

## ANÁLISES DE REVISTAS

PROJEÇÃO DO NÚCLEO GENICULADO MEDIAL MAGNOCELULAR NO HOMEM  
(PROJECTION OF THE MAGNOCELLULAR MEDIAL GENICULATE NUCLEUS  
IN MAN). S. LOCKE, J. B. ANGEVINE JR. E O. S. MARIN. Brain 85:319-330, 1962.

As áreas de projeção do núcleo geniculado medial magnocelular não são conhecidas no homem. Sabe-se que esta porção, localizada dorsomedialmente no núcleo, contém células de variados tamanhos (Hassler, 1959) em torno das quais terminam as arborizações de neurônios aferentes do colículo inferior. Estudos em animais, mediante a análise de potenciais de ação evocados, permitiram mostrar que o núcleo geniculado medial se projeta em áreas corticais próximas ao giro transversal de Heschl (Mickle e Ades, 1954) e que nestas áreas se projetam tanto estímulos auditivos como vestibulares. Os autores do presente trabalho procuraram esclarecer as vias e terminações das projeções tálamo-corticais do núcleo geniculado magnocelular no homem, acompanhando, mediante cortes seriados, as degenerações retrógradas determinadas em 9 pacientes com lesões corticais antigas, localizadas no giro temporal transversal e também no giro supramarginal e na parte posterior da ínsula. Os resultados de tais pesquisas mostraram que a parte magnocelular do núcleo geniculado medial tem projeções difusas no córtex têmporo-parietal. Estas projeções, adjacentes às áreas auditivas corticais, demonstram, em definitivo, que o sistema vestibular está integrado na atividade cortical, atuando nos mecanismos tonígenos posturais para a manutenção do equilíbrio estático e cinético.

O. LANGE

DIAGNÓSTICO DAS LESÕES CEREBRAIS NO RECÉM-NASCIDO (NEUROLOGICAL  
DIAGNOSIS OF CEREBRAL INJURY IN THE NEW-BORN). H. F. R. PRECHTL  
E J. DIJKSTRA. Separata mimeografada de trabalho apresentado ao simpósio sobre Pre-natal care, realizado em Groningen — Rotterdam, em junho de 1959.

Prechtl e Dijkstra relataram o resultado de suas observações feitas durante 11 anos, visando os seguintes campos: 1) análise qualitativa do comportamento e dos padrões motores dos recém-nascidos; 2) análise quantitativa das variações fisiológicas dos vários padrões motores de cada criança, tanto evolutivamente como nas variações condicionadas por fatores fisiológicos diários; 3) comparação dos padrões estabelecidos para crianças com e sem complicações pré- ou paranatais; 4) valor prognóstico do exame neurológico do recém-nascido. Os autores basearam-se principalmente nos trabalhos de Peipper, criticando o trabalho realizado por André Thomas e sua escola, pelo fato de adotarem nomenclatura muito pessoal que determina confusão quando se procura comparar seus resultados com os obtidos por outros autores.

Como advertência inicial, os autores chamam a atenção para a variabilidade do comportamento do recém-nascido, condicionada pela maior ou menor sonolência, pela repetição dos estímulos, pela interferência de um reflexo sobre outro; notam, por exemplo, a facilitação simultânea dos reflexos de preensão e de sucção. Examinaram 50 crianças nascidas de partos a termo, normais, após gestação também normal. Os exames foram feitos entre o 2º e o 9º dias, com as crianças acordadas, 2½ horas após alimentação. Os dados colhidos nestes exames foram comparados

com aquêles obtidos nos exames de 218 recém-nascidos de partos anormais (contração a fórcepe, parto pélvico, cesárea, hemorragia durante a gestação, toxemia severa, parto prolongado, irregularidade cardíaca e bradicardia, asfixia pós-parto). Destas 218 crianças, 92 (42%) não diferiam do grupo controle e foram classificadas como não patológicas e 126 (58%) foram consideradas patológicas.

O padrão de exame normal, em sua quase totalidade, assemelha-se muito àquele que estabelecemos em 1950 e que os autores desconheciam. Os achados patológicos, expostos com exemplar espírito de síntese, dificilmente podem ser resumidos. Vamos procurar destacar os principais. De início chamam a atenção para as respostas assimétricas que constituem a constante na pesquisa de vários reflexos nos casos patológicos, sendo que a simetria de respostas tinha sido — como em nosso padrão — a regra nos casos normais. Os achados patológicos principais foram: a hiper ou hipomotilidade, a acentuação da hipertonia ou uma hipotonia, tremores, ausência de resposta de sucção e voracidade, ausência do reflexo óculo-palpebral, assimetria constante na posição dos membros, ausência ou assimetria dos reflexos patelares, do sinal de Babinski, do reflexo de Moro e do reflexo de preensão, ausência da marcha reflexa e da reptação (com e sem apoio nos pés). Curiosa é a verificação da grande predominância dos achados patológicos no sexo masculino; enquanto os normais praticamente se distribuíam em dois grupos equivalentes (45 e 47), os casos patológicos mostravam consideráveis diferenças entre os dois grupos (83 meninos e 43 meninas). Com relação ao peso foi verificado que os inferiores a 3 kg (não incluindo prematuros, porém incluindo muitos nascidos de gestantes com quadros graves de toxemia), apresentavam mais casos patológicos que o grupo de 3 a 4 kg e o superior a 4 kg. Por outro lado, os autores notaram que os sinais de sofrimento fetal (líquido amniótico com mecônio, bradicardia e asfixia pós-parto) foram muito mais freqüentes nos recém-nascidos de maior peso corporal. De todos os fatores patogênicos, o sofrimento fetal e o parto prolongado parecem ser os mais importantes, pois  $\frac{3}{4}$  dos recém-nascidos com êstes antecedentes eram patológicos. Comparando os pacientes com sofrimento pré e/ou para-natal verificaram os autores as seguintes variações: os com sofrimento pré e para-natal apresentavam anormalidade com muita freqüência (10 normais e 36 anormais); os que só tinham sofrimento para-natal mostravam-se anormais com menor freqüência (30 normais e 60 anormais); o grupo em que só ocorreu sofrimento pré-natal foi o que menor número de casos patológicos registrou (24 normais e 19 anormais).

Dentre os inúmeros aspectos importantes dêste trabalho, já assinalados por Prechtl em outras publicações ("Die neurologische Untersuchung des Neugeborenen", Wien. Med. Woch. 110:1035, 1960 e "The long term value of the neurological examination of the newborn infant", publicado pela National Spastics Society Study Group, Oxford, 1960), destacam-se os da apreciação do prognóstico em função dos achados obtidos no exame do recém-nascido. Assim é que, de 119 recém-nascidos do grupo de crianças com antecedentes obstétricos patológicos, em 52% o exame neurológico era normal e em 48% anormal. Seguidos por 2 a 4 anos aquêles que haviam sido normais assim permaneceram em sua grande maioria (92%), enquanto que, dos patológicos, 32% passaram a normais. A anoxia pré e para-natal foi estudada também isoladamente como causa de distúrbios neurológicos, mostrando os autores sua grande importância na etiopatogenia das encefalopatias infantis; examinados dos 2 aos 4 anos aquêles que tinham tido anoxia eram anormais em 52% dos casos, enquanto que os que não tinham sofrido anoxia (porém tinham apresentado outras complicações pré e para-natais) eram anormais apenas em 17%.

Outro aspecto de não menor interesse foi estudado no presente trabalho: o da relação entre os distúrbios neurológicos do recém-nascido e futuros problemas de comportamento. Das crianças sem distúrbios neurológicos ao nascer, 38 apresentavam, entre os 2 e 4 anos, distúrbios do comportamento, enquanto que dos recém-nascidos com anormalidades neurológicas, 70 apresentaram mais tarde distúrbios do

comportamento. Estudadas estas crianças comparativamente com um grupo de controle constituído por crianças que não haviam sofrido qualquer distúrbio por ocasião do nascimento (com o fito de excluir qualquer outro fator ambiental), sugerem os autores que a causa dos problemas do comportamento, no seu grupo de pacientes, estivesse ligada a fatores orgânicos neonatais.

Fica a neuropediatria mundial devedora a estes estudiosos do Departamento de Neurologia da Universidade de Groningen (Holanda) de um trabalho por todos os motivos excepcional que veio cobrir uma séria lacuna que muito perturbava o semiologista neuropediatra, qual seja a de saber valorizar os achados patológicos no exame dos recém-nascidos.

