

## ANÁLISES DE REVISTAS

### NEUROPTOLOGIA

LESÕES DOS SISTEMAS PIRAMIDAL E ESTRIADO NO GATO. (STRIATAL AND PYRAMIDAL LESIONS IN THE CAT). E. G. T. LIDDELL E C. G. PHILLIPS. *Brain* 69:264-279 (dezembro) 1946.

Lesões praticadas nos corpos estriados de gatos, pelos mesmos AA., em 1940, determinavam o aparecimento de hipertonia em extensão nos membros contralaterais. Objetaram alguns (entre eles, Ranson), que o fenômeno era devido à lesão do sistema piramidal. No sentido de aclarar a questão, os AA. realizaram o presente trabalho: a primeira fase de suas experiências consistiu em seccionar as pirâmides bulbares; após um prazo suficiente para que as degenerações se estabelecessem, era praticada a lesão dos corpos estriados. Seus resultados: em consequência da secção piramidal, os gatos apresentavam frusta paralisia contralateral, da qual se restabeleciam quase inteiramente dentro de uma semana, restando apenas, permanentemente, além de deficiência na execução de movimentos que exigem destreza, hipertonia dos extensores e distúrbios posturais dos membros contralaterais. A lesão do núcleo lenticular traduzia-se por aumento dessa hipertonia, agravada ainda mais pela lesão do caudado. Não foi notada paralisia, mas novo fenômeno surgia pela lesão do corpo estriado, mesmo após a secção completa de ambas as pirâmides: movimentos compulsivos circulares, no sentido da lesão. A rigidez observada, entretanto, era menos intensa que a decerebrada. A liberação das reações posturais, verificada nestas experiências, indica que os núcleos estriados exercem normalmente inibição sobre a atividade de outros centros.

H. CANELAS

SÔBRE A EXCITAÇÃO SIMULTÂNEA BILATERAL DO CORPO EM UMA LESÃO DO LOBO PARIETAL. (ON SIMULTANEOUS BILATERAL STIMULATION OF THE BODY IN A LESION OF THE PARIETAL LOBE). P. W. NATHAN. *Brain*, 69:325-334 (dezembro) 1946.

Bender e Furlow descreveram recentemente um caso de lesão parietoccipital esquerda, em que a visão no hemisfério direito era suprimida pela excitação visual simultânea no campo esquerdo; o mesmo fenômeno foi verificado no domínio da sensibilidade superficial. O A. relata caso semelhante: ferimento na região parietal posterior D; desenvolveu-se hemianopsia homônima E; nítida desorientação espacial; dificuldade em reconhecer pessoas, embora pudesse evocar ou desenhar objetos; dificuldade em vestir-se, ler e escrever; esquecia e não utilizava sua mão mesmo ao cair, e até em sonhos nunca a usava. O exame psicométrico revelou déficit intelectual (teste de Reynell) e na análise e síntese espaciais (peças de Koh). Ao exame neurológico: anomia parcial à E; pequena constrição no quadrante inferior esquerdo em OD, erros na localização de objetos no hemisfério E; na periferia deste, a imagem de um objeto era

suprimida, quando outro estímulo surgia no campo D. Dos outros sinais, destacam-se: atrofia das polpas digitais E, perda da habilidade manual. Quanto à sensibilidade: hipostesia tátil, retardo e elevação do limiar para a dor e o frio na hemiface E; no hemicorpo ipsilateral, não tinha cócegas e apresentava distúrbios tácteis (hipoestesia, alucinações, erros de localização, da discriminação e da dermolexia), retardo na termoesesia, hipopalestesia, distúrbios artrestésicos nos dedos da mão e do pé. A supressão da função do córtex lesado foi revelada por três testes: estímulos simultâneos de pontos simétricos; excitação contínua no lado E enquanto o estímulo do lado D era feito e retirado; e o inverso desta última prova. Foi verificada suspensão nítida em relação às sensibilidades tátil e vibratória, menos constante quanto à pressão profunda, muito discreta para a dor.

O A. comenta os fatos observados e os relaciona à redução do tempo de adaptação sensitiva. As variações do limiar verificadas são características das lesões corticais. O A. salienta o interesse do estudo qualitativo do fenômeno, isto é, investigar se a supressão de uma sensação no lado oposto à lesão pode ocorrer por estímulos feitos em pontos não simétricos do hemicorpo ou mesmo do hemicampo normal. O mesmo princípio poderia ser usado para estudar a influência do córtex temporal sobre o aparelho vestibular, através da prova calórica bilateral e simultânea. O fenômeno da supressão já fora notado por Head e Holmes, em 1911. A lesão responsável estaria localizada na zona anterior ao sulco occipital transverso. O fenômeno não está relacionado à dominância hemisférica. O A. assinala que, nos 2 casos de supressão sensitiva, havia perturbações do esquema corporal; é provável que, em todos os casos de desordens da somatognosia, ocorra a supressão sensitiva.

H. CANELAS

AUTOTOPOAGNOSIA E SIMULTANEAGNOSIA COM "REAÇÃO PARANÓIDE ORGÂNICA". (AUTOTOPAGNOSIA AND SIMULTANAGNOSIA WITH "ORGANIC PARANOID REACTION"). G. N. THOMPSON E S. W. FRIEDMAN. Bull. Los Angeles Neurol. Soc. 2:172-177 (setembro-dezembro) 1946.

Aparentemente, lesões corticais de topografia variada podem ocasionar reações paranóides em indivíduos predispostos. O caso dos AA. refere-se a um indivíduo de 33 anos que, aos 12, após trauma craniano, apresentou características de personalidade psicopática com criminalidade patológica; posteriormente, episódios psicóticos com reações paranóides orgânicas. Ao exame neurológico, os AA. encontraram datilagnosia, agnosia visual (nas fotografias, identificava todos os objetos inanimados, mas não reconhecia animais e pessoas), somatoagnosia, simultaneagnosia, certa desorientação espacial, confusão da lateralidade, acalculia e agrafia. A pneumencefalografia revelou atrofia cortical generalizada. O EEG mostrou ondas lentas na região anterior dos hemisférios cerebrais (ataques psicomotores) e espículas na área parietal direita. Seis dias após a encefalografia, os sinais psico e neuropatológicos regrediram consideravelmente. Os AA. interpretam este resultado como conseqüente à destruição de aderências meníngeas pós-traumáticas.

H. CANELAS

NEGAÇÃO DA AMAUROSE — SÍNDROME DE ANTON. (DENIAL OF OWN BLINDNESS — ANTON'S SYNDROME). N. W. BROCKMAN E K. O. VON HAGEN. Bull. Los Angeles Neurol. Soc. 2:178-180 (setembro-dezembro) 1946.

