

REUNIÕES CIENTÍFICAS

SOCIEDADE SUL-AMERICANA DE ELETRENCEFALOGRAFIA E NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Sob a presidência do Dr. Paulo Pinto Pupo, realizou-se, em São Paulo, entre os dias 8 e 11 de junho de 1954, uma reunião extraordinária da Sociedade Sul-Americana de Eletrencefalografia e Neurofisiologia Clínica, para discutir trabalhos atinentes à *epilepsia*.

No dia 8, no período da manhã, realizou-se um seminário no Departamento de EEG do Serviço de Neurologia da Escola Paulista de Medicina. À tarde foi realizada uma sessão científica, tendo sido apresentados dois trabalhos: 1 — *Sobre la activación cardiazólica*, pelos Drs. Garcia Ausst e Pérez Achard, do Departamento de Biofísica da Faculdade de Medicina de Montevideu (Uruguai); 2 — *El electroaudiograma (E.A.G.): método objetivo para valorar la permeabilidad auditiva en la infancia*, pelos Drs. Marcos Turner e N. Rosellini (Buenos Aires — Argentina).

No dia 10, em sessão realizada na Escola Paulista de Medicina, foram apresentados os seguintes trabalhos: 3 — *Hiperfagia en ratas hemidecortizadas*, pelos Drs. Miguel Covian, L. F. Hartman e J. A. Granel, do Instituto de Biología y Medicina Experimental de Buenos Aires (Argentina); 4 — *Correlaciones clínico-electroencefalográficas en la epilepsia neurovegetativa*, pelos Drs. F. Escardó e M. Turner, Buenos Aires (Argentina); 5 — *Atividad epileptiforme de las áreas de aferentizadas en el hombre*, pelos Drs. E. Garcia Ausst, R. Araña Iniguez, J. P. Segundo, L. Pérez Achard e E. Migliaro (Montevideu — Uruguai); 6 — *Correlaciones clínico-electroencefalográficas de la epilepsia en flexión generalizada del niño*, pelos Drs. M. Turner e E. Bérard (Buenos Aires — Argentina); 7 — *Estudio clínico-electroencefalográfico en 1000 pacientes*, pelo Dr. J. Romero (Lima — Peru); 8 — *A indicação da cirurgia na epilepsia focal; considerações sobre 9 casos*, pelos Drs. Paulo Pinto Pupo e A. de Mattos Pimenta (São Paulo — Brasil).

No dia 11 realizou-se nova sessão científica, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo apresentados os seguintes trabalhos: 9 — *Respuesta a la estimulación del fornix en el hombre*, pelos Drs. E. Garcia Ausst, J. P. Segundo e R. Araña Iniguez (Montevideu — Uruguai); 10 — *Epilepsia psicomotora en el niño; observaciones clínicas y electroencefalográficas; correlaciones y comentarios*, pelos Drs. A. Gareiso e M. Turner (Buenos Aires — Argentina); 11 — *Estudio de los efectos de la cloropromazina (4560 R.P.) sobre los trazados electroencefalográficos y electrodermográficos*, pelos Drs. M. Turner e E. Bérard (Buenos Aires — Argentina); 12 — *Estudio de la acción de la Prometazina (3277 R.P.) sobre el trazado electroencefalográfico*, pelos Drs. E. Bérard e M. Turner (Buenos Aires — Argentina); 13 — *Correlações eletrocorticográficas e anátomo-patológicas na epilepsia focal*, pelos Drs. Helio Bello e Barreto Neto (Rio de Janeiro — Brasil); 14 — *Resultados del tratamiento de las crisis epilépticas con Mysoline*, pelos Drs. Castels, Mandialarsur, B. Fuster e J. Vignoles, do Instituto de Neurología de Montevideu (Uruguai).

Além dessas reuniões científicas, foi realizada uma assembléia consultiva da Sociedade Sul-Americana de Eletrencefalografia e Neurofisiologia Clínica. O pro-

grama social incluiu visitas aos vários Serviços de Eletrencefalografia existentes na cidade de São Paulo, assim como ao da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Alguns dos trabalhos apresentados nessas reuniões serão publicados, em tempo oportuno, em ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUIATRIA. Transcrevemos abaixo alguns resumos entregues pelos autores até o momento em que foi encerrado o recebimento de material para este exemplar da revista (10 julho 1954).