ANTONIO B. LEFÈVRE

OCCLUSÕES ARTERIAIS CEREBRAIS EM CRIANÇAS EM CONSEQUÊNCIA DE TRAUMATISMOS DA CABEÇA E PESCOÇO: REGISTRO DE SEIS CASOS VERIFICADOS PELA ANGIOGRAFIA CEREBRAL (CEREBRAL ARTERY OCCLUSIONS IN CHILDREN DUE TO TRAUMA TO THE HEAD AND NECK: A REPORT OF SIX CASES VERIFIED BY CEREBRAL ANGIOGRAPHY). E. FRANTZEN, H. H. JACOBSON E J. THERKELSEN. *Neurology* 11:695-700 (agosto) 1961.

Em contraposição às trombozes venosas e embolias cerebrais, raras são as referências a acidentes arteriais encefálicos na infância. Dentre estes últimos são excepcionais os casos devidos a traumatismos do crânio ou do pescoço. No presente trabalho, os autores registram 6 observações de crianças (de 20 meses a 14 anos) que haviam sofrido traumatismos comprometendo o crânio e/ou pescoço. Em três delas, a angiografia revelou trombose cervical da carótida e, nas três restantes, oclusões da artéria cerebral média. A patogenia das oclusões traumáticas da carótida, no pescoço, em adultos com arteriosclerose tem sido considerada como devida à lesão direta dos vasos, com alteração do endotélio e trombose secundária, ou então à compressão do vaso contra os processos transversos de vértebras cervicais. Obviamente, essa explicação não pode ser aplicada à oclusão da artéria cerebral média; essa obstrução talvez possa depender da eliminação de um êmbolo por um trombo mural da carótida. A remissão dos sintomas foi, em geral, pobre e todos os pacientes permaneceram com sintomas residuais. Dois pacientes apresentaram convulsões durante o período de observação. Deterioração mental foi registrada em 4 pacientes. Nenhum tratamento parece influir no mau prognóstico.

R. MELARAGNO

AFECCÕES CEREBROVASCULARES: IRRIGAÇÃO SANGÜÍNEA DO BULBO E A SÍNDROME BULBAR LATERAL (CEREBROVASCULAR DISEASE: THE MEDULLARY BLOOD SUPPLY AND THE LATERAL MEDULLARY SYNDROME). A. B. BAKER. *Neurology* 11:852-861 (outubro) 1961.

Baker faz minucioso estudo da irrigação sangüínea do bulbo, concluindo que o fornecimento de sangue para a porção lateral não depende da artéria cerebelar póstero-inferior; a maior fonte de irrigação é constituída pela artéria vertebral, por meio de vasos paramedianos e circunferenciais curtos. A artéria cerebelar póstero-inferior, quando presente, oferece uma fonte adicional de irrigação sangüínea para complementar aquela dependente dos vasos circunferenciais curtos. Em 25% dos casos, a artéria cerebelar póstero-inferior não existe e toda a irrigação bulbar depende diretamente das vertebrais. O autor procurou analisar a incidência de alterações ateroscleróticas nos vasos dependentes do sistema vértebro-basilar, verificando que, das artérias do círculo de Willis, as vertebrais são as mais freqüentemente afetadas. Dos pacientes com mais de 60 anos de idade, 3% apresentaram

estreitamento de 50% ou mais no calibre de uma ou de ambas as artérias vertebrais; embora nenhum destes pacientes tivesse apresentado sinais clínicos de comprometimento do tronco encefálico, é evidente que nêles havia marcada redução da irrigação sangüínea bulbar; é provável que qualquer fator adicional que eventualmente agravasse ou reduzisse o fluxo sangüíneo local teria precipitado manifestações neurológicas graves, transitórias ou permanentes. Além disso, é interessante assinalar que processos de aterosclerose raramente se apresentaram nas artérias cerebelares póstero-inferiores; em 74 a 78% dos casos estudados êstes vasos não se encontravam comprometidos; em apenas 3% dêles a luz se achava significativamente diminuída. Trabalhos prévios haviam demonstrado o desencadeamento de sintomas bulbares (nistagmo, vertigem, distúrbios visuais, distúrbios da consciência) mediante rotação da cabeça, em pacientes idosos, sugerindo a existência de estreitamento acentuado das artérias cerebrais. Por outro lado, desde que 3% de indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentaram estenose de cêrca de 50% no diâmetro vascular pelo menos de uma das artérias vertebrais, a angiografia vertebral neste grupo etário deve ser cercada de cuidados especiais. Qualquer perturbação do fluxo sangüíneo produzida por êste processo pode resultar em manifestações catastróficas devido a isquemia do tronco encefálico.

R. MELARAGNO

AFECÇÕES CEREBROVASCULARES: AVALIAÇÃO DA TERAPEÚTICA ANTICOAGULANTE (LAS ENFERMEDADES CEREBRO-VASCULARES: UNA VALORACIÓN PERSONAL DE LA TERAPEÚTICA ANTICOAGULANTE). A. B. CARTER. *World Neurol.*, 2:719-730 (agosto) 1961.

As opiniões sôbre os efeitos de anticoagulantes no tratamento de acidentes vasculares cerebrais, variando desde um entusiasmo ilimitado até uma proscição formal, baseiam-se mais em opiniões pessoais do que em experiências bem controladas; por outro lado, é necessário convir que as experiências sôbre esta terapêutica têm proporcionado resultados diferentes e conclusões opostas. No presente trabalho, o autor procura avaliar seus resultados pessoais, investigando os efeitos nas diferentes formas de acidentes vasculares cerebrais. Desde que, nos casos de embolia, o vaso ocluído podia estar previamente normal ou alterado, as respostas ao tratamento podem diferir. Em 60 casos de embolismo cerebral, o autor verificou que o risco de transformação de enfarte anêmico em enfarte hemorrágico com o uso de anticoagulantes é mais teórico do que real; nos 7 casos autopsiados não havia hemorragia intracraniana. De modo global, os resultados indicam que os anticoagulantes melhoraram significativamente o prognóstico imediato da embolia; assim, o embolismo cerebral parece constituir a mais clara indicação da terapêutica anticoagulante. Os enfartes cerebrais por aterosmasia, que englobam grande parte dos casos sumariamente considerados como trombose cerebral, podem ser produzidos independentemente de alterações da coagulação ou do comprometimento direto de vasos intracranianos. Nesses casos, segundo a experiência do autor, parece que mesmo na fase aguda do acidente vascular, se o quadro neurológico já está constituído, os anticoagulantes não melhoram o prognóstico. Por outro lado, em 90 pacientes que sofreram de crises de pioras progressivas, foi observada melhora significativa no grupo tratado, quando a sintomatologia não era definitiva ao ser iniciado o tratamento. As crises de claudicação cerebral são frequentemente associadas a estenoses ateromatosas das artérias carótidas, vertebrais e basilares, caracterizando-se por breves episódios de torpor, vertigens, parestias, diplopias, disfasias: nesses casos, ao que parece, a medicação anticoagulante é útil, diminuindo o número dos acidentes transitórios. Diversas contra-indicações proscvem o emprego dessa medicação: história pregressa de sangramentos do tubo gastrointestinal ou a existência de úlcera péptica comprovada; tempos de protrombina elevados antecedendo o início do tratamento, de forma a sugerir afecção hepática; idade su-

perior a 70 anos; hipertensão diastólica superior a 110 mm Hg; presença de 10 ou mais hemácias no líquido cefalorraquidiano por ml ou líquido xantocrômico; quando o coma já se instalou há mais de duas horas.

R. MELARAGNO

**EXOFTALMO BILATERAL NO DECURSO DE FISTULAS CARÓTIDO-CAVERNOSAS (L'EXOFTALMIE BILATERALE AU COURS DES FISTULES CAROTIDO-CAVERNEUSES).** J. COLAS, M. COLLET E J. BRIAND. Neuro-chirurgie (Paris) 7:223-241 (julho-setembro) 1961.