O desconhecimento, por um cego, da própria amaurose, enquadra-se certamente entre as anosognosias. As lesões podem sediar-se em qualquer ponto das vias ópticas. No primeiro caso referido pelos AA. tratava-se de indivíduo com

60 anos que, ao ser examinado, apresentava paresia faciolingual e astereognosia direitas, discreta afasia sensorial e, embora inteiramente cego, afirmava poder ver. Ao lhe serem apresentados objetos, nomeava-os, como se os enxergasse, e procurava descrevê-los com fabulações; erguia-se do leito como se fosse a um lugar determinado; era incapaz de rememorar objetos ou côres. Três meses depois faleceu e, à necrópsia, foi verificada destruição, por amolecimento, do lobo temporal esquerdo e de ambos os lobos occipitais. O segundo caso refere-se a uma mulher de 60 anos que, após restabelecer-se de hemiplegia esquerda ocorrida 8 meses antes, veio a apresentar insônia, agitação e, por fim, distúrbios mentais (confusão, desorientação, delírios). Posteriormente, instalou-se hemianopsia esquerda, seguida por perda da visão nos hemisférios direitos, e hipocofose. Não tinha noção da amaurose, procurando descrever os objetos e querendo dar a impressão de reconhecer os presentes. O craniograma revelou hiperostose frontal interna. Após 4 meses, melhorou a audição e a visão nos hemisférios direitos, vindo a identificar os objetos que lhe eram exibidos. Persistiram a hemianopsia homônima esquerda e os distúrbios psíquicos. Os AA. chamam a atenção para a relação entre o estado da audição e o da visão neste caso. Quanto à patogenia da síndrome de Anton, admitem que se deva a perturbações nos circuitos occipitotálâmicos.

H. CANELAS

ALUCINAÇÕES VISUAIS COMO MANIFESTAÇÕES LOCALIZADORAS DE LESÕES DOS LOBOS TEMPORAL E OCCIPITAL. (VISUAL HALLUCINATIONS AS LOCALIZING MANIFESTATIONS OF LESIONS OF THE TEMPORAL AND OCCIPITAL LOBES). R. FRANTZ E P. J. VOGEL. Bull. Los Angeles Neurol. Soc. 2:135-144 (setembro-dezembro) 1946.

Alucinações visuais e auditivas em indivíduos sem sinais indicativos de psicose e capazes de reconhecer a irrealidade de tais manifestações, podem ser consideradas como indicio da existência de processos irritativos nas regiões visuo ou audiopsíquica. Os AA. lembram que as alucinações referentes a côr sugerem excitação da área 19, enquanto as ligadas à forma procedem da irritação de zonas na porção posterior do lobo temporal, embora se admita que os engramas visuais sejam armazenados na área 18. Os AA. investigaram se as alucinações apresentavam características de movimento e côr, ou se havia alucinações auditivas associadas, o que favoreceria a localização temporal de tais fenômenos. As lesões irritativas, em geral neoplásticas, também podem ser traumáticas e inflamatórias; os amolecimentos, como se sabe, não determinam alucinações.

O primeiro caso refere-se a uma menina que, aos 6 anos, começou a apresentar auras visuais no hemisfério esquerdo, representadas por um mosaico de quadrados purpúreos e verdes, alternados; aos 9 anos, ocorreu a primeira convulsão, generalizada, com desvio oculocefalógico para a esquerda, e que se repetiu com certa regularidade até os 14 anos, quando foi examinada pelos AA. O EEG revelou, então, disritmia localizada no lobo occipital direito. À intervenção cirúrgica, foi verificada atrofia cortical sediada na área 18, superposta a um foco angiomatoso. No segundo caso, tratava-se de indivíduo com 29 anos que, há 2 meses e meio, iniciara uma síndrome de hipertensão intracraniana, notando, ainda, diminuição da visão periférica nos hemisférios esquerdos. Dias antes de ser examinado pelos AA., principiara a ver, no hemisfério esquerdo, um dragão verde que se movia e desaparecia; esta alucinação repetiu-se várias vezes. O EEG mostrou disritmia focal na região temporal direita. Pela craniotomia foi verificado um cisto subcortical nessa região, com um nódulo angiomatoso em sua parede. Ao contrário do caso precedente, persistiram durante alguns dias as

alucinações visuais, que eram agora constituídas por um homem de branco que se aproximava do leito e desaparecia.

Comentando os casos, os AA. referem as observações de Horrax, a respeito das relações entre alucinações visuais e lesões do lobo temporal, que geralmente comprometem as vias ópticas; para Crichtey, as alucinações de origem occipital são elementares, enquanto as temporoccipitais são mais organizadas e, às vezes, se lhes associam alucinações auditivas; estes fatos também verificados por Keschner e Bender, vêm confirmar os conhecimentos gerais sobre a fisiologia das áreas 17, 18 e 19.

H. CANELAS

SÔBRE A SÍNDROME VASCULAR DO HEMIBULHO — WALLENBERG. (SUR LE SYNDROME VASCULAIRE DE L'HÉMIBULBE — WALLENBERG). DÉNISE LOUIS-BAR. Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol., 112-(1/2):53-107, 1946.

Muita discordância entre os autores se nota ao estudar as síndromes unilaterais do tronco encefálico. A autora, neste trabalho, visa principalmente realçar as divergências observadas nos casos de síndromes bulbares relatados e, por meio de contribuições pessoais, tenta preencher esses claros.

Com notável rigor, a A. realizou a revisão dos casos de síndrome de Wallenberg publicados. Após considerações sobre os primeiros casos descritos por Marcet Alexander e Taylor, passa a comentar a observação princeps de Wallenberg, que estabeleceu o quadro clínico, do qual deduziu a localização do foco; este autor distinguia duas constelações clínicas diversas da síndrome, conforme a lesão se situasse acima ou abaixo do limite caudal da protuberância. Assim, o quadro bulbar exclusivo pode-se enriquecer com o aparecimento da síndrome inferior de Foville, nistagmo ou paralisia facial, podendo os sinais cerebelares passar a controlaterais, ou as desordens sensitivas assumir as formas mais diversas. Esse território vascular, como já assinalara Wernicke, foi posto por Wallenberg sob a dependência da artéria cerebelar ífero-posterior. Babinski e Nageotte, um ano após, descreveram a síndrome hemibulbar, que só difere da de Wallenberg pela presença de nítidos sinais piramidais e porque a hemitermanalgia não assume o tipo alterno. A síndrome de Cestan-Chenais é igual à de Babinski-Nageotte, dela divergindo pela ausência de hemiplegia; aliás, para a A., os quadros clínicos destas últimas síndromes apenas constituem modalidades frustas ou enriquecidas da síndrome da artéria cerebelar ífero-posterior.

A autora relata 2 casos anátomo-clínicos de síndrome retrolivar, de cujo minucioso estudo se utiliza para rever questões ainda discutidas no campo da fisiopatologia das vias e centros bulbares e dos nervos cranianos a eles relacionados. Detém-se especialmente no estudo do contingente sensitivo do trigêmeo, dos sinais motores e dos distúrbios da gustação, deglutição e fonação. Assinala a impossibilidade de se distinguir, na síndrome cerebelar, o que se deve propriamente à lesão das vias cerebelares, do que decorre de processos assestados nas vias vestibulares, olivares ou cordonais. Lembra, a propósito, que os lobos amigdalino, digástrico e semilunar são irrigados pelos ramos medianos da artéria cerebelar ífero-posterior.

H. CANELAS

PUBERDADE PRECOCE COM TUMOR HIPOTALÂMICO — INFUNDIBULOMA. (PRECOCIOUS PUBERTY WITH HYPOTHALAMIC TUMOR — INFUNDIBULOMA). J. PAPEZ E A. ECKER. J. Neuropathol. a. Exper. Neurol. 6:15-23 (janeiro) 1947.

