação do sistema vertebral mediante injeção por via carotídea. Des-

tacando-se da carótida no interior do seio cavernoso, quanto regride de modo incompleto, seu ponto de inserção pode constituir um lugar de menor resistência que favorecerá a constituição de uma fistula carótido-cavernosa ou de um aneurisma intracavernoso da carótida interna.

Na segunda parte do trabalho são estudadas as redes anastomóticas periféricas — meningo-corticais — que unem predominantemente os territórios corticais das cerebrais anterior e média e, mais pobremente, das cerebrais média e posterior e das cerebrais anterior e posterior; os territórios profundos dessas diversas artérias parecem totalmente desprovidos dessas anastomoses. Gros e cols. estudam os fatores que permitem o funcionamento eficiente dessas redes periféricas: a) condições anatômicas prévias; b) velocidade do fluxo sanguíneo; c) estado do endotélio vascular que condiciona maior ou menor resistência cérebro-vascular (valor clínico do uso de vasodilatadores); d) tensão arterial sistêmica. Este mecanismo supletivo, quando eficiente, condiciona uma limitação maior ou menor do enfarte cerebral e uma evolução clínica mais favorável, com redução progressiva da sintomatologia clínica.

R. MELARAGNO FILHO

OE EFEITOS PATOLÓGICOS DA ARTERIOGRAFIA CEREBRAL (THE PATHOLOGICAL EFFECTS OF CEREBRAL ARTERIOGRAPHY). T. CRAWFORD. J. Neurol. Neurosurg. a. Psychiat. 19:217-221 (agosto), 1956.

O A. estuda os efeitos da punção carotídea em 75 casos necropsiados, relativos a pacientes que faleceram após período variável de poucas horas a 8 meses após a angiografia; em nenhum dos casos houve «restitutio ad integrum»; no paciente que faleceu 8 meses após o exame foi encontrada uma «rolha» de tecido fibroso ocluindo o orifício feito pela agulha de punção. Sinais de hemorragia extra-arterial de maior ou menor vulto foram encontrados em todos os casos. Em alguns casos em que o óbito ocorreu dentro de uma semana após a angiografia foi encontrado acentuado infiltrado inflamatório em volta do orifício de punção e, mesmo, pequenos abscessos estéreis. Foram assinalados variados graus de trombose, particularmente em casos de pacientes idosos e arterioscleróticos. Embolia cerebral grave e mortal foi encontrada em um dos casos; o êmbolo era proveniente do trombo que se formara em consequência da punção. Embolias de consequências menos danosas ocorreram em alguns casos com a progressão da moléstia. Falsos aneurismas e pequenos aneurismas dissecantes de origem traumática foram também observados na série de casos estudados.

Baseado neste trabalho o A. recomenda prudência com os paciente idosos e arterioscleróticos por serem os mais suscetíveis à trombose. Recomenda também que seja evitada a punção nas proximidades da bifurcação da carótida e que seja evitada a transfixação do vaso pela agulha de punção.

J. ZACLIS

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA ASSOCIADA A LEUCOENCEFALITE HEMORRÁGICA AGUDA E HIPERSENSIBILIDADE A OXFENARSINE (THROMBOTIC MICROANGIOPATHY ASSOCIATED WITH ACUTE HAEMORRHAGIC LEUCOENCEPHALITIS AND SENSITIVITY TO OXYPHENARSINE). W. St. C. SYMMERS. Brain, 79:511-521, 1956.

Com o caso ora descrito, sobe a apenas 99 o número de observações de microangiopatia trombótica registradas na literatura médica. Quando completa, a síndrome compreende um surto febril agudo, anemia hemolítica, purpura trombocitopênica e distúrbios neurológicos freqüentemente de tipo bizarro e flutuante. Histologicamen-

te, são verificadas lesões altamente específicas de pequenos vasos de todo o organismo; no sistema nervoso são predominantemente afetados os vasos da substância cinzenta. A afecção em todos os casos registrados foi mortal, ocorrendo o óbito habitualmente dentro de poucos dias ou semanas após o primeiro sintoma. O caso agora relatado, em mulher de 30 anos, apresentava a peculiaridade de associar uma microangiopatia trombótica a uma afecção muito mais rara, a leucoencefalite hemorrágica aguda. Essa associação, jamais registrada previamente na literatura e que levou a rápido êxito letal, ocorreu após uma única aplicação de oxifenarsina nas gengivas, a que se seguiram pronunciadas reações locais e gerais. O estudo anátomo-patológico demonstrou alterações vasculares típicas da microangiopatia trombótica e lesões parenquimatosas da leucoencefalite hemorrágica aguda.

R. MELARAGNO FILHO

CASOS FATAIS NA MIASTENIA GRAVE, REVISÃO DE 39 OBSERVAÇÕES COM 26 AUTÓPSIAS. (FATALITIES IN MYASTHENIA GRAVIS. A REVIEW OF 39 CASES WITH 26 AUTOPSIES). L. P. ROWLAND, P. F. A. HOEFER, H. ARANOW e H. H. MERRITT. *Neurology* 6:307-326 (maio), 1956.