Complicações relativamente raras dos traumatismos cranianos, as fistulas carótido-cavernosas se traduzem, entre outros sinais, por exoftalmo unilateral. Entretanto, em algumas eventualidades pode ser observado exoftalmo bilateral e, ainda mais raramente, exoftalmo unilateral mas contralateral à lesão. Entre os 11 casos de fistulas carótido-cavernosas traumáticas observadas pelos autores, dois se caracterizavam pela bilateralidade do exoftalmo. Os autores registram minuciosamente ambas as observações, dependentes de traumatismos cranianos e nas quais foram realizadas intervenções neurocirúrgicas, com notável melhora da sintomatologia clínica. Nos dois casos foi feito estudo angiográfico que comprovou o diagnóstico; em um caso o exoftalmo surgiu simultaneamente em ambos os lados e, no outro, tornou-se bilateral ulteriormente. Nos casos da bilateralidade da protrusão ocular, diversas hipóteses patogênicas podem ser aventadas; deve-se, de modo geral, admitir que a hiperpressão determinada no seio cavernoso é bilateral. Ao que parece, este fato deve depender de diversos fatores (anastomoses dos seios cavernosos entre si, localização da fistula em relação às paredes arteriais e venosas, dimensões da fistula, ou seja, o vulto da comunicação) que os autores analisam detalhadamente. Interessante assinalar que esses casos se acompanham de um alto teor de oxigênio sanguíneo na veia jugular interna, em decorrência do "shunt" artério-venoso. Entretanto, em geral não é assinalada hiperpressão na veia jugular; conseqüentemente, são raras as complicações cardíacas no decurso das fistulas carótido-cavernosas, mesmo antigas. Este fato diverge do que habitualmente se observa nas fistulas artério-venosas sediadas em outros pontos do organismo. Finalizando o trabalho, os autores revêem os processos neurocirúrgicos aconselháveis.

R. MELARAGNO

**ALTERAÇÕES PERIÓDICAS DA CONSCIÊNCIA NA SÍNDROME DE PICKWICK (PERIODIC ALTERATIONS OF CONSCIOUSNESS IN THE PICKWICKIAN SYNDROME).** D. B. DRACHMAN E R. J. GRUMNIT. Arch. Neurol., 6:471-477 (junho) 1962.

A sintomatologia da síndrome de Pickwick (obesidade, hipersonia e policitemia) vem sendo enriquecida com novos elementos à medida que novos casos são descritos: movimentos mioclônicos, cianose, respirações periódicas, insuficiência cardíaca congestiva. Dados laboratoriais revelam comumente hipóxia arterial, hipercapnia e desvio do eixo eletrocardiográfico para a direita. No caso registrado pelos autores a paciente, mulher de 57 anos, apresentava ciclos marcadamente regulares de sono e vigília, durante os quais foi feito o registro eletrencefalográfico contínuo, assim como estudados os níveis de gases no sangue e a função respiratória. A análise dos traçados sugere certa relação entre respiração e níveis gasosos no sangue, durante o sono e a vigília: um decréscimo da saturação arterial de O<sub>2</sub> precede o eletrencefalograma de vigília e a hiperpnéia; quando a saturação de oxigênio de O<sub>2</sub> aumenta como resposta à hiperpnéia, reaparecem a sonolência e apnéia. Níveis elevados de CO<sub>2</sub> arterial foram responsabilizados pela obnubiação e pelas mioclonias. Os autores concluem que a falta de oxigênio é o fator predominante na determinação do tipo de respiração dos pacientes e no seu modo especial de acordar.

R. MELARAGNO

MECANISMOS DA CONCUSSÃO CEREBRAL NO PUGILISMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS (THE MECHANISMS OF CEREBRAL CONCUSSION IN BOXING AND THEIR CONSEQUENCES). M. SERCL E O. JAROS. *World Neurology* 3:351-358 (maio) 1962.

A fisiopatologia dos mecanismos da concussão cerebral no homem é de difícil determinação em virtude das informações habitualmente inadequadas das circunstâncias em que se processou o traumatismo craniano. Entretanto, no pugilismo é possível uma observação direta, por vezes mesmo documentada por fotografias ou cinematografia, da forma do impacto sofrido pelo pugilista. Assim, os autores, durante vários anos, estudaram 1.582 boxeadores, antes e depois de 1.165 lutas, estudando os mecanismos dos sofrimentos encefálicos decorrentes dos golpes recebidos e suas respectivas conseqüências neurológicas. Nos impactos laterais sobre a cabeça ou de baixo para cima nas mandíbulas de indivíduos com hipotonia muscular cervical (decorrente da fadiga), o encéfalo sofre um deslocamento no sentido linear ou no de rotação, contra a foíce cerebral e/ou contra a tábua óssea craniana do lado oposto; por sua vez, o tronco do encéfalo é comprimido contra o bordo da tenda do cerebelo. Se o tono cervical se mantém normal no momento do impacto, sobretudo quando este último é seriadamente repetido, o encéfalo sofre um mecanismo de vibração, em geral responsável por um sofrimento difuso, reversível, sem sinais neurológicos definitivos. O nocaute pode depender de mecanismos vasculares, reflexos ou nervosos: os mecanismos vasculares subordinam-se a golpes na região carotídea ou na região epigástrica, desencadeando repercussões sobre a pressão arterial; os mecanismos reflexos são constituídos por uma inibição transmitida pelas terminações nervosas na articulação têmporo-mandibular, atuando sobre a substância reticulada do tronco do encéfalo (perda da consciência).

Em outra parte do trabalho, os autores estudam as conseqüências clínicas das encefalopatias crônicas de pugilistas, cujo número varia nas diferentes estatísticas publicadas: enquanto alguns autores assinalam cifras muito elevadas (cerca de 50% de pugilistas com sinais clínicos decorrentes de traumatismos repetidos no crânio), os presentes autores, em 1.582 casos, verificaram sinais de encefalopatia crônica em 148, isto é, pouco mais de 9%. Na maior parte das vezes, estas alterações se traduziam por sinais extrapiramidais (77 casos) e por sintomatologia variada (arreflexia abdominal, sinais piramidais, assimetria dos reflexos profundos, perturbações intelectuais, alterações do caráter e distúrbios do comportamento).

R. MELARACNO

PAN-ENCEFALITE SUBAGUDA PROGRESSIVA (SUBACUTE PROGRESSIVE PAN-ENCEPHALITIS). B. LÓRAND, T. NAGY E S. TARISKA. *World Neurology* 3:376 (maio) 1962.

A partir de dados anamnésticos e clínicos, do exame neurológico, das alterações do líquido cefalorraquidiano, do eletrencefalograma e de achados anátomo-patológicos, os autores demonstram que, sob esta denominação, podem ser enquadradas a encefalite de inclusões de Dawson, a pan-encefalite de Pette e Döring e a leuco-encefalite esclerosante subaguda de van Bogaert. Trata-se de doença de distribuição mundial, embora mais freqüentemente observada na Europa. Incide mais nas crianças de 7 a 12 anos, atingindo os meninos com o dobro de freqüência que as meninas. A maior parte dos casos tem curso subagudo e os doentes morrem dentro de períodos variáveis de 3 meses a 5 anos. A evolução pode ser dividida em 4 fases: inicialmente queixas vagas, alterações de caráter, incontinência urinária; depois ocorrem alterações neurológicas focais cerebrais (apraxias, agnosias); a seguir, aparecem hiperinesias e hipertonia de tipo pirâmido-extrapiramidal; finalmente rigidez acinética e caquexia. O eletrencefalograma mostra complexos repetidos de alta voltagem, descritos por Radermecker e considerados patognomônicos. Usando eixos monopolares em referência com eletrodos occipitais, os autores puderam analisar os componentes obrigatórios (ondas bifásicas) e facultativos dos com-

plexos (ondas sharp atividade espícula-delta, achatamentos). O exame anátomo-patológico mostra: lesões inflamatórias obrigatórias (alterações da glia e do mesoderma, de caráter infiltrativo-proliferativo) e alterações facultativas (inclusões, alterações da cito-arquitetura, desmielinização). A distribuição das alterações histopatológicas não é uniforme, embora haja preponderância nas áreas córtico-talâmico-pontinas e nas partes occipitais dos hemisférios cerebrais.

JOSE DA SILVA GUEDES

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA BENIGNA: MASTOIDITE E OBSTRUÇÃO DO SEIO LATERAL (BENIGN INTRACRANIAL HYPERTENSION: MASTOIDITIS AND LATERAL SINUS OBSTRUCTION). M. GREER. *Neurology* 12:472-476, 1962.