Trata-se de um menino de 8 anos, com nível intelectual baixo, cujo desenvolvimento genital correspondia à idade de 14 anos; apresentava síndrome de

hipertensão intracraniana e crises de sonolência. Examinado pelos AA., foram verificados outros distúrbios neurológicos (rigidez pupilar, paralisia do olhar para cima e para a direita, incoordenação dos membros inferiores, rotulianos pendulares, hiperreflexia profunda geral e Babinski bilateral), não havendo polidípsia, poliúria ou hiperglicemia. A ventriculografia revelou hidrocefalia, tendo os AA. pensado em pinealoma; contudo, foi negativa a exploração cirúrgica da região epitalâmica. O paciente faleceu no terceiro dia do pós-operatório. Necros-côpicamente, foi encontrado grande infundibuloma no III ventrículo, com um pedúnculo implantado na porção imediatamente pré-mamilar do hipotálamo. Este tumor destruiu a eminência mediana, os núcleos ventromediais, tuberianos laterais e hipotalâmicos posteriores, e o fórnice esquerdo. Os núcleos anteriores (pré e supra-óptico e paraventricular) estavam parcialmente lesados.

Os AA. admitem que a lesão do hipotálamo posterior tenha abolido a inibição normalmente exercida sobre a adeno-hipófise, a qual deve conservar sua integridade funcional, para que se possam estabelecer os sintomas da puberdade precoce. A destruição completa da eminência mediana e dos núcleos ventromediais (regiões que controlam a pars nervosa) poderia ser responsável pela liberação da atividade neuro-hipofisária. Os AA. confrontam a sintomatologia genital devida às lesões tumorais do hipotálamo posterior, com a determinada por processos situados na região anterior do hipotálamo ou na hipófise (distrofia adiposogenital). Salientam que os pinealomas podem provocar distúrbios endócrinos, mas só o fazem indiretamente, pelos efeitos da compressão sobre a região hipotalâmica.

H. CANELAS

HEMATOMA SUBDURAL. (SUBDURAL HEMATOMA). H. C. VORIS. J. A. M. A., 132: 686-692 (novembro, 23) 1946.

O A. baseia seu trabalho em 100 casos por ele operados, não sendo englobados os hematomas subdurais infantis, nem aqueles de espessura menor que 3 mm. ou de volume inferior a 10 cc. Se bem que os tumores e as anomalias vasculares, a arteriosclerose, as discrasias sanguíneas, o alcoolismo, possam agir, seja como causas primárias ou secundárias, seja como causas predisponentes, são os traumatismos cranianos o fator etiológico mais importante do hematoma subdural. É a especial disposição anatômica das veias cerebrais, formando verdadeiras pontes venosas (bridging veins) que cruzam o espaço subdural para alcançarem os seios venosos durais, ou que cruzam esse espaço, caminhando entre a aracnóide e a dura, para se esvaziarem em qualquer sinus, que favorece sua rotura, nos deslocamentos do cérebro. Forma-se, assim, um foco hemorrágico, primeiro estágio do desenvolvimento do hematoma subdural. Caso haja ampla comunicação entre o foco hemorrágico e o espaço subaracnóideo, poderá haver absorção; caso tal não houver, fica o sangue retido no espaço subdural e, nessas condições, não será absorvido; poderá ser, então, mesmo quando pequeno, origem de grande hematoma, em virtude de osmose do líquido, através da aracnóide. Depois dessas considerações sobre a patogenia, passa o A. a estudar os sintomas e o diagnóstico dos hematomas subdurais. São os indivíduos do sexo masculino os mais suscetíveis aos hematomas, naturalmente por serem os mais expostos aos traumatismos cranianos. O hematoma pode ser observado em qualquer idade, mas é raro na infância e nos jovens adultos. O decurso clínico do hematoma subdural crônico (o A. faz a diferenciação entre as formas agudas e crônicas, baseado no tempo que medeia entre o acidente inicial, traumático, e a intervenção cirúrgica) pode ser de dois tipos: ou os sintomas subjetivos estão nitidamente relacionados com o trauma e se iniciam com ele, ou aparecem muito mais tarde, quando o acidente causal às vezes já foi esquecido, simulando um tumor cerebral, moléstia vascular,

encefalite, etc. Os sintomas mais comuns são os distúrbios mentais (90%), caracterizados por mudanças da personalidade, confusão e desorientação flutuantes, que caminham para o estupor e coma; em 75% dos casos aparecem sinais piramidais contralaterais (63%) ou ipsilaterais (12%); seguem-se a cefaléia (62%), a dilatação pupilar contralateral (5%) ou ipsilateral (40%), o edema de papila (37%), as convulsões (29%), a bradicardia (29%) e, finalmente, outros sinais de grande importância obtidos pelo exame de líquido, onde, com grande frequência, encontramos xantocromia. O diagnóstico, portanto, deverá basear-se na história do traumatismo (se possível) e na evolução progressiva ou flutuante da sintomatologia. Quanto ao tratamento, o A. recomenda a simples drenagem através de dois orifícios realizados no crânio, logo acima da inserção dos temporais, de cada lado; às vezes, podem ser necessários mais orifícios e mesmo uma ampla abertura. Para os casos em que a drenagem do hematoma não se acompanha de expansão cerebral, para reocupar sua situação primitiva, casos esses de mau prognóstico, o A. segue uma técnica original (injeções intravenosas de 1 litro d'água destilada e 1 litro de solução isotônica de cloreto de sódio), com resultados muito satisfatórios.

O. LEMMI

ANÁLISE DE CEM CASOS DE EPILEPSIA. (ANALYSIS OF ONE HUNDRED CASES OF EPILEPSY). O. MARBURG e M. HELFAND. *J. Nerv. a. Ment. Dis.*, 104:465 (novembro) 1946.

Investigando a causa dos ataques em 100 casos de epilepsia, os AA. verificaram que apenas 10 eram de natureza endógena. Em dois desses, a herança epiléptica era dominante. Nos 8 restantes, apurou-se alcoolismo paterno, consangüinidade e apoplexia em membros da família. Entre as causas exógenas, somente em 3 casos podia o parto ser responsabilizado (dificuldade, parto com fórceps, asfíxia). Em 17 casos, apurou-se trauma craniano precedendo os ataques (traumas de intensidade diferente e tempo de latência variável entre poucas semanas e 21 anos). O EEG não revelou alterações de tipo focal, mas disritmias. Em 28 casos, as meningites e encefalites relacionadas com as moléstias infecciosas da infância foram dadas como causa das crises convulsivas. O início mórbido foi variável, predominando os primeiros anos da vida e a época da puberdade. Em dois indivíduos com 60 anos, havia hipertensão vascular. Em 54 casos examinados eletrencefalograficamente, somente em 3 as ondas eram normais, apesar das convulsões. Os AA. dão grande importância à dosagem de glicemia, para surpreender possíveis hipoglicemias por hiperinsulinismo.