A despeito dos progressos na terapêutica a mortalidade devida à miastenia grave continua muito elevada. Neste trabalho os autores revêem os casos falecidos no Columbia Presbyterian Medical Center, com a finalidade de avaliar os fatores que condicionaram os óbitos e de estudar aspectos clínicos e anátomo-patológicos da afecção. Entre 1930 e 1955, de 180 casos diagnosticados, 55 (30%) faleceram; destes, 39 foram melhor acompanhados, sendo que em 26 casos foi possível o controle anátomo-patológico. Dos 39 casos bem observados, 26 se referiam a mulheres e nelas, em 16 (62%) o início da doença ocorreu antes dos 40 anos, tendo 13 falecido antes desta idade; apenas 2 dos 13 homens apresentaram seus sintomas antes dos 40 e apenas um morreu antes desse limite etário. A média da duração dos sintomas entre os 39 casos foi de 2,8 anos. Dos 26 casos autopsiados, em 16 não havia doença associada que pudesse ter apressado o êxito letal; entretanto, nos 10 outros casos foram assinaladas complicações que podem ter atuado como concausa agravante. Um paciente faleceu de modo fulminante de pneumonia pneumocócica, enquanto que outro morreu após uma queda da qual resultaram contusões cerebrais múltiplas e hemorragia subdural; uma enferma, falecida subitamente, apresentava aneurisma sífilítico da aorta. Dois pacientes morreram após a timectomia: um por parada cardíaca no fim da intervenção e outro, no pulmão de aço, dois dias após o ato cirúrgico a que se seguiu um pós-operatório tormentoso, complicado por pneumotorax.

Os autores estudam, separadamente, os casos de morte súbita ocorrida em pacientes que estavam ou não em pulmões de aço: 13 pacientes que se apresentavam aparentemente em bom estado e que não exigiram respiração mecânica, faleceram de crises miastênicas agudas com sinais de paralisias respiratórias; alguns destes pacientes haviam sofrido anteriormente de dispnéia que melhorava pelo uso da prostigmina; os autores acreditam que esses episódios de dispnéia devem ser considerados como premonitórios da morte súbita e que sua ocorrência aconselha um aumento das doses de manutenção da droga. Em 16 outros pacientes, as condições respiratórias tinham exigido o emprêgo de pulmão de aço; 14 tinham apresentado graves crises de anóxia antes de sua introdução nos respiradores e em todos os casos em que o estudo anátomo-patológico pôde ser feito, foram encontradas lesões pulmonares; a sobrevivência média nos respiradores foi de 4 dias; 3 pacientes faleceram dentro de poucas horas e dois sobreviveram mais de uma semana.

Dentre as drogas empregadas, a de escolha é ainda a prostigmina; os resultados do emprêgo do ACTH, têm sido discordantes. O critério para julgar da suficiência da medicação é difícil, em virtude da existência de casos de resistência à prostigmina, exigindo o uso de doses muito elevadas; entretanto, a não melhoria

dêses pacientes não indica falta de ação da droga, pois a supressão desta acarreta agravamento do quadro clínico. Outro problema terapêutico é representado pela toxicidade da prostigmina, que pode determinar aumento da motricidade gastrintestinal, sudorese, hipersecreção e, possivelmente, espasmos brônquicos. Na orientação da terapêutica da miastenia, os autores propõem os seguintes princípios: se ocorrerem distúrbios respiratórios que sejam corrigíveis pela prostigmina parenteral, a dose de manutenção da medicação oral deve ser aumentada, mesmo quando a dose empregada já seja elevada e mesmo que o paciente passe bem entre os ataques; o emprêgo de barbitúricos, opiáceos e placebos em pacientes com insuficiência ventilatória que não estejam em respiradores deve ser evitado por ser perigoso; deve ser dada atenção especial ao contrôle de infecções, ao balanço eletrolítico; desde que surjam indícios de paralisias respiratórias, deve ser instituída a respiração mecânica.

R. MELARAGNO FILHO

SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS COMO MANIFESTAÇÕES PRECOSES DE LUPUS SISTÊMICO ERITEMATOSO (NEUROLOGIC SIGNS AND SYMPTOMS AS EARLY MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS). G. SIEKERT e E. C. CLARK. *Neurology* 5:84-88 (janeiro), 1955.