El electroaudiograma (E.A.G.). Método objectivo para valorar la permeabilidad auditiva en la infancia. Dr. M. Turner, com a colaboração da Srta. N. Rossellini.

Resumo — Os autores utilizaram, em crianças com problemas de audição e de linguagem, as técnicas de amplificação e registro de atividade bioelétrica cerebral (eletrencefalograma) e de potencial cutâneo (eletrodermograma), em estado de sono e de vigília enquanto procediam à estimulação auditiva, propondo agrupar estas técnicas pela designação de “eletroaudiograma”; relatam os resultados, apresentando gráficos e observações, comparando a “audiometria” com outros processos mais difundidos e discutem suas vantagens e inconvenientes.

O eletroaudiograma é um meio de apreciação “objetiva” da permeabilidade auditiva que não requer a participação voluntária e subjetiva do paciente, permitindo, ao mesmo tempo, conhecer o estado anatômico e funcional dos níveis superiores do sistema nervoso central através de sua atividade bioelétrica, contribuindo assim para o diagnóstico de encefalopatias e melhor formulação de prognóstico e terapêutica. O método não exige do paciente um coeficiente intelectual e pode ser empregado desde os primeiros anos de vida, época em que é difícil avaliar-se clinicamente a causa do retardo psicomotor, a eficácia auditiva ou possíveis causas de um retardo de linguagem; êle permite, melhor que qualquer outra técnica, a exclusão das simulações de surdez. Em alguns casos pode-se determinar se existem restos de audição aproveitáveis para um diagnóstico diferencial entre surdez de transmissão e de percepção e para a prescrição de próteses auditivas eletrônicas.

O eletroaudiograma tem as seguintes desvantagens: 1) requer uma equipe completa, custosa e pessoal sumamente ativo e especializado; 2) não permite, no momento, a medição exata dos umbrais da audição para o estabelecimento de uma curva audiométrica; 3) existem numerosas causas de erro na preparação do paciente, na manipulação técnica e na interpretação dos traçados. Como método auxiliar do diagnóstico, o eletroaudiograma não pode ser utilizado em forma isolada. Neste difícil problema necessita-se uma íntima e estreita colaboração do pediatra, do otólogo e do neurofisiólogo.

Correlaciones clínico-electroencefalográficas en la epilepsia neurovegetativa. Drs. F. Escardó e M. Turner.

Resumo — Com o nome de epilepsia neurovegetativa procura-se diferenciar as descargas paroxísticas do sistema autônomo que na criança se mostram integrando os grandes quadros da epilepsia e, mais raramente, em forma pura ou predominante; destas últimas formas as bem diferenciadas na infância são a dor abdominal aguda, a epilepsia digestiva (diarréica, emética), a urticariana, a psialorréica, a pruriginosa, a hipertérmica (que estabelece o problema das convulsões febris), a lipotímica e brônquica (que estabelece o problema das relações da asma com a epilepsia). Os autores formulam considerações patogênicas, eletrencefalográficas, clínicas e terapêuticas, que exemplificam com quinze sinópses clínicas e ilustrações eletrencefalográficas.

A indicação cirúrgica na epilepsia focal; considerações sobre 9 casos. Drs. Paulo Pinto Pupo e A. de Mattos Pimenta.

Resumo — Os autores analisam as orientações diversas seguidas pelos centros em que a intervenção neurocirúrgica é utilizada para a terapêutica da epilepsia focal, e definem o critério utilizado em seu Serviço como devendo preencher os seguintes requisitos: a) apresentar foco único ao exame eletrencefalográfico e concordância clínico-eletrencefalográfica das crises; b) ser esse foco único e constante em exames eletrencefalográficos sucessivos; c) estar ele situado em área acessível ao neurocirurgião de tal modo que a intervenção não venha ocasionar maior mal ao paciente; d) que clínica e eletrencefalograficamente o foco seja rebelde a uma terapêutica bem conduzida, pelo espaço de 2 anos. Fazem exceção a estes requisitos os casos em que a gravidade da crise ou a natureza do processo indicam intervir mais ativamente.