Sob o ponto de vista terapêutico, salientam as vantagens das medidas higienodietéticas como coadjuvantes da medicação; assim, recomendam vida ao ar livre, exercícios físicos, abstenção de álcool e café, recomendando a dieta hipocloretada de Richet e Toulouse quando se empregam os brometos. Entre as drogas, três são salientadas: barbitúricos, dilantin sódico e uma modificação deste, fenilmetiletíl-hidantoinato (fabricado pela casa Sandoz). O estudo comparativo entre esses medicamentos é difícil, devido à diferença de tempo de emprêgo dessas drogas. São transcritos quadros onde se vê que a maior ou menor dificuldade em controlar as crises não depende da frequência destas, mas da capacidade reativa individual à medicação. Houve casos em que foram necessários 10 anos para obter-se resultado satisfatório. Nos casos rebeldes à medicação barbitúrica-dilantin, experimentaram o fenilmetiletíl-hidantoinato com grande sucesso em 5 casos, não controláveis por outras drogas. Mesmo num caso de pequeno mal, o efeito foi excelente. A dose média era de 0,1 gr. 3 vezes ao dia. Nos casos de ataques frequentes, a dose pode ser aumentada até 5-6 vezes por dia. Os AA. não consideram útil a associação de barbitúricos com outras drogas, devendo ser substi-

tuídos por outra desde que não consiga controlar as crises; esta opinião discorda com o que está mais ou menos estabelecido em terapêutica. Consideram o dilantin e hidantoinato superiores aos barbitúricos, devido ao efeito mais rápido.

M. ROBORTELLA

A SÍNDROME VESTIBULAR OBJETIVA DOS TRAUMATIZADOS CRANIANOS. (LE SYNDROME VESTIBULAIRE OBJETIF DES TRAUMATISÉS CRANIENS). J. PIQUET. Presse Méd., 1:3-5 (4 janeiro) 1937.

Assinalando as dificuldades existentes para se julgar, particularmente do ponto de vista médico-legal, as síndromes subjetivas dos pequenos traumatizados do crânio, o A. estudou 300 desses casos com semiologia vestibular simples e objetiva. Usou a prova calórica fria, a prova do desvio do índice, do Romberg e da marcha cega. isto é. provas perfeitamente suportáveis por tais doentes, em geral muito fatigáveis. Encontrou, com grande frequência, inexcitabilidade ou hipoeexcitabilidade de um ou de ambos ouvidos à água fria (206 casos), ou a hiperexcitabilidade em menor número deles (43 casos), sendo a refletividade normal só em 53 casos, nos quais, na maioria, não ficou provada a existência de verdadeira síndrome pós-comocional. As demais provas em geral acompanharam a calórica ou, em menor número de vezes, dão resultados isolados dela, dando, entretanto, também resultados objetivos de grande valor diagnóstico. Com esses elementos, conclui que todos traumatizados do crânio com síndrome subjetiva que apresentem sinais objetivos nestas provas semiológicas simples são de fato portadores de síndromes pós-comocionais. Nos em que tais sinais faltem, a existência desta síndrome é muito duvidosa.

Na explicação fisiopatológica de tais síndromes, ao contrário de muitos autores que a procuram em lesões vestibulares periféricas (ouvido interno), o A. conclui estar em lesões dos núcleos ou nas vias de associação vestibulares bulbo-pontinas (vestibuloculomotoras ou deiterospinais). A inexcitabilidade é perfeitamente explicada por lesões celulares nucleares, enquanto que a hiperexcitabilidade é por lesões supranucleares (síndrome de libertação). Falam em prol desta hipótese a hipo ou inexcitabilidade vestibular sem surdez, o desvio do índice para o lado inexcitável (lesão dos núcleos vestibulares primários), a hiperrefletividade associada a desvio do índice (lesão vestibular central), a desarmonia vestibular (lesão central). A seu ver, pequenas lesões por distúrbios circulatórios nessa região explicam bem o que se passa em tais casos de traumatizados do crânio

P. PINTO PUPO

DELIMITAÇÃO DE TUMORES SUBCORTICAIS PELA ELETROGRAFIA DIRETA. (DELIMITATION OF SUBCORTICAL TUMOURS BY DIRECT ELECTROGRAPHY). W. G. WALTER E V. J. DOVEY. Lancet, 1:5-9 (5 janeiro) 1946.

Sabido é que a eletrencefalografia indireta (Walter 1936, Williams e Gibbs 1939, Cobb 1944), assim como a eletrecorticografia (Foerster 1935, Walter 1936), já permitiam resultados magníficos na semiologia dos tumores cerebrais. Agora, o método direto, por intermédio de eletrodo-agulha procurando e delimitando dentro do próprio cérebro o tumor, vem proporcionar notável progresso. O método consiste em uma agulha idêntica às de punção cerebral utilizadas pelos neurocirurgiões, mas de prata, toda coberta de fina camada de matéria plástica, com exceção do segmento da ponta, recoberto de fina camada de cloreto de prata, para evitar potenciais anômalos de polarização do eletrodo. Por dentro dessa agulha, tan-

bém protegida por matéria plástica isolante, passa outro estilete de prata que vai emergir em orifício colocado lateralmente alguns mms. acima da ponta, de modo a termos dois pontos, distantes alguns mms. um do outro, que são eletrodos ativos. Este eletrodo-agulha, ligado a um eletrencefalógrafo de inscricor a tinta, quando mergulhado no tecido cerebral, permite ao neurocirurgião reconhecer imediatamente o tecido cerebral são (ritmos normais do EEG), o tecido lesado (ritmos lentos, ondas teta e ondas delta) e o tecido elêtricamente inativo (tumor, foco hemorrágico, abscesso, etc.). A agulha, sendo milimetrada, permite, ainda, o reconhecimento imediato da forma e extensão da neoformação. Por outro lado, retirando-se o estilete central, essa mesma agulha serve, como as agulhas comuns, para punção e biópsia do material que fôr de interêsse diagnóstico.

As quatro observações bem e esquemáticamente documentadas que os AA. apresentam, constituem documentação do valor inestimável que poderá adquirir êste novo meio semiológico. A lembrança da dificuldade que encontra o neurocirurgião quando, diante de um cérebro exposto, o tumor não aflora à corticalidade e, ao mesmo tempo, tem consistência próxima à do tecido cerebral, não se tornando reconhecível pela palpação ou mesmo pela punção, é outro argumento em favor da grande utilidade do traçado eletrencefalográfico em tais circunstâncias.

Ao lado dessas observações práticas proporcionadas pelo método, outras teóricas aparecem e de muito interêsse. Citemos sômente uma que vem de encontro a idéias anteriormente tidas como incontestas. Referimo-nos ao fato que a substância branca cerebral normal é elêtricamente identificável por um ritmo idêntico ao da substância cinzenta, tida anteriormente como única fonte de origem do ritmo alfa, ritmo cerebral normal.

P. PINTO PUPO

DISRITMIA CEREBRAL E PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS. (CEREBRAL DYSRHYTHMIA AND PSYCHOPATHIC PERSONALITIES). B. SIMON, J. O'LEARY e J. RYAN. Arch. Neurol. e Psychiat., 56:677-685 (dezembro) 1946.