Habitualmente os sinais e sintomas clínicos de disfunção neurológica são considerados como de ocorrência tardia e terminal na evolução do lupus eritematoso sistêmico; entretanto, vários casos vêm sendo registrados em que a sintomatologia neurológica precedeu a confirmação diagnóstica. Siekert e Clark trazem uma contribuição de três novos casos em que o quadro neurológico figurava entre as mais precoces manifestações da afecção: no primeiro, menino de 16 anos, ocorreram coréia de Sydenham e febre reumática e, ulteriormente, hemiplegia esquerda, antecedendo de 4 anos e de 6 meses, respectivamente, às manifestações cutâneas do lupus; no segundo, homem de 40 anos, ocorreu um quadro de mielite cêrca de três anos antes do estabelecimento do diagnóstico do lupus; no terceiro, mulher de 37 anos, ocorreram episódios de diplopia e de vertigem, queda de acuidade visual e parestesias, nos membros, 6 meses antes de ser firmado o diagnóstico.

R. MELARAGNO FILHO

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA IMPRESSÃO BASILAR (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'IMPRESSION BASILAIRE). D. e J. FERREY, A. JAVALET, CH. STABERT, P. H. DAVOST e J. TUSSET. *Neuro-Chirurgie (Paris)* 2:180-197 (abril e junho) 1956.

Os autores estudaram, em 100 craniogramas de doentes hospitalizados por várias causas, as relações entre o limite superior da apófise odontóide e as linhas de Mac Gregor e Fischgold, não tendo considerado a linha de Chamberlain pela dificuldade de determinar de maneira precisa o lábio dorsal do orifício occipital. Este estudo permitiu concluir que: a) a apófise odontóide, em 59% dos casos, ultrapassa a linha de Mac Gregor e, em 77% dos casos, a linha de Fischgold; b) deve-se falar de impressão basilar apenas quando a apófise odontóide ultrapassar de 5 mm. a linha de Mac Gregor e de 7 mm. a linha de Fischgold; c) a variação é menor com relação aos dados obtidos pelo método de Mac Gregor; d) existe correlação positiva, embora imperfeita, entre os resultados obtidos pelos dois processos. Os autores chamam a atenção para dois fatos interessantes do ponto de vista radiológico nos casos de impressão basilar: a) nas chapas em incidência sagital há ligeiro alargamento do crânio, com ascensão dos bordos dos rochedos de fora para dentro; b) nas chapas de perfil a sela turca aparece pouco profunda, enquanto que as clinoides posteriores aparecem elevadas e espessadas. Nos 8 casos que relatam,

os autores assinalaram sintomas variados, sendo mais freqüentes os seguintes: síndrome cerebelar, vertigens, cefaléias frontais, dores cervicais às vészes com caráter de neuralgia de Arnold, zumbidos nos ouvidos, parestias nos membros superiores, dispnéia, encurtamento do pescoço, implantação baixa dos cabelos, edema de papila. Em geral os sintomas neurológicos ocorreram entre os 30 e 50 anos de idade. O eletrencefalograma mostra um traçado lento sem sinais focais ou um traçado ligeiramente alterado nas regiões posteriores. As chapas radiográficas simples e as tomografias são essenciais para o diagnóstico; as ventriculografias ou encefalografias mostram discreta dilatação ventricular, o que tem importância na orientação da intervenção a ser realizada.

Os AA. apresentam uma série de 8 pacientes, 5 dos quais foram operados, com ótimos resultados; os 3 restantes não foram operados por não apresentarem sintomatologia neurológica. Comentando o ato cirúrgico os AA. recomendam: a) anestesia local; b) larga ressecção da escama e do rebordo ósseo do occipital, do atlas e, freqüentemente, de uma parte do áxis; c) em casos de hidrocefalia com hipertensão intracraniana, abertura do 4º ventrículo; d) em casos de bloqueio secundário, abertura da lâmina supra-óptica ou drenagem do líquido céfalorraquidiano do corno frontal do ventrículo lateral para o espaço subaracnóideo.

G. MACHADO DE ALMEIDA

CRANIOESTENOSSES. POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS NOS ESTADOS EVOLUTIVOS TARDIOS (CRANIOSTENOSSES. POSSIBILITÉS THERAPEUTIQUES DANS LES STADES ÉVOLUTIFS TARDIFS). E. TOLOSA. Neuro-Chirurgie (Paris) 2: 133-151 (abril e junho) 1956.

Relato de 6 casos de cranioestenose submetidos a tratamento cirúrgico. Em 5 havia oxicefalia acompanhada de hipertensão intracraniana, cujo controle constituía o objetivo primário da intervenção: descompressão subtemporal direita (1 caso); fragmentação parcial da abóbada associada à descompressão subtemporal (1 caso); fragmentação da abóbada segundo King (3 casos). O 6º caso, no qual havia combinação de cranioestenose e hidrocefalia interna obstrutiva, levando à escafocefalia, foi tratado inicialmente pela abertura da lâmina supra-óptica; mais tarde foi feita ventriculo-cisternostomia.