Por isso, no Serviço de Neurologia da Escola Paulista de Medicina, de 1950 a 1953, de 2.400 pacientes, dos quais 1.054 epiléticos (404 focais), somente 9 foram levados à operação. Excetuando-se desta estatística os casos em que os pacientes não quiseram ser operados e aqueles que não colaboraram suficientemente para uma prova terapêutica clínica considerada eficaz. Em todos os casos fêz-se estudo completo clínico-radiológico e estudo eletrencefalográfico repetido.

Os casos apresentaram-se da seguinte forma: a) *Segundo o tipo da crise clínica* — Bravais-jacksoniana (casos 2 e 5), crise psíquica com fenômeno de "déjà vu" e automatismo (caso 3), crise vegetativa com automatismo e mastigação (caso 9), automatismo (caso 8), automatismo e crise motora lateralizada (casos 1 e 7), crise motora lateralizada (caso 4), crise vegetativa e motora lateralizada (caso 6); b) *Segundo a topografia do foco*: lobo temporal (casos 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 9), áreas parieto-temporal (casos 4 e 5); c) *Segundo a natureza da lesão*: processo atrófico de etiologia não precisada (casos 1, 2 e 7), processo atrófico ligado a otite média crônica (caso 8), cisticercose (casos 3, 4 e 6), tuberculoma (caso 9), encefalopatia infantil com porencefalia (caso 5).

O tempo de observação pré-operatório foi de 2 a 3 meses nos casos 4, 5 e 6; mais de um ano nos casos 2 e 7 e mais de 2 anos nos casos 1, 8 e 9. *A operação foi decidida por*: natureza da lesão nos casos 4, 5 e 9; pela gravidade das crises no caso 6 e pela presença de foco e crises resistentes à terapêutica clínica nos casos 1, 2, 3, 7 e 8.

A *eletrencefalografia* evidenciou foco único em todos os casos, sendo o ritmo de base normal nos casos 2, 4, 6, 7 e 9, e ritmo de base anormal nos casos 1, 3, 5 e 8. No dia da operação o EEG mostrou-se positivo nos casos 1, 2, 3, 5, 6 e 8 e negativo nos casos 4 e 9 (anteriormente bem ativos). A *eletrocorticografia* mostrou-se positiva nos casos 1, 2, 3, 5, 6 e 7, duvidosa no caso 4 e negativa no caso 8; no caso 9, foi negativa de início, mostrando foco muito ativo depois de extirpada a parte lesada do lobo temporal (tuberculoma), aparecendo então o foco no fundo de sulco intergiral, na parte restante do lobo temporal.

Houve nítida concordância EEG-ECG em todos os casos, exceto nos 4 e 8, em que o ECG foi negativo.

O EEG tomado sucessivas vezes *após a operação* mostrou desaparecimento do foco ativo nos casos 2, 5, 6, 7, 8 e 9, enquanto que houve persistência do foco ativo no caso 4. Nos casos 1 e 3 apareceu ulteriormente outro foco ativo em região diversa.

A *seqüência clínica* desses casos em relação às crises, foi a seguinte: caso 1 (34 meses) sem crises de automatismo, mas várias crises GM a partir do 5º mês pós-operatório; caso 2, não teve seguimento; caso 3 (15 meses), crise única no 3º mês e crises frustras a partir do 13º mês; caso 4 (13 meses), crise única no

decorso de uma intercorrência no 4º mês; caso 5 (12 meses), sem crises; caso 6 (8 meses), crise única no 4º mês; caso 7 (8 meses), crise única do 13º dia; caso 8 (5 meses), sem crises; caso 9 (4 meses), sem crises.

Com tais elementos e analisados os dados da eletrencefalografia e da cortico-grafia, os autores discutiram as seguintes questões: a) em face do EEG negativo no dia da operação dever-se-á proceder à intervenção ou será melhor adiá-la para ocasião em que o foco estiver mais ativo, quando poderá dar maior orientação durante o ato operatório? (casos 4 e 9); b) o aparecimento de foco ativo, após ressecção cortical, será devido à manipulação do neurocirurgião? será ativação de foco inaparente? ou será devido à exposição do foco anteriormente encoberto por tecido nervoso ou cicatricial? (caso 9); c) o aparecimento de foco em outra região, diversa da do foco original, terá ou não relação com a ablação deste (com a manipulação do cérebro pelo neurocirurgião? (é o que se passou nitidamente no caso 3).