Alguns trabalhos recentes demonstrando alta percentagem de EEG patológicos em casos de desordens do comportamento, chamam a atenção para a possibilidade da coexistência de múltiplos fatores orgânicos na gênese de tais alterações. Assim raciocinando, os AA. estudaram o problema acuradamente em hospitais militares. Seleccionaram um grupo de pacientes, que foram examinados por psiquiatras diversos e classificados como "personalidades psicopáticas", após minuciosos exames que afastaram por completo outros fatores orgânicos que pudessem influir no quadro psiquiátrico (traumas, encefalites, lesões frontais por tumores), assim como a coexistência de qualquer outra afecção orgânica. Nesse material, analisam as inaptações sociais ou econômicas, a mutabilidade do humor, as tendências agressivas, as ações anti-sociais, o alcoolismo e outras toxicomanias, os desvios da sexualidade, etc. Após essa rigorosa seleção, submetem-os à eletrencefalografia, classificando os traçados segundo o esquema de Gibbs: normais, com freqüência de 8,5 a 12; limiares, F<sub>1</sub> ou S<sub>1</sub> (rápidas ou lentas); anormais (F<sub>2</sub> ou S<sub>2</sub> e disritmias paroxísticas). De 96 traçados técnicamente bons, encontraram 72% dentro da normalidade, 12,6% nos limiares da normalidade (F<sub>1</sub> e S<sub>1</sub>) e sômente 9,4% anormais do tipo F<sub>2</sub> ou S<sub>2</sub> e 5,2% do tipo paroxístico. O estudo comparativo entre os casos e os traçados não mostrou coincidência de maiores alterações com os quadros psiquiátricos mais graves.

Ora, êstes resultados, comparados com os 5 a 20% de EEG anormais encontrados pelos diversos autores entre os grupos normais de população, mostram não haver grande predominância de anormalidade entre as personalidades psicopáticas. São resultados algo divergentes dos da literatura sobre o assunto. Êles levam os AA. a rever todos os casos de EEG anormal, procurando despistar a



coexistência de fatores orgânicos, e, portanto, fazendo o diagnóstico diferencial com os verdadeiros "constitutional psychopathic states".

P. PINTO PUPO

RETÍCULO-ENDOTELIOSE. (RETICULO-ENDOTHELIOSIS). ALISON E. IMLER. Am. J. Roentgenol. a. Rad. Ther. 56:343-354 (setembro) 1946.

O A. apresenta 2 casos de retículo-endoteliose bem estudados clinicamente e acompanhados de toda a documentação paraclínica indispensável para o diagnóstico. Tece considerações interessantes a respeito das relações entre a moléstia de Letterer-Siwe e o granuloma eosinófilo ou granuloma solitário do osso, revendo a opinião de numerosos autores. Conclui afirmando que ainda não é possível a separação dessas moléstias em entidades mórbidas específicas. São variações de uma reação hiperplástica do sistema retículo-endotelial e podem ser agrupadas sob a denominação genérica de retículo-endoteliose. O granuloma eosinófilo ou granuloma solitário do osso representa uma hiperplasia localizada do SRE. O distúrbio do metabolismo lipídico não seria o fator etiológico responsável por essas entidades mórbidas, que se classificariam como moléstias primárias do SRE. Gross e Jacox admittiam a moléstia de Hand-Schüller-Christian como uma forma crônica de retículo-endoteliose, enquanto que a moléstia de Letterer-Siwe seria uma forma aguda. Os sinais clínicos dependem da localização das massas granulomatosas. O quadro clínico pode variar desde a lesão única até às lesões ósseas generalizadas e comprometimento das partes moles. O triade — exoftalmo, defeitos no crânio e diabete insípido — não é indispensável para o diagnóstico da moléstia de Hand-Schüller-Christian nos períodos precoces, enquanto que, nas fases mais adiantadas de sua evolução, todas as combinações podem ser encontradas e, com muita frequência, os três sintomas cardinais estão ausentes. Cefaléia e áreas delimitadas de amolecimento do crânio são os sintomas mais comuns. O diabete insípido resulta da infiltração granulomatosa da hipófise e do tuber cinereum. A patologia pulmonar é comparável à verificada nos ossos, isto é, na fase precoce o processo é granulomatoso, e no período da cura é quase que inteiramente fibroso. Radiologicamente, o quadro é bem conhecido. Os defeitos ósseos não resultam de distúrbios do metabolismo do cálcio, mas sim da pressão das massas granulomatosas. Em alguns casos, o achado inicial é o diabete ou a lesão óssea solitária, que se apresenta muitos anos antes do comprometimento generalizado. O quadro radiológico ósseo da moléstia de Hand-Schüller é idêntico ao do granuloma eosinófilo. Os ossos mais comprometidos são os do crânio, da pelve, fêmur e costelas. O exoftalmo é consequência do desenvolvimento dos ossos da órbita e não resulta do aumento de pressão intracraniana. Os achados de laboratório não têm sido constantes, de modo a orientar o diagnóstico. O aumento da taxa de colesterol no sangue não tem sido verificado em numerosos casos. O cálcio, fósforo, proteína total, albumina-globulina e fosfatase também não apresentam variações significativas. A histopatologia da moléstia de Hand-Schüller-Christian, do granuloma eosinófilo e da moléstia de Letterer-Siwe é tão idêntica que se torna impossível a diferenciação. O granuloma pode parecer um tumor de células gigantes ou pode exibir as chamadas células-xantomas. A infiltração eosinófila é o achado predominante. O diagnóstico diferencial é feito com o mieloma múltiplo, a osteomielite crônica, a osteoporose circunscrita, a tuberculose, a sífilis e a metástase carcinomatosa. Quando existe linfadenopatia, é possível a confusão com a tuberculose, pneumoconiose e micose. A terapêutica preconizada é a radioterapia com doses relativamente pequenas. Pouco ou nenhum resultado se obtém no período de fibrose.

CELSON PEREIRA DA SILVA

## NEUROCIRURGIA

O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMISPASMO FACIAL. (THE SURGICAL TREATMENT OF HEMIFACIAL SPASM). J. GREENWOOD JOR. J. Neurosurg. 3:506-510 (novembro) 1946.

Após breves considerações de ordem clínica e referências à ineficácia da alcoolização às cegas, às desvantagens da secção completa do facial e aos inconvenientes de sua anastomose com outros nervos cranianos, o A. apresenta um método elétrico de localização que torna possível a interrupção seletiva de ramos do VII par pelo álcool ou intervenção cirúrgica. No caso de bloqueio pelo álcool, é empregada uma corrente alternada de baixa voltagem, cujos polos são ligados a duas agulhas hipodérmicas; uma delas é introduzida sob a pele, paralelamente ao ducto excretor da parótida, e com a outra, articulada a uma seringa que contém novocaína, são localizados os ramos nervosos, pesquisando ao longo de uma linha previamente anestesiada. Descoberto o ramo desejado, são injetados sucessivamente 1 cc de novocaína e 0.5 cc de álcool a 95%. Com pequenas variantes, o método é aplicado para descobrir o tronco do facial no seu trajeto intraparotídeo e para verificar o destino dos ramos a serem seccionados cirurgicamente. Neste último caso, após a secção de cada ramo, é excitado o tronco nervoso através de uma terceira agulha em conexão com o forame estilomastóideo, a fim de observar o efeito produzido.