A maioria dos neurocirurgiões está de acôrdo em que a época mais favorável para operar estes casos é durante os primeiros meses de vida; no entanto, mesmo praticada em idades mais avançadas a intervenção pode dar resultados satisfatórios. A operação de King — fragmentação da abóbada craniana — compensa não somente a hipertensão intracraniana, como, até certo ponto, corrige a deformação craniana concomitante, podendo ser empregada com fins plásticos, em cranioestenoses compensadas. Combinando o fracionamento da abóbada com o das regiões temporais — o que é obtido mediante incisão coronária — os resultados plásticos são muito superiores; desta maneira, será obtida uma expansão lateral de caixa craniana, com ligeira diminuição em altura. A associação de fragmentação parcial à descompressão subtemporal com abertura da dura-mater dá maus resultados plásticos porque a conservação da integridade dural é indispensável para a distribuição uniforme da tensão e para a expansão harmoniosa da cavidade craniana. É difícil comparar os resultados da operação de King com os obtidos por Ingraham empregando craniectomias lineares associadas à descompressão subtemporal. A técnica de Ingraham é inferior do ponto de vista plástico; nos casos tardios não tem os mesmos efeitos que nos casos iniciais, nos quais a abóbada é mais delgada e elástica. Casos com exoftalmo grave poderiam ser submetidos à descompressão da cavidade orbitária, o que não foi necessário nos casos apresentados. Os resultados obtidos pela abertura do teto do forame óptico, em casos de atrofia óptica primária, são pouco convincentes. Em casos excepcionais, nos quais coexiste

hidrocefalia interna obstrutiva, tanto a operação de King como as craniectomias lineares são contra-indicadas, devendo, em primeiro lugar, ser controlada a hipertensão intracraniana.

G. MACHADO DE ALMEIDA

VENTRICULOGRAFIA CENTRAL (CENTRAL VENTRICULOGRAPHY). N. AZAMBUJA, R. ARANA INIGUEZ, M. T. SANDE e A. GARCIA GUELFY. Acta Neurol. Latinoamer. (Buenos Aires e Montevideo) 2:58-64, 1956.

Os autores apresentam um novo método de visualização isolada do 3º e 4º ventrículos e do aqueduto: perfuração ao nível da sutura coronária a 2,5 cm da linha mediana do lado direito; punção do ventrículo lateral verticalmente com agulha de Cushing; cateterismo desse ventrículo com sonda de Nelaton; através do buraco de Monro, penetração no 3º ventrículo, parando a sonda no recesso inferior; a seguir a extremidade distal da sonda é fechada e o ar é injetado em pequena quantidade com agulha fina; usando a técnica radiológica comum utilizam 3 incidências (frontal, semiaxial e lateral com raio horizontal). Os AA. visaram, com esse método, o diagnóstico dos processos medianos infra e supratentoriais, considerando-o inócua e indicado mesmo na vigência de hipertensão intracraniana, sendo menos perigoso que outros processos e acarretando menos desconforto ao doente. O método foi empregado em 23 casos dos quais são apresentados 3.

R. PERRET-GENTIL

BAIXO TEOR DE AÇÚCAR NO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO NA CARCINOMATOSE MENÍNGEA. (LOW CEREBROSPINAL FLUID SUGAR IN MENINGEAL CARCINOMATOSIS). J. R. D. BAYNE e P. W. DARBY. Ann. Int. Med. 45:285-288 (agosto), 1956.

A importância da taxa de glicose líquórica não tem sido convenientemente considerada em casos de carcinoma metastático do sistema nervoso central, cuja sintomatologia, por muito tempo, pode ser relativamente pobre, representada unicamente por cefaléia e pequenos sinais de irritação meningéa. No presente trabalho, os autores registram o caso de uma mulher de 84 anos na qual o exame neurológico mostrou rigidez da nuca, paresia facial direita e sinal de Babinski no mesmo lado. O exame do liquor revelou 15 leucócitos, aumento de proteínas e um teor de glicose de 21 e 26 mg por 100 ml. Dois exames líquóricos sucessivos demonstraram glicorraquia de 21 e 26 mg por 100 ml. A autópsia evidenciou infiltração metastática de carcinoma nas meninges de base do cérebro. Bayne e Darby consideram a utilização do açúcar pelas células neoplásticas de rápido desenvolvimento como a explicação mais provável para a hipoglicorraquia. Assim, em casos suspeitos de neurotuberculose, a possibilidade de uma carcinomatose meningéa deve ser aventada, sobretudo em pacientes sem sinais clínicos e laboratoriais de tuberculose.

R. MELARAGNO FILHO

ESTUDO DO METABOLISMO DA ÁGUA E DO POTÁSSIO EM 157 DOENTES NEUROCIRÚRGICOS. CONCLUSÕES PRÁTICAS PARA A CONDUTA DOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS. (ÉTUDE DU MÉTABOLISME DE L'EAU ET DU POTASSIUM CHEZ 157 MALADES NEURO-CHIRURGICAUX. CONCLUSIONS PRATIQUES POUR LA CONDUITE DES SOINS POSTOPÉRATOIRES). E. WORINGER, J. BAUMGARTNER e F. LIENHART. Neuro-Chirurgie (Paris) 2:23-37, 1956.