O autor estudou 11 pacientes com hipertensão intracraniana causada por mastoidite e obstrução do seio lateral, em 9 dos quais estava comprometida a mastóide direita. Baseado no fato de que o seio lateral direito é, comumente, o responsável pela drenagem do seio longitudinal, sua obstrução dificultando a absorção do LCR e conseqüentemente determinando aumento do volume líquórico, o autor julga esse fato como suficiente para provocar aumento da pressão intracraniana. A evolução da síndrome depende do restabelecimento do fluxo sanguíneo venoso através do seio lateral obstruído, ou então, da capacidade de compensação fornecida pelo seio do lado oposto. O uso de antibióticos, anticoagulantes, ligadura da jugular interna e descensão subtemporal apresenta valor discutível quando comparado com os resultados obtidos mediante a cirurgia.

RUBENS MOURA RIBEIRO

OBSERVAÇÕES SOBRE 36 CASOS DE HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS, SUB-AGUDOS E AGUDOS (OBSERVATIONS SUR 36 CAS D'HÉMATOMES SOUS-DURAUX CHRONIQUES, SUB-AIGUS ET AIGUS). J. P. MILLARD E E. ZANDER. *Schweizer Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psychiat.*, 89:41-71, 1962.

Os autores comparam, em 36 pacientes, a evolução dos hematomas subdurais crônicos e agudos. O prognóstico na fase aguda de instalação do hematoma é, em geral, desfavorável e a única conduta eficiente é a trepanação, baseada na anamnese e exame clínico, independente do auxílio que seria fornecido pelo eletrencefalograma e arteriografia, já que o fator tempo torna-se urgente. De 13 pacientes trepanados na fase aguda do hematoma subdural, apenas dois sobreviveram. O hematoma subdural crônico permite prognóstico favorável, porém o diagnóstico clínico é difícil na maioria das vezes. Nos casos suspeitos de hematoma subdural crônico, o eletrencefalograma é útil para a localização do lado e feitura da arteriografia. Na casuística dos autores, 23 pacientes eram portadores de hematoma subdural crônico, com sobrevida de 21 casos após a trepanopunção.

RUBENS MOURA RIBEIRO

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS NA LEUCEMIA AGUDA EM CRIANÇAS (NEUROLOGIC COMPLICATIONS IN ACUTE LEUKEMIA IN CHILDREN). M. I. PIERCE. *Pediat. Clin. North Amer.*, 9:425-442, 1962.

Em 232 crianças com leucemia aguda, a manifestação neurológica mais comumente registrada foi a síndrome meningea. A meningite leucêmica foi diagnosticada clinicamente em 26 pacientes e o exame anátomo-patológico, feito em 20 casos, revelou, como característica fundamental, infiltração celular das meninges. Em um terço das crianças portadoras desta complicação, o exame hematológico revelava franca recuperação do quadro leucêmico, indicando que as dosagens terapêuticas utilizadas eram insuficientes no que diz respeito à proteção meningea. Por outro lado, hemorragia intracraniana, diagnosticada clinicamente em 16 casos

e confirmada pela autópsia em 12, ocorreu principalmente naqueles pacientes com quadro hematológico evoluindo mal. As infecções do sistema nervoso central são complicações comuns nos pacientes com leucemia aguda; a presença de sinais de comprometimento encefálico (confusão mental, delírios e convulsões) em crianças leucêmicas que ainda não entraram na fase final da doença, depõe a favor de infecção intercorrente.

RUBENS MOURA RIBEIRO

NEURITES DISGLOBULINÊMICAS (NÉVRITES DYSGLOBULINÉMIQUES). R. GARCIN, J. MALLARMÉ E P. RONDOT. *Presse Méd.*, 70(3):111 (janeiro, 20) 1962.

A partir deste trabalho numerosas neurites e polirradiculoneurites poderão ter sua etiopatogenia esclarecida e relacionada às disglobulinemias que decorrem de alterações quantitativas e qualitativas das globulinas séricas. Estas podem ser evidenciadas mediante o teste de Sia, eletroforese, ultracentrifugação e imuno-eletroforese. Garcin e col. assim classificaram as disglobulinemias: a) disglobulinemias do tipo  $\gamma$  encontráveis nos mielomas; b) macroglobulinemias de Waldenström (tipo  $\beta$  2M); c) crioglobulinemias; d) síndromes hiperglobulinêmicas simples com aumento da  $\alpha$ -globulina. Ao lado destes grupos de disglobulinemias autônomas são consideradas as sintomáticas, observadas no decurso de afecções diversas. A seguir os autores relatam 5 casos pessoais de neurites e polirradiculoneurites disglobulinêmicas, distribuídas em 3 grupos: neurites no curso de mieloma, da macroglobulinemia e das púrpuras. Salientam os autores as manifestações hemorrágicas, especialmente das mucosas, e as desordens viscerais; chamam a atenção para a possibilidade da doença evoluir durante muito tempo como neuropatia periférica; referem a possibilidade da evolução por surtos. Nos mielomas há compressão de raízes e nervos pelos infiltrados e lesões ósseas; o exame do liquor mostra dissociação albumino-citológica. Na macroglobulinemia de Waldenström surgem, precoce ou tardiamente, fenômenos hemorrágicos, inclusive no sistema nervoso central, e amiotrofias que lembram a distribuição observada na doença de Charcot-Marie; o liquor mostra dissociação albumino-citológica. As crioglobulinemias podem ser primárias ou sintomáticas, sendo observadas no decurso de neoplasias, parasitoses, leucemias, cirrose hepática, endocardite maligna e colagenoses; podem ser associadas às macroglobulinemias. As púrpuras hiperglobulinêmicas se acompanham de taxas elevadas de globulinas normais. Em relação à fisiopatologia é discutido o mecanismo das lesões das raízes e nervos periféricos, e analisada a ação dos fatores hemorragia, infiltrado linfoplasmocitário, esfriamento com obstrução dos capilares e isquemia do nervo, existência de material protéico nos espaços perivasculares, embainhamento arteriolar e arterite. Não existe tratamento específico. Várias substâncias foram empregadas (lisina, penicilamida, clorambacil, corticosteróides) com resultados variáveis.

J. LAMARTINE DE ASSIS

PORFIRIA: O ATAQUE AGUDO. ANÁLISE DE 80 CASOS (PORPHYRIA: THE ACUTE ATTACK. AN ANALYSIS OF 80 CASES). L. EALES E G. C. LINDER. *South Africa Med. J.*, 36:284-292 (abril) 1962.

Os autores estudaram, clínica e laboratorialmente, 107 crises agudas em 80 pacientes portadores de porfiria aguda intermitente, analisando a frequência dos diversos sintomas, em especial das manifestações neurológicas, a época da ocorrência da primeira crise e os fatores desencadeantes. O exame de liquor foi feito em 23 casos, o eletrencefalograma em 13 e o eletrocardiograma em 44. Maior atenção mereceram as pesquisas bioquímicas: em 81 crises foram obtidas as taxas de uréia no sangue e as de cloretos, sódio,  $\text{CO}_2$  e potássio no soro. Ainda no campo das investigações de laboratório os autores observaram as funções dos rins e do fígado, e determinaram a excreção de porfirinas e seus precursores na urina.



Julgamos útil analisar alguns pontos deste trabalho. Em primeiro lugar devemos confessar que ficamos surpresos com o número de casos e de crises agudas observadas, em face da raridade da doença em nosso meio. A doença predominou nitidamente no sexo feminino e apareceu mais freqüentemente entre os 20 e 40 anos de idade. Dentre os fatores desencadeantes das crises destacam-se as drogas, em particular os barbitúricos, as intervenções cirúrgicas e as infecções. O sintoma mais freqüentemente assinalado foi a dor abdominal, acompanhada de vômitos na grande maioria das crises. O sinal clínico geral mais comum foi a taquicardia, muitas vezes acompanhada de hipertensão arterial. Em 53% das crises ocorreram sinais de lesão do neurônio motor periférico e, menos vezes, das fibras sensitivas. Em 18% das crises apareceram sinais de comprometimento bulbar. A lesão do neurônio motor periférico pode se dar em qualquer ponto do seu trajeto e, na maior parte das vezes, determinar a síndrome tetraplégica; a síndrome de Landry pode ocorrer. Desordens mentais e crises convulsivas ocorreram em 35% das crises, podendo preceder os demais sintomas e constituir síndromes isoladas. Das investigações de laboratório merecem menção os eletrocardiogramas obtidos em 44 crises, e as desordens do metabolismo dos eletrólitos no soro (hipocloremia, hiponatremia e hipocalemia) em 30 a 50% das crises. A taxa de uréia no sangue aumentou em 25% das crises; apesar da uremia o comprometimento renal foi raro. As provas de função hepática se mostraram pouco modificadas. Durante as crises foram encontradas, na urina, altas concentrações de porfirinas (copro e uroporfirias), assim como de porfobilinogênio. O tratamento foi sintomático e anti-infeccioso; cuidados especiais de enfermagem e fisioterapia com reabilitação foram necessários nos casos de síndromes neurológicas periféricas. A hemodiálise constituiu recurso importante nos casos de anúria. O ACTH e os corticóides foram usados com resultados variáveis.