O A. tratou 14 casos com injeção de álcool e 8 cirurgicamente, obtendo resultados bastantes satisfatórios. Quatro esquemas.

J. ZAČLIS

NOVO MÉTODO PARA CONTROLAR HEMORRAGIA EM CIRURGIA CEREBRAL. (A NEW METHOD FOR THE CONTROL OF HEMORRHAGE IN CEREBRAL SURGERY). MASSON TRUPP. J. Neurosurg. 3:548-549 (novembro) 1946.

O método consiste em limpar o campo operatório por meio de um jacto de ar comprimido, o que facilita ao cirurgião perfeita visualização do ponto sangrante, permitindo eletrocoagulação eficaz. Para esse fim, o A. construiu um aparelho que consta de três vasos ligados entre si contendo soluções antissépticas para lavar o ar que entra por uma extremidade da série e sai pela outra através de fino tubo metálico ligado ao sistema de frascos por tubo de borracha, à razão de 12-15 litros por minuto. O volume-minuto é regulado por manômetro. A notícia é ilustrada por fotografia do aparelho em repouso; infelizmente, não há referência à fonte de ar nem aos antissépticos empregados.

J. ZAČLIS

## NEURORRADIOLOGIA

OBSERVAÇÕES SOBRE A SELA TURCA. (SOME OBSERVATIONS CONCERNING THE HYPOPHYSIAL FOSSA). W. HEUBLEIN. Am. J. Roentgenol. a. Radium Ther. 56:299-319 (setembro) 1946.

Inicialmente, o A. faz rápido estudo do histórico da acromegalia, lembrando que foi Oppenheim o primeiro a fazer o diagnóstico radiológico do adenoma da hipófise. Passando ao estudo da sela turca, aborda a questão de seus diâmetros. Em 614 craniogramas, escolheu 100 de indivíduos inteiramente normais e efetuou nelas a medida dos diâmetros selares, chegando a valores quase idênticos aos encontrados por Kornblum, isto é, encontrou, para a média do diâmetro ântero-

posterior, 10,66 mms., e do diâmetro de profundidade, 8,30 mms. Em 6 pacientes com adenoma cromófolo, os diâmetros encontrados foram: A.P. — 23 mms., Prof. — 17 mms. Quanto à forma da sela, verificou que em 53% dos casos era oval, em 28%, arredondada e em 19%, chata. Analisa os múltiplos aspectos que podem ser observados na região selar, acentuando que deve o radiologista estar bastante familiarizado com essa região, para não admitir como patológicas formações, que, embora raramente presentes, são inteiramente normais. As pontes entre as clinóides anteriores, posteriores e médias foram encontradas em 7% dos casos. Lembra a possibilidade de confusão dos sulcos vasculares existentes na escama temporal e que, na incidência de perfil, se projetam sobre a sela turca, com as fraturas lineares da região selar. Relativamente ao seio esfenoparietal de Bershet, é possível, quando alargado, ser considerado, erradamente, como sinal da presença de um meningeoma. Pequenas endostoses na tábua interna da escama temporal podem, nas radiografias laterais, aparentar calcificações intra-selares, o que é esclarecido com o auxílio da estéreo-radiografia. Os depósitos cálcicos na hipófise são devidos a processos degenerativos e não têm significação clínica, enquanto que os depósitos de cálcio sobre o diafragma indicam geralmente um tumor da bolsa de Rathke. A calcificação do ligamento petroclinóideo é também um achado freqüente e carece de significação patológica.

As modificações oftalmológicas observadas nos tumores da hipófise consistem em: alterações do campo visual, modificações do fundo de olho, paralisias oculares e distúrbios devidos à invasão da órbita, o que é raro, sendo, porém, as modificações do campo visual as mais importantes. O edema de papila é raramente observado. Comprometimento total ou parcial do III, IV e VI pares cranianos ocorre na extensão lateral do processo. Quando o exame neuroftalmológico indica que há lesão do quiasma e a radiografia mostra uma sela normal deve ser lembrada a possibilidade de se tratar de aneurisma. Tratando dos processos que determinam modificações selares, o A. os classifica em intra-selares, extra-selares (supra, para, e meta-selares), modificações devidas a processos do seio esfenoidal e modificações ocasionadas por outras condições: metástases malignas, mielomas múltiplos, cordomas. Acentua a possibilidade de erro na apreciação das modificações selares, erros esses ocasionados por defeito de técnica na tomada das radiografias.

O trabalho é documentado por numerosas observações clínicas, acompanhadas de radiografias e de esquemas explicativos.

CELSO PEREIRA DA SILVA

ASPECTO RADIOLÓGICO DA SELA TURCA NOS MENINGEOMAS SUPRA-SELARES. JOSÉ RIBE PORTUGAL. Medicina, Cirurgia, Farmácia. 121:229-241 (maio) 1946.

Estudando os meningeomas supra-selares do ponto de vista do diagnóstico radiológico, o A. encarece a importância da verificação da forma, das dimensões e das alterações corrosivas da sela turca, assim como a constatação da existência de hiperostose na base do crânio, ocorrência rara, e que, por isso mesmo, tem chamado a atenção dos estudiosos do assunto. Lembra a raridade da localização dos meningeomas no tubérculo da sela, ao contrário do que sucede com os que se desenvolvem na região dos corpúsculos de Pacchioni. Na bibliografia referente ao assunto, encontrou 28 casos de Cushing e Eisenhardt nos E.E.U.U., 22 casos de Guillaumat em França, 10 casos de Holmes e Sargent na Inglaterra, seguindo-se outras publicações com número reduzido de casos (2 ou 3 cada um). Recorda o quadro clínico dos meningeomas do tubérculo selar, que é resumido em: baixa da agudeza visual, atrofia óptica primária, hemianopsia bitemporal e "aspecto normal da sela turca". O processo ocorre geralmente em indivíduos de 30 a 45 anos de idade. Revendo os trabalhos de Cushing e Eisenhardt sobre o

assunto, anota que êsses AA., em 1938, já não consideravam a sela turca normal como fazendo parte do quadro dos meningiomas supra-selares, mas afirmavam que uma interpretação radiológica mais acurada permitia evidenciar alterações selares muito discretas mas que possibilitavam ao radiologista sagaz diagnosticar alguns dêsses tumores. O A. apresenta 5 casos operados de meningiomas do tubérculo da sela, e em todos êles as alterações selares são evidentes, quer em fases precoces, quer em períodos mais adiantados da evolução do tumor.

Refere-se à anatomia da região selar, afirmando que a disposição anatômica da sela turca é que condiciona o aparecimento de certos fenômenos causados pela pressão do tumor sobre os órgãos vizinhos. Assim é que a existência de um diafragma selar resistente impede, por algum tempo, o crescimento do tumor para cima e, por consequência, a sintomatologia óptica só surge tardiamente. Ao contrário, quando o diafragma selar é constituído de uma membrana frouxa ou quando a abertura selar é ampla, os fenômenos de compressão das vias ópticas são de aparecimento precoce. Faz, em seguida, recapitulação breve da anatomia da sela turca, documentada por numerosas fotografias de peças e radiografias da região. Analisa as observações dos AA. já mencionados, concluindo que a forma e as dimensões da sela não sofrem alterações sensíveis, senão em casos excepcionais, com longos anos de evolução. Relativamente à hiperostose da base e infiltração neoplástica do osso, só há um caso publicado na literatura, o de Kredel.