Em virtude do agravamento do estado de alguns pacientes em pós-operatório neurocirúrgico, sem que nas necrópsias fosse encontrada justificativa para essa

pióra, os autores tentaram estabelecer uma relação entre dados referentes ao metabolismo hidro-eletrolítico e o quadro clínico. Após referir as dificuldades desse estudo nos pacientes neurocirúrgicos, passam à exposição do método que compreende várias dosagens no sangue, na urina e no líquido cefalorraquidiano. As dosagens eram quotidianas ou biquotidianas e se referiam não só aos principais eletrólitos como também às proteínas. Especial atenção foi dedicada às variações da pressão osmótica eficaz do plasma, sempre determinada a partir da resistividade elétrica e da dosagem de proteínas. O metabolismo do potássio também foi estudado cuidadosamente. Ao todo foram feitas 6.570 dosagens em 157 doentes, dos quais foram selecionados 87 cujos dados eram completos e concludentes.

No tocante ao metabolismo da água, após ligeira exposição de noções básicas essenciais, os autores dividem os pacientes em 4 grupos de acordo com a tonicidade atingida pelo plasma — hipotonia, hipertonia, distonia e ortotonia plasmática — indicando as possibilidades de correção desses distúrbios. No que se refere ao metabolismo do potássio os autores distinguem 3 tipos de alterações: pós-operatórias, pré-letais e as devidas a moléstias intercorrentes.

Os autores concluem: 1) é grande a frequência com que ocorrem nesses pacientes alterações da pressão osmótica eficaz do plasma; 2) entre os tipos de alterações o mais freqüente é o de hipotonia plasmática (54%); 3) ocorrem quase sempre alterações no teor sanguíneo em potássio semelhantes às alterações pós-agressão: hiperpotassemia efêmera no pós-operatório imediato, seguida de hipopotassemia gradual.

Os autores expõem ainda algumas normas a serem seguidas no pós-operatório neurocirúrgico no que se refere ao metabolismo hidro-eletrolítico. Saliendam particularmente a necessidade de um Laboratório Bioquímico capaz de executar as numerosas análises necessárias ao bom tratamento do doente neurocirúrgico.

PEDRO H. LONGO

CURSO AVANÇADO DE EPILEPSIA. (CURSO AVANZADO DE EPILEPSIA). A. E. WALKER. Neurocirurgia (Santiago) 12:1-39 (outubro) 1955.

Por não se conhecer a patogênese da enfermidade não há acordo sobre a classificação e daí os numerosos critérios adotados: Walker considera como mais útil aquela baseada na sede de origem dos ataques. O tratamento médico da epilepsia é considerado com detalhes, sendo salientados os princípios básicos que devem norteá-lo. Dos fenômenos iniciais do ataque o autor considera a perda da consciência, os fenômenos motores, sensoriais, visuais, auditivos, vestibulares, olfatórios, autônomos e os que iniciam o ataque psico-motor. Em relação à biologia da epilepsia, Walker passa em revista vários fatores como a predisposição herdada ou deficiência constitucional, os traumatismos, a herniação das estruturas da superfície média do lobo temporal através do forame do tentório produzida durante o parto pela compressão do conteúdo intracraniano, e as lesões provocadas pelos próprios ataques. O autor assinala, ainda, que ultimamente tem sido posto em dúvida o fator hereditário e que a disritmia cerebral também não tem a importância que lhe foi dada no início da eletrencefalografia, pois em 15% dos indivíduos normais podem ser encontradas tais disritmias sem que ocorram quaisquer manifestações convulsivas durante toda a vida. Toda a lesão cerebral, de acordo com sua sede, tem probabilidade de provocar epilepsia; são os ferimentos em áreas frontais e parietais os mais freqüentemente em causa. Fato importante é que o foco epileptogênico não está situado no centro da lesão mas na sua periferia.

Do ponto de vista médico-legal e social, Walker critica as leis trabalhistas de muitos países que obrigam os epiléticos a ficarem afastados do trabalho, e chama

a atenção para o fato de existir atualmente um movimento enérgico no sentido de rever as leis existentes nos Estados Unidos da América do Norte e regulamentar de modo uniforme nos diversos Estados a permissão para certas atividades, como contrair matrimônio, conduzir veículos, e bem assim resolver as questões relacionadas com a esterilização e seguro contra acidentes. O problema da readaptação profissional dos epiléticos é amplamente discutido.

A eletrencefalografia é estudada de modo didático (técnica do registro, ativação e interpretação), sendo descritas as alterações gerais, as lateralizadas ou hemisféricas e as focais. Sobre a fisiologia da epilepsia Walker faz excelente síntese, assinalando a importância da pós-descarga e dos fatores ativadores, e referindo os resultados experimentais obtidos em animais e no próprio homem. O modo de difusão e propagação dos estímulos é exposto detalhadamente.