J. LAMARTINE DE ASSIS

**METABOLISMO ANORMAL DOS ELETRÓLITOS E DA AGUA NA PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE: SECREÇÃO TRANSITÓRIA INADEQUADA DE HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (ABNORMAL ELECTROLYTE AND WATER METABOLISM IN ACUTE INTERMITTENT PORPHYRIA: THE TRANSIENT INAPPROPRIATE SECRETION OF ANTI-DIURETIC HORMONE).** E. S. HELLMAN, D. P. TSCHUDY E F. C. BARTTER. *Am. J. Med.*, 32:734-746 (maio) 1962.

Os autores ressaltam a freqüência de hipocloremia e hiponatremia durante as crises agudas da porfiria aguda intermitente e explicam estas alterações do metabolismo por secreção inadequada, embora transitória, do hormônio antidiurético. Dois pacientes foram submetidos a estudo cuidadoso do balanço metabólico; em ambos ocorreu hiponatremia, retenção de água e perda urinária de eletrólitos. Em um dos pacientes havia, também, baixa do cálcio e do magnésio no soro, com tetania. Admitem os autores que estas alterações metabólicas decorrem de lesões na região hipotalâmica. Lesões funcionais ao nível do trato supra-óptico-hipofisário explicariam não só as desordens metabólicas (água e eletrólitos), como a taquicardia e a hipertensão arterial.

J. LAMARTINE DE ASSIS

**MIOPATIA TARDIA OCORRENDO NA SÍNDROME DE SJÖGREN (LATE-LIFE MYOPATHY OCCURRING WITH SJÖGREN'S SYNDROME).** D. H. SILVERBERG E D. A. DRACHMAN. *Arch. Neurol.*, 6:428-438 (junho) 1962.

Algumas miopatias de início tardio são manifestações parciais de diversas doenças sistêmicas, entre as quais se destacam as neoplasias, as colagenoses e as sarcoidoses. No presente trabalho, os autores descrevem 4 casos de miopatias tardias associadas à síndrome de Sjögren (hipofunção de glândulas salivares, diminuição da secreção lacrimal e artrite reumatóide). O primeiro caso correspondia a

mulher de 68 anos que acusava enfraquecimento muscular iniciado um ano antes; o eletromiograma e a biopsia confirmaram o diagnóstico de miopatia que melhorou, temporariamente, com glicocorticóides. No segundo caso, mulher de 61 anos, a sintomatologia era acrescida de hiperpigmentação cutânea, telangiectasias, hepatosplenomegalia e acentuada fraqueza nos músculos rizomédicos dos membros inferiores, onde havia, também, hiporreflexia profunda; o uso de dexametasona durante 6 meses melhorou a sintomatologia salivar e lacrimal, mas não influiu na energia da contração muscular. Nos terceiro e quarto casos, respectivamente homem de 49 anos e mulher de 50 anos, os sintomas, corroborados pelo eletromiograma e biopsia, conduziam ao diagnóstico de miopatia associada à síndrome de Sjögren. Na síndrome de Sjögren, correlacionada às colagenoses, há aumento das  $\gamma$ -globulinas séricas e presença de "fator reumatóide". Silverberg e Drachman sugerem que em todos os casos de miopatias iniciadas em idade avançada seja investigada a eventual presença da síndrome de Sjögren.

R. MELARAGNO

#### EPILEPSIA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA (EPILEPSY IN MULTIPLE SCLEROSIS).

W. E. DRAKE JR. E D. MACRAE. *Neurology* 11:810-816 (dezembro) 1961.

É inevitável que a epilepsia e esclerose múltipla, ambas muito frequentes, possam coexistir no mesmo paciente sem relação necessária de causa e efeito; no entanto, a frequência da epilepsia na vigência da esclerose múltipla parece ser maior que a previsível pela simples coincidência. Neste trabalho, os autores procuram estabelecer dados mais precisos sobre a incidência, tipo de crises, prognóstico, significação e correlação anátomo-patológica. Concluem que a incidência da epilepsia na esclerose múltipla é de aproximadamente 4%, o que equivale dizer, cerca de 20 vezes maior que a incidência verificada na população em geral. As crises são, habitualmente, focais e transitórias; podem preceder, coincidir ou suceder ao quadro neurológico da esclerose múltipla. O aparecimento das crises usualmente coincide com as "poussées" clínicas. As alterações eletrencefalográficas podem ser verificadas em períodos de acalmia da doença. Com documentação anatômica ilustrativa, os autores concluem que as causas prováveis das convulsões residem em lesões desmielinizantes adjacentes ao córtex ou em estruturas nucleares profundas.

R. MELARAGNO

#### EPILEPSIA E DESORDENS DO COMPORTAMENTO EM PACIENTES COM O COMPLEXO ESPÍCULA E ONDA GENERALIZADA (EPILEPSY AND BEHAVIOUR DISORDER IN PATIENTS WITH GENERALIZED SPIKE AND WAVE COMPLEXES). V. ROGINA E A. SERAFÉTINIDES. *Electroenph. a. Clin. Neurophysiol.*, 14:376-382, 1962.

A presente investigação baseia-se na análise de 97 traçados selecionados entre 3.000 eletrencefalogramas feitos em um período de 3 anos. Em 82 casos, o complexo espícula e onda foi registrado durante o EEG de repouso ou durante a ativação pela hiperpnéia, enquanto que em 15 casos a descarga foi obtida somente durante a foto-estimulação. Em apenas 5 pacientes foram registradas crises do tipo pequeno mal, enquanto que 27 casos apresentavam convulsões generalizadas; 43 pacientes não apresentaram qualquer manifestação do tipo comicial mesmo durante a ativação pela hiperpnéia. Em 16 pacientes foram assinaladas alterações da esfera psíquica: distúrbios do comportamento em 12, psicoses em 2 e deficiência mental em 2. As respostas paroxísticas induzidas pela foto-estimulação puderam ser relacionadas com desordens do comportamento em 64% dos casos; por outro lado, os epiléticos que apresentavam alteração de comportamento mostravam também maior incidência de respostas paroxísticas no eletrencefalograma feito durante foto-estimulação.

RUEENS MOURA RIBEIRO

**ESTUDO ELETRENEFALOGRAFICO DAS LESOES CRANIANAS TRAUMATICAS AGUDAS EM CRIANÇAS (ELECTROENCEPHALOGRAPHIC STUDY OF ACUTE HEAD INJURY IN CHILDREN). D. SILVERMAN. Neurology 12:273-281, 1962.**

O eletrencefalograma foi realizado em 100 crianças com menos de 16 anos de idade, dentro de 4 semanas após traumatismo craniano. Os casos foram reunidos em 4 grupos com base na informação descritiva sobre o trauma, no exame neurológico e nos achados de laboratório: 1) lesões leves sem alterações do exame neurológico, do LCR e do craniograma; 2) lesões de média intensidade com exames neurológico e líquórico normais e craniograma mostrando fratura; 3) lesões moderadas com alterações dos exames neurológico e líquórico; 4) lesões graves, com alterações do exame neurológico e distúrbios de consciência. De modo geral, a alteração eletrencefalográfica mais evidente e registrada em todos os pacientes, foi a presença de onda  $\delta$  ou  $\theta$  na região parieto-occipital, bilateral, porém assimétrica. Lentificação da projeção na região temporal registrada durante o sono foi a alteração seguinte mais freqüentemente encontrada; a lentificação de projeção frontal foi relativamente rara. Alterações eletrencefalográficas foram encontradas em 29% dos casos com lesões leves e 100% dos casos com lesões graves. Por outro lado, em 89% dos pacientes portadores de lesões graves havia lentificação de projeção na região parieto-occipital, enquanto que em apenas 42% dos pacientes portadores de lesões leves existia essa alteração. Estudos eletrencefalográficos sucessivos, principalmente traçados obtidos durante o sono, são imprescindíveis para o registro das eventuais seqüelas (ondas "sharp" ou assimetria de ritmo) que, de outra maneira, passariam despercebidas, conduzindo à conduta terapêutica deficiente.