Relata seus casos, descrevendo com detalhes as alterações selares observadas, mas infelizmente a documentação radiográfica apresentada não permite acompanhar a descrição radiológica feita, pelo que deveria o A. apresentar esquemas das radiografias ou pelo menos ampliação da região selar. Em todos os seus casos a sela estava alterada, não no sentido do aumento dos diâmetros selares, mas pela existência de erosões das clinóides posteriores ou do dorso, condensação óssea ao nível do tubérculo e alargamento da goteira quiasmática. Em 2 casos, constatou hiperostose do tubérculo da sela, sendo que, em um dêles, o exame histológico mostrou neoplasia do osso.

CELSO PEREIRA DA SILVA

O ASPECTO RADIOGRÁFICO DA FOICE DO CÉREBRO. (THE ROENTGENOGRAPHIC APPEARANCE OF THE FALX CEREBRI). E. GRAEME ROBERTSON. *Am. J. Roentgenol. & Radium Ther.*, 56:320-323 (setembro) 1946.

Lembra o A. que é possível a visualização da foice do cérebro nos craniogramas, com mais freqüência do que geralmente é mencionada, uma vez que as radiografias em incidências sagitais sejam praticadas corretamente, sem distorção. Devemos lembrar que o A. estuda a visualização radiológica da foice do cérebro em condições inteiramente normais, isto é, sem abordar o estudo das calcificações da foice, tão freqüentemente observadas. Descreve rapidamente a imagem fornecida pela foice do cérebro nos craniogramas em projeção ântero-posterior e pósterio-anterior, suas dimensões e sua situação, acentuando que a foice pode ser desviada de sua posição normal, mediana, em casos patológicos, quando um processo expansivo localizado em um hemisfério cerebral determinar o seu deslocamento para o lado oposto. Esse fato é de importância, pois a visualização da foice nos craniogramas permite, pelo estudo da sua posição, aquilatar, muitas vezes, da existência de um processo tumoral intracraniano. Todavia, essa eventualidade nem sempre se verifica, pois é sabido que a imagem radiológica da foice é devida à resistência oposta à passagem dos raios X pela densa membrana fibrosa em seu maior diâmetro — ântero-posterior — e que nunca é ela visualizada na incidência de perfil, devido à sua pequena espessura. Ora, o tumor determinando o desvio da foice de sua posição normal, faz com que essa estrutura se coloque em um plano oblíquo à incidência do raio normal, diminuindo consequen-

temente a espessura a ser atravessada pelos raios X, deixando de fornecer resistência suficiente para dar imagens no filme radiográfico.

O A. examinou os craniogramas de 100 pacientes para verificar a frequência com que é visualizada a foice. De cada paciente foram tiradas 2 ou 3 radiografias em incidências sagitais. Verificou que, em 65 craniogramas, a foice era visualizada. Em 28 pacientes, o craniograma mostrou uma curta sombra da foice, suficiente, porém, para determinar a posição exata dessa estrutura. Em 9 casos, a foice não foi visualizada, mas o exame dos craniogramas mostrou que houve alguma distorção. Em uma série de 50 casos de tumor cerebral comprovado, o estudo dos craniogramas mostrou que a foice era visível em 28 e estava deslocada de sua posição anatômica em 13 e em posição normal em 15 casos, não se visualizando em 22 casos. Lembra o A. que a densidade craniana, diversa da normal, pode mascarar a sombra da foice. Acentua, também, que a tenda do cerebelo, por sua estrutura fibrosa, densa, poderia ser visualizada nos craniogramas, mas que tal não se verifica devido à curvatura que ela normalmente apresenta, diminuindo, por consequência, a espessura a ser atravessada pelos raios X. Finalmente, lembra o A. que a visualização da foice do cérebro é o elemento mais seguro para julgar da posição mediana do físsura inter-nemisférica, uma vez que essa físsura nem sempre coincide com os pontos ósseos craniofaciais de reparo.

CELSON PEREIRA DA SILVA

PNEUMENCEFALOGRAFIA SUBDURAL. (SUBDURAL PNEUMOGRAPHY). CAMPBELL HOWARD. *Am. J. Roentgenol. e Rad. Ther.*, 55:710-716 (junho) 1946.

O A. estuda as indicações da pneumencefalografia subdural, suas técnicas cirúrgicas e radiológica, os aspectos anatômicos de conhecimento indispensável para a interpretação dos pneumencefalogramas, tecendo, finalmente, considerações sobre a fisiopatologia das alterações mais comumente observadas. Documenta o trabalho com radiografias que permitem acompanhar facilmente a sua exposição.

A pneumencefalografia subdural, afirma o A., evidencia aderências entre o córtex cerebral e a dura, as quais não seriam reveladas pela pneumencefalografia subaracnóideia. Dêse fato decorre a indicação do método nos casos de epilepsia jacksoniana e nos de traumatismos cranianos, permitindo também ao neurocirurgião maior segurança em suas intervenções, uma vez que os sinais clínicos nem sempre permitem localização perfeitamente exata. Relativamente à técnica da insuflação de ar no espaço subdural, o A. descreve a que foi preconizada por Ney em 1932 e que consiste na trepanação do occipital, punção lombar subsequente, com o paciente em posição sentada, e retirada de 30 a 60 cc. de líquor, de modo que a pressão líquórica caia a 6 mms. de Hg. Nessa ocasião a dura é pinçada e incisada, penetrando o ar espontaneamente, por aspiração, no espaço subdural, o que determina elevação da pressão ao seu nível primitivo, quando é aspirada novamente uma quantidade de líquor de 15 a 30 cc. Em seguida, a dura é suturada e o paciente é enviado à sala de radiologia em decúbito lateral oposto ao que estava, de modo a permitir a passagem do ar para o outro lado. A operação é melhor suportada que a pneumencefalografia subaracnóideia, havendo, algumas vezes, queixa de cefaléia e náuseas, que podem ser evitadas com administração prévia de fenobarbital. Na mesa radiológica, as mudanças de posição da cabeça devem ser feitas com cuidado para evitar aumento da cefaléia. São praticadas cinco radiografias em incidências sagitais (variando a posição da cabeça em cada uma delas, de modo a expor as diferentes regiões) e três em incidência de perfil. Esse conjunto de radiografias permite um estudo completo do espaço subdural.