Em relação ao tratamento cirúrgico da epilepsia focal, o autor dá o conceito de foco epileptógeno, faz a crítica dos conceitos de Russel Meyers e Bailey e Gibbs, e resume as idéias de Gowers; a seguir, tece considerações a propósito do electrocorticograma e da ressecção, e numa síntese bem feita e documentada com casos clínicos, cuida do tratamento cirúrgico da epilepsia focal pré-frontal, central, parietocipital, temporal superior e psicomotora. A hemisferectomia é indicada nos casos de epilepsia generalizada associada com hemiplegia infantil, com focos no hemisfério contralateral e alterações da conduta. Os resultados neurofisiológicos obtidos com o tratamento cirúrgico da epilepsia são comentados de modo amplo, sendo consideradas as condições ideais para um estudo estatístico sobre os resultados cirúrgicos; o trabalho é encerrado com os resultados nas ressecções do lobo temporal, nas hemisferectomias e nas ressecções nas epilepsias somato-sensoriais, permitindo concluir que quanto mais extensas as ressecções melhores serão os resultados.

J. LAMARTINE ASSIS

TESTE RÁPIDO PARA O DIAGNÓSTICO DA DEGENERAÇÃO HEPATOLENTICULAR (RAPID TEST FOR HEPATOLENTICULAR DEGENERATION). H. A. RAVIN. Lancet, 270:726-727 (19 maio) 1956.

Sabe-se que, na degeneração hepatolenticular, há déficit na síntese da ceruloplasmina, sendo que a diminuição da atividade da oxidase do cobre sérico é uma das características bioquímicas mais constantes da enfermidade. A prova descrita pelo autor é colorimétrica e utiliza como reagente a parafenilenodiamina, sendo muito constantes os resultados obtidos. Importante assinalar, ainda, a precocidade com que ela se positiva, nos casos de moléstia de Wilson.

H. CANELAS

A PALESTESIA NAS LESÕES CEREBRAIS (LA PALESTESIA NELLE LESIONI CEREBRALI). R. MAGRI e A. GUARESCHI. Sist. Nerv., 8:147-156 (março-junho) 1956.

Os AA. discutem, à luz da literatura, os problemas referentes aos receptores e aos centros cerebrais relacionados com a sensibilidade vibratória, bem como à individualidade dessa forma de sensibilidade. Piéron, Gordon e Echlin e Fessard distinguem dois tipos de parestesia: cutânea e profunda. Considera-se não haver receptor específico e, à vista da tendência à difusão da parestesia, é admissível que

ela resulte do estímulo simultâneo de vários receptores. Particularmente em relação à palestesia profunda, os receptores seriam especialmente os do movimento passivo muscular, desempenhando os ossos apenas um papel secundário, de ressoador mecânico. Na pele, os receptores seriam os relacionados com o tacto. Assim, a palestesia constituiria uma forma de sensibilidade inespecífica: os estímulos propriamente ditos não importariam, mas sim o seu ritmo, e a palestesia resultaria de "uma seqüência temporal de sensações" (Fulton). Périllou e Piéron verificaram que a excitação é devida à aceleração das deformações imprimidas aos receptores.

Quanto à representação cortical, não foi demonstrada diferença topográfica relacionada às várias formas de sensibilidade. Fragnito e Gozzano acreditam que os impulsos vibratórios confluem em grande parte para o tálamo. Os AA. passam a estudar as alterações da palestesia nas lesões encefálicas. Nas síndromes talâmicas existe hipopalestesia e Gordon, Lhermitte, e Dejerine e Roussy afirmam que todas as formas de sensibilidade profunda ficam mais comprometidas que as superficiais. Nas lesões supratálâmicas a palestesia é menos atingida, tendo Pierre Marie e Bouttier observado casos em que a sensibilidade segmentar estava abolida, ao passo que a palestesia continuava inalterada; Dandy observou abolição da artrestesia em um caso de hemidecorticação cerebral, no qual as vibrações ainda eram percebidas; fato semelhante foi assinalado por Evans e por Weinstein e Bender. Fox e Klemperer estudaram quantitativamente a palestesia, concluindo que: a) nas lesões corticais superficiais o limiar não se altera, havendo apenas distúrbios subjetivos quanto à qualidade da sensação; b) nas lesões subcorticais o limiar se eleva.

Os AA. estudaram 4 casos de lesões encefálicas por meio do diapasão de 128 dv/s. Confirmaram as observações anteriores referentes à dissociação entre artrestesia e palestesia (aquela muito mais comprometida) nas lesões supratálâmicas; na lesão talâmica a dispalestesia era comparável aos distúrbios verificados em relação às demais sensibilidades profundas. Concluem que a palestesia se comporta como uma forma de sensibilidade protopática.