RUBENS MOURA RIBEIRO

**O ELETRENEFALOGRAMA EM CRIANÇAS COM TUMORES INTRACRANIANOS E CONVULSÕES (THE ELECTROENCEPHALOGRAM IN CHILDREN WITH INTRACRANIAL TUMORS AND SEIZURES). J. G. MILLICHAP, R. G. BICKFORD, R. H. MILLER E R. E. BACKUS. Neurology 12:329-336, 1962.**

Os autores analisam os eletrencefalogramas de 291 crianças portadoras de tumores intracranianos, encontrando anormalidades em 96% dos casos com tumores supratentoriais e em 81% dos casos com tumores infratentoriais. O valor localizador do eletrencefalograma foi maior nos casos de tumores supratentoriais e com comprometimento do córtex cerebral (88% dos casos). Os tumores localizados na fossa posterior apresentaram alterações eletrencefalográficas projetadas nos lobos occipitais em 44% dos casos. Ondas  $\delta$  sugestivas de sofrimento cerebral foram registradas em 57% dos pacientes; disritmias por onda "sharp" ou espícula e onda foram encontradas em 32% dos casos. Disritmia difusa, bilateral e síncrona, compatível com o diagnóstico de epilepsia idiopática, foi verificada em dois pacientes: um tinha astrocitoma que envolvia o lobo temporal direito e estruturas medianas; o outro, um lipoma do corpo caloso.

RUBENS MOURA RIBEIRO

**O ELETRENEFALOGRAMA DURANTE A PRIVAÇÃO PROLONGADA DO SONO (THE ELECTROENCEPHALOGRAM DURING PROLONGED EXPERIMENTAL SLEEP DEPRIVATION). E. A. RODIN, E. D. LUBY E J. S. GOTTLIEB. Electroenceph. a. Clin. Neurophysiol., 14:544-551, 1962.**

Foi feito exame eletrencefalográfico em 16 voluntários gozando de boa saúde, com idades compreendidas entre 18 e 34 anos e privados do sono por um período de 120 horas. Os traçados foram tomados sucessivamente após 24, 48, 72, 96 e 120 horas; todos os registros incluíam um período de hiperventilação de 3 minutos e um de foto-estimulação intermitente. Nenhuma droga foi utilizada no sentido de manter os indivíduos despertos, a não ser o uso de água fria na face ou o cálculo mental. Os eletrencefalogramas iniciais foram normais em 11 indivíduos; em 4

evidenciaram discretas disritmias paroxísticas de grande amplitude nas primeiras 48 horas, em tudo semelhantes àquelas dos pacientes com epilepsia do tipo centrencefálico. Com o progredir das horas de privação do sono, os registros eletrencefalográficos evidenciaram, em todos os casos, o aspecto semelhante aos traçados dos pacientes em estado de sonolência. Entre os períodos de 48 e 96 horas, os eletrencefalogramas de todos os indivíduos evidenciaram diminuição da amplitude do ritmo  $\alpha$ ; em apenas 6 houve diminuição da frequência. Os resultados sugerem que a privação prolongada do sono está associada, inicialmente, a um aumento da irritabilidade cerebral, com manifestações semelhantes às dos epiléticos nos indivíduos predispostos e que o aumento dessa excitabilidade cortical se evidencia a partir da 48ª hora.

RUBENS MOURA RIBEIRO

ALTERAÇÕES ELETRENCEFALOGRAFICAS CONTRALATERAIS NOS ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS INTRACRANIANOS (CONTRALATERAL EEG ABNORMALITIES IN INTRACRANIAL ARTERIOVENOUS ANEURYSMS: A PATHOPHYSIOLOGICAL INTERPRETATION). C. LOEB E E. FAVALE. Arch. Neurol., 7:121-128, 1962.

Em uma série de 23 pacientes com aneurismas arteriovenosos congênitos os autores selecionaram 4 que apresentavam alterações eletrencefalográficas contralaterais à malformação. A arteriografia bilateral demonstrou a correta localização do angioma. Para os autores, as alterações eletrencefalográficas contralaterais à malformação seriam decorrentes da isquemia cerebral determinada pelo "shunt" artério-venoso.

RUBENS MOURA RIBEIRO

SIGNIFICADO DAS ANORMALIDADES ELETRENCEFALOGRAFICAS DE LOCALIZAÇÃO "ERRADA" (THE SIGNIFICANCE OF FOCAL ELECTROENCEPHALOGRAPHIC ABNORMALITIES IN THE "WRONG" LOCATION). E. H. DAVIS E P. S. BERGMAN. Neurology 12:611-616, 1962.

Com a finalidade de esclarecer a presença de alterações eletrencefalográficas no lado oposto àquele sugerido pela clínica, os autores analisaram 5.575 traçados eletrencefalográficos de pacientes cujos sintomas neurológicos indicavam lesão lateralizada em um dos hemisférios cerebrais e nos quais o EEG sugeria disfunção focal. Em 13 pacientes (0,2%) os traçados evidenciaram anormalidades homolaterais aos sinais neurológicos (4 casos de tumor cerebral; 1 de doença desmielinizante; 1 de lupus eritematoso disseminado; 4 de distúrbio circulatório cerebral; 1 de aneurisma da artéria comunicante anterior; 1 de oclusão bilateral das carótidas; 1 de hemorragia subaracnóidea; 1 de oclusão da artéria cerebral média). A discrepância dos achados obtidos ocorreu pelo fato das lesões serem em geral difusas ou múltiplas, condicionando sinais neurológicos focais que não correspondiam aos focos registrados pelo EEG, ou então, quando lesões hemisféricas invadiam as estruturas situadas na linha média.

RUBENS MOURA RIBEIRO

CONSIDERAÇÃO ANATÔMICA SOBRE A DISTRIBUIÇÃO VASCULAR NA VIZINHANÇA DO GÂNGLIO DE GASSER DO PONTO DE VISTA NEUROCIRÚRGICO (ANATOMICAL CONSIDERATION OF DISTRIBUTION OF VESSELS IN THE VICINITY OF GASSERIAN GANGLION FROM THE NEUROSURGICAL POINT OF VIEW). T. HACHIHA E Y. MIYAZAKI. Neurologia Medico-Chirurgica (Tóquio) 1:194-195, 1959.

Foi verificada a existência de 5 tipos de irrigação arterial e de variações na distribuição da artéria meníngea média. Os autores chamam a atenção para o tipo 5 em que, após a entrada pelo forame pequeno redondo, a meníngea média acom-

panha o 3º ramo e depois aplica-se à dura-mater temporal. Neste caso o sangramento costuma ser abundante quando se opera na região do gânglio de Gasser.

J. ZAČLIS

RELAÇÃO ESPACIAL ENTRE O FORAME DE MONRO E NÚCLEOS SUBCORTICAIS (SPATIAL RELATIONSHIP BETWEEN FORAMEN OF MONRO AND SUBCORTICAL NUCLEI). K. MATSUMOTO. Neurologia Medico-Chirurgica (Tóquio) 1:195-196, 1959.

Para fins de cirurgia estereotáxica são revistas as relações de diversas estruturas tendo como reparo o buraco de Monro. O autor apresenta nôvo aparelho espacial que é orientado segundo três planos: plano horizontal, que passa pelo bordo inferior da órbita e meato auditivo externo de ambos os lados, plano frontal perpendicular àquele passando pelos "pólos" auditivos e o plano médio sagital.