Em rápidas considerações, o A. estuda as relações entre a dura-máter e a aracnóide, recordando a constituição do espaço subdural, cujo conhecimento é ne-

cessário para a correta interpretação das imagens pneumencefalográficas. Lembra que, ocasionalmente, tem sido verificada a presença de ar no espaço subdural, logo após ou horas depois da insuflação de ar subaracnóidea, fato êsse que se explica, conforme demonstrou Ney experimentalmente, pela rotura da aracnóide, pois, em condições de integridade dessa membrana, isso não ocorre. Quando a dura é incisada, produz-se aspiração de ar, o que determina diminuição da pressão negativa existente nesse espaço e, como consequência, o córtex cerebral afasta-se do vértice do crânio pela ação da gravidade, permanecendo prêsso à abóbada craniana somente nos pontos em que existem aderências. A pneumencefalografia subdural tem revelado, também, que a quantidade de líquido no espaço subdural é variável de um momento para outro, no mesmo paciente, e diminui rapidamente durante o esforço da tosse. Finalizando, acha o A. que a pneumencefalografia subdural é um novo campo de estudo revelando variações na sustentação do cérebro dentro do crânio e a presença de uma quantidade variável de líquido no espaço subdural.

CELSE PEREIRA DA SILVA

ARACNOIDITE OPTOQUIASMÁTICA. (OPTOCHIASMATIC ARACHNOIDITIS). E. P. PEN-  
DERGRASS E CH. R. PERRYMAN. *Am. J. Roentgenol. e Radium Ther.*, 56:279-  
298 (setembro) 1946.

Os AA. intentam mostrar qual a contribuição que o exame pneumencefalográfico pode dar ao diagnóstico da aracnoidite optoquiasmática. Inicialmente, passam em revista a literatura sobre a aracnoidite, chamando a atenção para os trabalhos sobre o tratamento cirúrgico; lembram que, em 1937, 37% dos 129 casos relatados mostraram grandes melhoras depois da operação. Relativamente ao fator etiológico das aracnoidites, lembram que múltiplas causas têm sido descritas como responsáveis (traumas, infecções da meninge e do cérebro pela sífilis, sinusites, petrosites, mastoidites e rinofaringites crônicas). Recordam que as lesões inflamatórias pré-quiasmáticas e quiasmáticas foram divididas por Lellie em 2 grupos: 1 — meningite gomosa basal; 2 — aracnoidite local crônica. A primeira forma é facilmente diagnosticada pelas reações serológicas do sangue e pelo estudo do líquido, enquanto que, na segunda, êsses exames são negativos, o que torna difícil o diagnóstico. Em geral, o paciente se queixa somente de perda de visão em um ou nos dois olhos e cefaléia, que não é característica, mas frequentemente é bifrontal. Raramente há sinais de comprometimento hipofisário ou dos pares cranianos adjacentes. Oftalmoscopicamente, os fundos oculares se apresentam normais, porém, muitas vezes, há atrofia óptica. Em cerca de 10% dos casos, há edema de papila. Escotoma central, retração concêntrica e perda temporal do campo visual são os sinais mais comuns na aracnoidite. Recordam os AA. que, em regra geral, os pacientes são enviados ao radiologista, para evidenciação de possível tumor cerebral. É claro que tais radiografias nada esclarecem, ou mostram apenas evidência de sinusite, o que pode ter importância do ponto de vista etiológico. O neurorradiologista deve então estar ciente das possibilidades diagnósticas da pneumencefalografia nesses casos, para sugerir-la ao médico assistente. Antes da apresentação de suas observações, os AA. fazem um estudo detalhado da anatomia da região optoquiasmática, ilustrado por numerosos esquemas e pneumencefalogramas, onde tôdas as cisternas são evidenciadas, assim como as formações anatómicas aí presentes, que são visualizadas pelo contraste gasoso.

Apresentam 4 casos de aracnoidite optoquiasmática, sendo 1 de origem luética. O diagnóstico não pôde ser feito pelos craniogramas convencionais e foi praticada a pneumencefalografia, que revelou modificações no aspecto das cisternas da base, permitindo o diagnóstico de aracnoidite, confirmado em todos os casos pelo

neurocirurgia. Lembram que nem sempre o quadro pneumencefalográfico da base é típico, mas apenas sugestivo do processo, existindo causas de erro tais como a drenagem insuficiente do líquido e radiografias praticadas em posições inadequadas, que dificultam o diagnóstico. Relatam ainda 6 casos que, além das modificações cisternais, apresentavam processos cerebrais diversos, servindo para evidenciar as dificuldades do diagnóstico diferencial. Aconselham os A.A. o uso da via lombar para a repleção gasosa das cisternas, afirmando que a via alta não permite visualização perfeita daquela região, com o que não estamos de acordo, pois temos conseguido sempre ótima visualização das cisternas nas pneumencefalografias com o uso da via cisternal. Apesar das afirmações concludentes dos A.A. achamos, ainda, que, sem estar apoiado fortemente no diagnóstico clínico, seria audacioso enviar o paciente à neurocirurgia, baseado somente no quadro pneumencefalográfico da aracnoidite.

CELSON PEREIRA DA SILVA

CORRELAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICO E RADIOLÓGICO DA ESPONDILITE REUMATÓIDE. (RHEUMATOID SPONDYLITIS: CORRELATION OF CLINICAL AND ROENTGENOGRAPHIC FEATURES). E. W. BOLAND E E. H. SHEWESTA. *Radiol.*, 6:551-561 (dezembro) 1946.

Certos aspectos da espondilite reumatóide, como aliás de outras afecções da coluna, têm interesse para os neurologistas, dada a sintomatologia que despertam, geralmente dolorosa. Os A.A. dão a conhecer os resultados da investigação radiológica que procederam em 50 casos em que tal diagnóstico foi firmado e analisam esses dados comparando-os com o quadro clínico apresentado. O estudo foi levado a efeito em soldados da última guerra. Em 22 meses foram feitas 6.000 admissões de afecções reumáticas, sendo 18,1% de espondilite reumatóide. Os 50 casos selecionados para estudo foram divididos em leves, moderados e graves, havendo 27 dos primeiros, 20 dos segundos e apenas 3 dos terceiros. O critério para esta divisão foi tomado da severidade dos sintomas, do tempo de duração e da extensão do processo. Os aspectos radiológicos foram, primeiro, estudados isoladamente e, depois, comparados com os quadros clínicos. As alterações radiológicas mais encontradas e mais precoces são as que se localizam nas articulações sacro-ilíacas. Essas alterações são constituídas por esclerose subcondral e por desmineralização macular da região juxta-articular; a articulação torna-se borrada e de margens irregulares. O processo tende a evoluir para a anquilose, quando, em geral, desaparecem as alterações de esclerose e desmineralização. As alterações dos segmentos mais superiores são bem mais raras, mas também têm preferência para localizar-se nas articulações apofisárias, com o mesmo aspecto já descrito para as sacro-ilíacas. Também freqüentemente pode-se ver calcificação dos ligamentos vertebrais, mormente o ligamento anterior longitudinal. Os corpos vertebrais mostram, por vezes, ligeiro arredondamento dos bordos anteriores e mesmo aspecto osteoporoso. Outro sinal é o endireitamento da lordose lombar. Os discos intervertebrais não se mostram interessados. O estudo comparativo com os achados clínicos mostrou que, em todos os casos, as juntas sacro-ilíacas constituíam o elemento sempre alterado, o que vale por um sinal precoce da afecção. Os A.A. acham que não só as articulações, mas todos os tecidos de circunvizinhança são alcançados pelo processo, o que explica os sintomas dolorosos, em geral de relêvo. O trabalho é ilustrado com fotografias e quadros sinópticos que objetivam o assunto.

J. V. DOURADO