Epilepsia psicomotora eu el niño. Observaciones clínicas y electroencefalográficas. Correlaciones y comentarios. Drs. Aquiles Gareiso e Marcos Turner.

Resumo — Os autores apresentam uma série de 36 casos de epilepsia “psicomotora” ocorridos durante a infância, com contróle clínico, eletrencefalográfico e terapêutico, discutindo os seguintes itens:

1) *Etiologia*: Predomínio de antecedentes traumáticos durante e após o parto e, em segundo lugar, antecedentes infecciosos. Destaca-se a sensibilidade do sistema nervoso central da criança a estes fatores nosológicos e o fato de que, no momento do traumatismo, a sintomatologia clínica não foi muito pronunciada. Deve haver participação preponderante de terreno “neurofilico” manifestado por antecedentes individuais e familiares de epilepsia e de outras afecções neuropsiquiátricas, freqüentemente associadas às manifestações epilêpticas. Chama-se a atenção sobre a importância destes conceitos para o prognóstico e profilaxia nos casos de traumatismos cranianos, infecções e vacinações.

2) *Sintomatologia clínica*: Muito variada e complexa, revela abundância dos sintomas subjetivos que deverão ser cuidadosamente investigados quando for possível, perguntando-se diretamente à criança que, freqüentemente, proporciona elementos de valor no interrogatório (entre estes sintomas predominam as sensações cefálicas e epigástrica). Entre os fenômenos motores predominam os movimentos clônicos sem caráter jacksoniano e freqüentemente ipsilaterais em relação ao foco elétrico. Os fenômenos de desvio com caráter tônico forçado apresentaram-se com freqüência nos diferentes planos do espaço. Observou-se, conjuntamente, uma diminuição do grau de “vigilância” e a produção de automatismos variados: movimentos de gustação, de mastigação, de deglutição, automatismos verbais, crises ambulatórias, de agitação agressiva, etc. No que concerne a estas últimas, trata-se, na maioria dos casos, de fenômenos de libertação pós-crítica (psico-paréticas). Os autores observaram freqüentemente complexos fenômenos vegetativos, motores, secretórios, sensitivos, vasomotores, respiratórios e digestivos (cólicas, diarreias, vômitos) etc. Os fenômenos psíquicos e os vegetativos dão lugar a importantes problemas de delimitação diagnóstica e patogênica, entre manifestações comiciais, transtornos da conduta e patologia vegetativa da infância. Estas questões foram tratadas em outras duas comunicações (Escardó e Turner). Em geral, dentro da complicada sintomatologia própria desta variedade de epilepsia, pode-se delinear “modelos” (“patterns”), segundo o predomínio dos fenômenos gastrintestinais vegetativos, psíquicos, etc., sobressaindo a variação dos chamados “modelos” nas diferentes idades e sob a influência de diversas drogas no mesmo enfermo. Atribui-se isto a fatores de maturação e de sensibilidade diferencial das diversas es-

truturas e circuitos neuronais que participam das descargas. Entre os transtornos do sono nas crianças que sofrem de crises psicomotoras destacam-se pela frequência: medo noturno, soniloquismo e sonambulismo, que poderiam corresponder a verdadeiras manifestações críticas favorecidas pelo referido estado fisiológico.