H. CANELAS

AS INJEÇÕES INTRA-RAQUIDIANAS DE HIDROCORTISONA NA TERAPÊUTICA NEUROLÓGICA. ESTUDO DAS INCIDÊNCIAS BIOLÓGICAS. (LES INJECTIONS INTRA-RACHIDIENNES L'HYDROCORTISONE EN THÉRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE. ÉTUDE DES INCIDENCES BIOLOGIQUES). R. TURON, R. GIACARDY e M. GARDE. *Prêsse Med.* 64:1133-1137 (junho, 20) 1956.

Após curto intróito em que são citados os primeiros trabalhos sobre o assunto, os autores relatam a técnica das injeções intra-raquidianas da hidrocortisona, doses e ritmo das mesmas; utilizam indiferentemente as vias lombar e cisternal, aplicando de preferência a hidrocortisona diluída em 10 ml de água destilada, às vezes fazendo a diluição com o próprio líquido cefalorraquidiano; a dose eficaz de cada injeção foi de 50 mg (2 ml), porém chegaram a injetar, de uma vez, 75 mg (3 ml); a dose total mínima foi de 50 mg e a máxima de 600 mg; o ritmo das injeções variou de caso para caso, mas, de um modo geral, as aplicações foram feitas de 2 em 2 dias. Foram tratados 26 casos com síndromes álgicas radiculares, síndromes meníngeas e outras síndromes neurológicas, com um número aproximado de 150 injeções, e praticamente, sem fenômenos de intolerância ou apenas com cefaleias de intensidade variável.

No grupo das síndromes radiculares havia casos de radiculalgias cervicobraquiais, radiculites pós-zosterianas e ciatalgias por várias causas inclusive por hérnia

disca, sendo obtida a sedação das dores de modo definitivo ou transitório. Em dois casos de meningite purulenta com bloqueio do sistema ventricular a hidrocortisona intra-raquidiana baixou a taxa de proteínas no liquor de modo evidente com desaparecimento do bloqueio. Em um caso de tabes, um de siringomielia e outro de neuroma de amputação com dores fulgurantes, houve desaparecimento dos sintomas dolorosos; melhora dos distúrbios motores em dois casos de esclerose em placas; remissão clínica e liquórica num caso de polioencefalite superior subaguda; desaparecimento das dores e boa recuperação motora num caso da aracnoidite lombar com paraplegia crural espasmódica.

J. LAMARTINE ASSIS

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS MÉTODOS DE TRATAMENTO DO ALCOOLISMO CRÔNICO. PROJETO DE PESQUISA SÓBRE O ALCOOLISMO NO HOSPITAL WINTER. (COMPARATIVE STUDY OF TREATMENT METHODS FOR CHRONIC ALCOHOLISM. THE ALCOHOLISM RESEARCH PROJECT AT WINTER V. A. HOSPITAL). R. S. WALLERSTEIN. *Am. J. Psychiat.* 113:228-233 (setembro) 1956.

Diante dos resultados desencorajantes obtidos com os métodos comuns de tratamento do alcoolismo crônico, o Hospital Winter (Topeka, Kansas) resolveu organizar uma unidade terapêutica experimental para o estudo dessa matéria. Partindo do ponto de vista que o alcoolismo é uma expressão sintomática de dificuldade emocional profundamente arraigada na personalidade, selecionou o A., os três principais tratamentos que têm dado melhores resultados e com boas bases psicológicas. Reuniu em um mesmo pavilhão 178 pacientes que foram submetidos a um dos três principais métodos selecionados: o Antabuse (47 doentes), o condicionamento reflexo (50) e a hipnoterapia (39); em um grupo controle de 42 pacientes foi usada a terapêutica ambiental do hospital. Os resultados de 2 anos e meio de experiência, com uma evolução por cerca de 2 anos são relatados. Na avaliação global desses resultados, o Antabuse se mostrou mais eficiente do que qualquer outro processo. Discutindo estes resultados, o autor chama a atenção para a necessidade de escolher o método de tratamento mais adequado a cada paciente, na base do significado psicológico não só do método, como do tipo de personalidade do paciente, seu caráter e suas necessidades psíquicas. Cada método de tratamento exerce um distinto e diferente efeito psicológico; a resposta do paciente será determinada, em grande parte, pela interação de seus significados psicológicos específicos com seus próprios sistemas de necessidade. Assim, em relação ao Antabuse que se revelou o melhor método, sugere o A., uma variedade de significados psicológicos. O Antabuse é um medicamento, usado oralmente e de potente efeito fisiológico. Psicologicamente, isso pode representar, para o paciente, uma substituição de um mau objeto (álcool) por um objeto bom (Antabuse), sendo a troca feita sob orientação de uma autoridade benevolente (o médico). Outro aspecto especial do Antabuse é a quase completa certeza da abstinência forçada enquanto o paciente estiver usando o medicamento, certeza maior do que a oferecida por qualquer outra terapêutica; os pacientes se sentem satisfeitos porque nada mais lhe exigem do que tomar uma pilula, sem qualquer ameaça às suas defesas psíquicas. Desta forma, o autor disserta sobre a conceitualização psicológica da hipnoterapia, do condicionamento reflexo e da terapêutica ambiental, fazendo considerações psicológicas sobre cada método, salientando, sempre, que o problema do alcoolismo não pode ser resolvido com a simples prescrição do Antabuse ou outra medida simples, mas sim pelo estudo intensivo da personalidade do paciente e pela aplicação de um método terapêutico assentado em bases psicológicas.