J. ZAČLIS

HERNIAÇÃO CEREBELAR EM ANGIOGRAFIA PELA ARTÉRIA VERTEBRAL: SINAL FORAMINAL (CEREBELLAR HERNIATION IN VERTEBRAL ARTERIOGRAM: FORAMINAL SIGN). K. SANO. Neurologia Medico-Chirurgica (Tóquio) 1:180-188, 1959.

Analisando 200 casos de arteriografia pela artéria vertebral, o autor observou que a existência da artéria cerebelosa pósterio-inferior abaixo do plano do forame magno é altamente significativa como sinal de hérnia das amígdalas cerebelares.

J. ZAČLIS

TROMBOSE DO SEIO LONGITUDINAL: DIAGNÓSTICO PELA ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA (THROMBOSIS OF THE LONGITUDINAL SINUS: DIAGNOSIS BY CAROTID ANGIOGRAPHY). H. M. ASKENASY, I. Z. KOSARY E J. BRAHAM. Neurology 12:288-292 (abril) 1962.

São relatados três casos de trombose dos seios durais e veias tributárias com necropsia. O diagnóstico radiológico baseia-se principalmente na falta do flebograma habitual, no retardo circulatório e na inversão de corrente.

J. ZAČLIS

QUÃO SEGURA É A NEURORADIOLOGIA (HOW RELIABLE IS NEURORADIOLOGY). G. DI CHIRO. J. Neurosurg., 12:93-98 (fevereiro) 1962.

Baseado na revisão de 140 casos de processos expansivos, o autor verificou que a neuroradiologia é fiel em 92% no diagnóstico e localização e, em 64%, no acerto quanto à natureza do processo. Quanto à apreciação do volume a neuroradiologia é, na opinião do autor, algo insatisfatória.

J. ZAČLIS

EVOLUÇÃO DE SINAIS RADIOGRÁFICOS DE ALTERAÇÕES CRANIANAS DECORRENTES DE PERDA UNILATERAL DE SUBSTÂNCIA ENCEFÁLICA EM CRIANÇAS (EVOLUTION OF ROENTGENOGRAPHIC SKULL CHANGES WITH UNILATERAL LOSS OF BRAIN SUBSTANCE IN CHILDREN). A. SCHWARTZ E S. LAVY. J. Neurosurg., 12:133-139 (fevereiro) 1962.

O desenvolvimento de modificações cranianas em crianças com perdas de substância cerebral é estudado em 12 pacientes. Os autores distinguem as alterações

da abóbada e da base. Há paralelismo estreito entre as alterações cranianas e a perda de substância. As modificações mais evidentes foram espessamento da calota, desvio da crista gali, aumento do seio frontal do lado atrofiado, elevação da base.

J. ZAČLIS

AGLUTINAÇÃO INTRAVASCULAR DO SANGUE APÓS INJEÇÃO DE MEIOS DE CONTRASTE RADIOPAÇO (INTRAVASCULAR AGGLUTINATION OF THE FLOWING BLOOD FOLLOWING THE INJECTION OF RADIO-OPAQUE CONTRAST MEDIA). J. H. JOHNSON E M. N. KNISELY. *Neurology* 12:560-570 (agosto) 1962.

Três tipos específicos de evidências mostram que substâncias radiopacas e sangue reagem reciprocamente para formar massas de células sangüíneas aglutinadas. A mistura aumenta a resistência ao fluxo sangüíneo e os vasos de menor calibre podem ser obstruídos. Os autores concluem que o método pode ser usado para testar diferentes drogas empregadas por via venosa. Foram feitas experiências in vivo e in vitro, além de observações clínico-experimentais.

J. ZAČLIS

AGENESIA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA (AGENESIS OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY). IAN TURNBULL. *Neurology* 12:588-590 (setembro) 1962.

Caso de agenesia da artéria carótida interna esquerda e revisão da literatura. Até 1913 Fischer havia reunido 7 casos; a revisão do autor mostrou 13 casos a mais. Uni ou bilateral, a agenesia de carótida interna é, em geral, assintomática. A suplência circulatória é garantida pelo sistema vértebro-basilar e pela carótida contralateral. A artéria oftálmica nesses casos é, em geral, ramo da artéria cerebral média.

J. ZAČLIS

TRAUMATISMO CERVICAL COMO CAUSA DE TROMBOSE DA ARTÉRIA VERTEBRAL (INJURY OF NECK AS CAUSE OF VERTEBRAL ARTERY THROMBOSIS). S. CARPENTER. *J. Neurosurg.*, 18:849-853 (novembro) 1961.

Após queda de uma árvore e decorrido um período de inconsciência de 2 minutos, o paciente (42 anos) apresentou síndrome de lesão bulbar. A necropsia mostrou fratura cervical (C<sub>7</sub>) e trombose da artéria vertebral do lado oposto ao do maior comprometimento vertebral (estiramento da artéria contralateral); havia lesão medular de pouca monta e tumefação do hemisfério cerebelar do lado da trombose. A morte foi interpretada como devida a deslocamento do tronco cerebral pela tumefação cerebelar.

J. ZAČLIS

OCCLUSÃO IATROGÊNICA DE CARÓTIDA: DISSECÇÃO DA TÚNICA MÉDIA COMPLICANDO ARTERIOGRAFIA (IATROGENIC CAROTID OCCLUSION: MEDIAL DISSECTION COMPLICATING ARTERIOGRAPHY). J. S. BOYD-WILSON. *World Neurol.*, 3:507-511 (junho) 1962.

O risco que encerra a arteriografia está, segundo o autor, mais relacionado com defeito de punção do que com os meios de contraste. A dissecação da túnica

média parece ocorrer mais comumente do que a dissecação da íntima. O autor encontrou dissecação da túnica média ocasionando oclusão total ou parcial em 1% de seus casos. Trata-se de acidente que pode ocorrer a despeito de todo o rigor observado na técnica, sendo as pessoas idosas e portadoras de arteriosclerose as mais suscetíveis.

J. ZAÇLIS

MIELOGRAFIA DINÂMICA (MIELOGRAFIA DINAMICA). E. D. ROCCA E E. M. SABOGAL. *Acta Neurol. Latinoamer.*, 7:233-241, 1961.

Os autores, com a mielografia dinâmica — exploração com o paciente em diferentes atitudes e posições bem como mediante variadas incidências dos raios X — conseguiram diagnóstico de certeza em 95% dos casos de hérnia de disco intervertebral, nos quais um exame sumário, fazendo correr a substância de contraste em sentido cérico-caudal, não permitira o diagnóstico.

J. ZAÇLIS

FISTULA ARTERIOVENOSA DA ARTERIA MENINGEA MÉDIA E O SEIO PETROSO MAIOR (ARTERIOVENOUS FISTULA OF THE MIDDLE MENINGEAL ARTERY AND THE GREATER PETROSAL SINUS). J. W. MARKHAM. *J. Neurosurg.*, 18: 847-848 (novembro) 1961.

Segundo o autor, este é o segundo caso desse tipo de fistula arteriovenosa e o primeiro de caráter espontâneo. Clinicamente, as mesmas características das fistulas carótido-cavernosas são encontradas também nestes casos. No caso do autor, a cura foi obtida mediante ligadura da carótida externa; no outro caso, traumático, fôra necessária craniotomia.

J. ZAÇLIS

CONSTRIÇÃO SEGMENTAR DE ARTERIA CEREBRAL ASSOCIADA A FEOCROMOCITOMA (SEGMENTAL CEREBRAL ARTERIAL CONSTRICTION ASSOCIATED WITH PHEOCHROMOCYTOMA). F. S. ARMSTRONG E G. J. HAYES. *J. Neurosurg.*, 18:843-846 (novembro) 1961.

Demonstração angiográfica de constrição arterial segmentar devida a adrenalina e noradrenalina lançadas na corrente circulatória pelo tumor. Trata-se, segundo os autores, da primeira referência, no homem, a vasoconstrição produzida pelas catecholaminas elaboradas por feocromocitoma.

J. ZAÇLIS

RETIRADA DE PANTOPAQUE INTRACRANIANO RESIDUAL POR MEIO DE PNEUMENCEFALOGRAFIA (REMOVAL OF RESIDUAL INTRACRANIAL PANTOPAQUE BY PNEUMOENCEPHALOGRAPHY). B. L. WRIGHT. *J. Neurosurg.* 18:831-833 (novembro) 1961.