3) *Eletrencefalografia*: Os traçados feitos entre as crises assinalam, em sua maioria, anomalias de tipo orgânico, irritativas e localizadas (pontas, ondas lentas, ponta-onda), com a particularidade de que elas não predominam nas regiões temporais, podendo também se apresentar em outras regiões (12 casos occipitais, 10 temporais, 3 casos frontais e 2 casos centrais), sendo unilaterais ou bilaterais, sincrônicas ou assincrônicas. Simultaneamente observam-se anomalias difusas constituídas de instabilidade e lentidão de ritmo de base, levando-se em conta a idade da criança. Em uma crise registrada e controlada cinematograficamente com fenômenos de desvios forçados, pôde-se verificar uma depressão inicial do traçado seguida de descarga de pontas que começaram na região occipital oposta ao desvio (crises adversivas) para, em seguida, propagar-se ao resto do hemisfério. Os controles elétricos seriados revelaram variações acentuadas das anomalias eletrográficas intercríticas de um exame a outro, o que se atribui à variação, à sintomatologia clínica, à idade e à medicação. Poder-se-ia explicar a frequência das manifestações de maturação dos setores áreo-talâmicos por possível participação do sistema de projeção difusa. Destaca-se o valor dos diversos métodos de "ativação" para pôr em evidência as anomalias localizadas e para demonstrar seu mecanismo subcortical: fechamento e abertura palpebrais, hiperpnéia, estimulação luminosa intermitente, ativação fotocardiográfica (técnica de Gastaut), sono, etc.

4) *Terapêutica*: Os autores se referem unicamente ao tratamento médico que se mostrou eficaz em 21 casos. As hidantoínas e os barbitúricos foram os mais ativos, sem descuidar das indicações psico-higiênicas gerais e, eventualmente, as hormonais nos adolescentes. Os casos resistentes à terapêutica médica poderiam ser objeto de indicações cirúrgicas, que, na experiência de outros autores, deram bons resultados.

Estudio de los efectos de la Chlorpromazina (4560 R.P.) sobre los traçados electroencefalográficos y electrodermográficos. Drs. M. Turner e E. Bérard.

Resumo — Os autores estudaram a ação da Chlorpromazina em injeção lenta e na dose de 20-50 mg por via intravenosa no homem, e observaram: nos traçados normais um reforço do ritmo α que se tornou estável e ligeiramente lento (p. ex. de 11 para 9 c/seg); nos traçados assincrônicos (ausência de ritmo α por hiperexcitabilidade neuropsíquica, zumbidos de ouvido, etc.), o aparecimento de uma atividade rítmica α , alguns grupos θ e um aumento de amplitude do traçado; que o eletrodermograma mostrou tendência à estabilização da linha de base, diminuição e às vezes desaparecimento total da resposta ao estímulo nociceptivo, térmico e emocional.

Estes achados eletrográficos podem estar relacionados com fatos clínicos (indiferença, desinteresse, lentidão das reações, etc.) e poderiam ser interpretados por ação lítica da droga ao nível das estruturas mesodiencefálicas que agem sobre o estado de vigília e sobre as descargas vegetativas de origem central (sistema reticuladado ascendente ativador).

Estudio de la acción de la Prometazine (3277 R.P.) sobre los traçados electroencefalográficos. Drs. E. Bérard e M. Turner.

Resumo — Os autores analisam os efeitos de uma injeção lenta intravenosa de 50 mg de Prometazina (Phenergan) sobre o traçado eletrencefalográfico. Obser-

varam, em geral, efeitos difusos, sincrônicos e simétricos sôbre os dois hemisférios: desorganização do traçado (diminuição de amplitude, diminuição ou desaparecimento do ritmo α , aparecimento esporádico de ritmos rápidos) e, em seguida, ritmos lentos característicos das primeiras fases do sono. Em um caso com foco temporal unilateral observou-se uma ativação do foco (aumento de descargas em pontas) e o aparecimento de um foco temporal contralateral. Noutro caso de epilepsia havia hipersincronia lenta no traçado de repouso; após a injeção de Prometazina houve aumento da hipersincronia até o aparecimento de uma crise generalizada. De suas observações, os autores deduziram que a Prometazina deve agir sôbre um sistema subcortical de projeção difusa (sistema reticular) e chamam a atenção para a ação ativadora da Prometazina em certas formas de epilepsia.

Correlações eletrocorticográficas e anátomo-patológicas na epilepsia focal. Drs. Helio Bello e Barreto Neto.

Resumo — Os autores, estudando alterações histopatológicas das regiões corticais de 6 casos em que o eletrocorticograma mostrou atividade epiléptica, verificaram a coincidência dos focos com áreas em que existem células nervosas lesadas em meio a tecido normal.

* * * *