JOY ARRUDA

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS COM PORTAS ABERTAS (MENTAL HOSPITALS WITH OPEN DOORS). J. A. KOLTES. *Am. J. Psychiat.*, 113:250-253 (setembro), 1956.

O autor, clínico de um hospital psiquiátrico, observou e avaliou os programas clínico e administrativo de três hospitais britânicos e relata seu funcionamento no sistema de open-door. Apesar destes hospitais já funcionarem sob estes princípios há vários anos, existem ainda dúvidas sobre a aplicabilidade eficiente da liberdade total ou da liberdade limitada. Assim, dois deles são totalmente abertos, porém, o terceiro mantém dois pavilhões fechados. A direção dos primeiros argumenta que a presença de alguma secção fechada constitui uma ameaça aos pacientes, que reagem sentindo como punição a transferência para as mesmas. O corpo clínico do outro hospital considera que os pacientes com grave ansiedade, reações de pânico ou com impulsos agressivos, reagem melhor num pavilhão fechado que é muito útil aos que apresentam evidente perturbação da percepção da realidade. Todos eles, no entanto, se esforçam em manter uma atmosfera de liberdade, o mais atraente possível, com tapetes, flores, plantas, mobiliário confortável e nenhuma grade nas janelas. Discutindo o assunto, o A. mostra as vantagens deste processo que entretanto, só se torna possível depois de se conseguir uma modificação da atitude do paciente para com o hospital. Isto tem sido conseguido pela psicoterapia de grupo e pela terapêutica ocupacional. Refere ainda que os hospitais norte-americanos procuram tentar o tratamento ambulatorio sempre que possível e que a internação deve ser uma parada provisória do paciente até se tornar capaz de voltar à sua comunidade. Embora bastante interessante a experiência destes hospitais britânicos, a grande maioria dos psiquiatras considera que o regime open-door é adequado para os casos selecionados ou como última etapa dos tratamentos. Consequência efetiva deste modo de pensar é que já existe atmosfera de liberdade, amizade, cooperação e atividade nos hospitais psiquiátricos em geral, com a total abolição dos antigos regulamentos rígidos e sistemas punitivos e coercitivos.

JOY ARRUDA

APRECIACAO PRELIMINAR DE PROJETO HOSPITALAR (PRELIMINARY APPRAISAL OF HOSPITAL DESIGN). A. H. FECHNER e H. ANDERSON. *Am. J. Psychiat.*, 113:211 (setembro), 1956.

Após a última guerra mundial a Veteran's Administration iniciou vasto programa de construção de hospitais psiquiátricos. Abandonando velhas tradições estes novos hospitais foram programados, geograficamente localizados, projetados, planejados e construídos sob constante e metucioso escrutínio, tudo sob a exclusiva orientação de médicos. Os autores descrevem um deles, o Salt Lake City Hospital, com dois anos e meio de funcionamento: especial consideração foi dada à localização, próxima a uma escola médica para o desenvolvimento de programa educacional e dos consultórios dos médicos que servem como consultantes, assim como à aparência arquitetural distante dos antigos edificios grotescos e com grandes muros, grades e enormes portões; as varandas e os galpões foram substituídos por jardins no interior dos pátios; as unidades de enfermaria foram reduzidas para pequeno número de pacientes; nos quartos de isolamento de agitados foram totalmente abolidas as privadas em um canto do quarto, as grades e as grossas portas revestidas de material isolante; os refeitórios tornaram-se verdadeiras salas de jantar com mesas para quatro doentes; as facilidades recreativas e ocupacionais foram cons-

truidas em edificios próprios. Apesar de tôdas estas características de hospital comum, os autores julgam que algumas melhorias ainda poderiam ser acrescentadas, citando dentre elas, as fechaduras normais nas portas e mais jardins para os doentes. Verifica-se, assim, o quanto progridem os hospitais psiquiátricos na sua identificação com a medicina geral. Resta saber que repercussão terão êstes novos cânones nas percentagens de remissões, na melhoria do ajustamento ao hospital, na população dos pavilhões de agitados e em todos os aspectos de assistência ao paciente, quando cada característica física destas belas novas estruturas for totalmente utilizada.

JOY ARRUDA