Em dois casos de moléstia degenerativa em pacientes que haviam sido submetidos a mielografias, o autor julga ter observado diminuição da quantidade de substância radiopaca existente na cavidade craniana graças à pneumencefalografia.

J. ZAÇLIS

HEMATOMA SUBDURAL INTER-HEMISFÉRICO (INTERHEMISPHERIC SUBDURAL HEMATOMA). W. E. GANNON. J. Neurosurg., 18:829-830 (novembro) 1961.

Registro de um caso de hematoma subdural inter-hemisférico formado a partir de sangramento do seio sagital superior em conseqüência de fratura. O paciente faleceu. Radiologicamente foi observado espaço avascular e afastamento das artérias pericalosa e calosa marginal do plano médio sagital.

J. ZACLIS

ASPECTO ANGIOGRÁFICO DE UM PAPILOMA DE PLEXO CORÓIDE (ANGIOGRAPHIC APPEARANCE OF A PAPILOMA OF THE CHOROID PLEXUS). R. A. SEARS E S. W. BURNETT. J. Neurosurg., 18:822-825 (novembro) 1961.

Os sinais radiológicos observados em um caso de papiloma do plexo coróide foram: zona de circulação patológica e desvios arteriais em harmonia com a circulação neoformada, calcificação intracraniana e achatamento da pirâmide do lado do tumor.

J. ZACLIS

DESTRUIÇÃO EXPERIMENTAL DA MÊDIA PARA PRODUÇÃO DE ANEURISMAS ARTERIAIS INTRACRANIANOS (EXPERIMENTAL DESTRUCTION OF THE MEDIA FOR THE PRODUCTION OF INTRACRANIAL ARTERIAL ANEURYSMS). J. C. WHITE, G. P. SAYRE E J. P. WHISANT. J. Neurosurg., 18:741-745 (novembro) 1961.

Em animais de laboratório foram feitos ferimentos arteriais com agulha e, depois, injeção de diferentes soluções na parede arterial (segmento intracraniano da carótida). As conclusões são de que é possível produzir aneurismas semelhantes aos congênitos mediante injeção de diversas substâncias na parede arterial; o soro cloretado a 28% foi o mais efetivo.

J. ZACLIS

INCIDÊNCIA E SIGNIFICADO DE VISIBILIZAÇÃO PRECOCE DE VEIAS EM ANGIOGRAFIA NORMAL DA CARÓTIDA INTERNA (INCIDENCE AND SIGNIFICANCE OF EARLY FILLING OF VEINS IN NORMAL INTERNAL CAROTID ANGIOGRAPHY). A. EAL-BANHAWY E W. WALTER. J. Neurosurg., 18:717-720 (novembro) 1961.

Estudo da ordem de enchimento e de esvaziamento das veias mostrando a tendência de serem as veias superficiais as primeiras a se encherem e as primeiras a se esvaziarem na maioria dos casos. O calibre vascular é, na opinião dos autores, fator ponderável. A discussão gira em torno do aparecimento precoce fisiológico e patológico das veias intracranianas. O valor da injeção prolongada também é levado em consideração.

J. ZACLIS

A PROPÓSITO DE PECULIAR IMAGEM ANGIOGRÁFICA NA PROJEÇÃO ANTERO-POSTERIOR DOS RAMOS SILVIANOS NOS HEMATOMAS SUBDURAIIS (SU PARTICOLARE RILIEVO ANGIOGRAFICO NELLA PROIEZIONE ANTERO-POSTERIORE DEI RAMI SILVIANI NEGLI EMATOMI SOTTODURALI). G. RAMELLA E G. CANDELERO. Giornale di Psichiat. e Neuropatol., 89:759-771, 1961.

Nos hematomas subdurais da convexidade, em incidência ântero-posterior observa-se, com relativa constância, uma angulação muito acentuada (ângulo agudo) na



porção da artéria cerebral média correspondente à transição M2-M3. Trata-se, na opinião dos autores, de sinal útil nos casos incertos, quando não é nítido o espaço avascular.

J. ZAČLIS

ASPECTOS ANGIOGRÁFICOS DAS ARTÉRIAS ESTRIADAS EM PATOLOGIA CEREBRAL: UTILIDADE DIAGNÓSTICA (ASPETTI ANGIOGRAFICI DELLE ARTERIE STRIATE IN PATOLOGIA CEREBRALE: UTILITÀ DIAGNOSTICA). G. RAMELLA E E. PIGNATARO. *Giornale di Psichiat. e Neuropatol.*, 89:747-757, 1961.

Estudo radiológico para estabelecer o valor diagnóstico das artérias estriadas, baseado na medida das distâncias entre o ponto mais lateral da artéria estriada lateral e o plano médio sagital, assim como na relação percentual com a distância entre a calota e o plano médio sagital. Além dessas medidas, o simples estudo do trajeto desses vasos pode auxiliar no diagnóstico: nos tumores laterais inverte-se o sentido de sua curva; de côncava para dentro passa a côncava para fora.

J. ZAČLIS

SINGULARES ASPECTOS CLÍNICO-ANGIOGRÁFICOS NO CURSO DE SÍNDROMES OCLUSIVAS DA ARTÉRIA CEREBRAL ANTERIOR (SINGOLARI RILIEVI CLINICO-ANGIOGRAFICE IN CORSO DI SINDROMI OCCLUSIVI DELLA ARTERIA CEREBRALE ANTERIORE). E. LUGARESI E G. C. REBUCCI. *Giornale de Psichiat. e Neuropatol.*, 89:963-970, 1961.

Trabalho muito interessante cuja essência reside na apresentação de três casos de pacientes que apresentavam angiografia do lado supostamente afetado com visibilização de ambas as artérias cerebrais anteriores, ao passo que a angiografia do lado oposto mostrava oclusão da artéria cerebral anterior do lado correspondente. A explicação é de que o lado de artérias íntegras cede para o território de vaso ocluído o sangue que lhe faz falta.

J. ZAČLIS

CONSIDERAÇÕES SOBRE A COMPRESSÃO CAROTÍDEA DURANTE ANGIOGRAFIA (PRESSURE CONSIDERATIONS IN CAROTID COMPRESSION DURING ANGIOGRAPHY). R. L. WRIGHT. *J. Neurosurg.*, 19:375-377 (maio) 1962.

A compressão normal da carótida contralateral em angiografia é perigosa em virtude do aumento da pressão arterial, particularmente em casos de hemorragia meníngea recente. As menores variações foram observadas quando a compressão era exercida ao nível da bifurcação. Além disso não há razão sustentável para a prática dessa compressão do lado oposto ao do aneurisma. Variações de 1 mm, 1,4 mm e 0,9 mm foram observadas, empregando manômetro de mercúrio conectado com a agulha inserida na carótida.

J. ZAČLIS

ANGIOGRAFIA BRAQUIAL RETRÓGRADA EM MOLESTIA CEREBROVASCULAR (RETROGRADE BRACHIAL ANGIOGRAPHY IN CEREBRO-VASCULAR DISEASE). L. M. THOMAS, W. G. HARDY, D. W. LINDNER E E. S. GURDJIAN. *Arch. Neurol.*, 7:339-346 (outubro) 1962.

Trabalho baseado no estudo de 200 arteriografias retrógradas via artéria braquial. O maior interesse reside no estudo do próprio método. Na série estudada, além de complicações de menor vulto, houve dois casos de óbito. Quanto aos vasos

visibilizados, em 75% dos casos pôde ser vista a carótida direita e, em 3%, a carótida esquerda. A origem da carótida comum direita foi vista em 24% dos casos; a da carótida esquerda em 3%. Quando se deseja estudo do território vértebro-basilar é preferível injetar o contraste na artéria braquial esquerda porque assim não há interferência prejudicial das imagens arteriais do território carotídeo.

J. ZACLIS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA ARTERIAL CEREBRAL ASSOCIADA A LESÕES ARTERIAIS OCLUSIVAS EXTRACRANIANAS. M. E. DEBAKEY, E. STANLEY CRAWFORD E W. S. FIELDS. *Neurology* 11:145-149 (abril, parte II) 1961.

O advento da angiografia proporcionou a possibilidade de intervenções diretas sobre artérias que se destinam ao encéfalo, com a finalidade de melhorar a sintomatologia decorrente de insuficiências vasculares cerebrais. As lesões que determinam insuficiência cérebro-vascular foram reconhecidas como semelhantes às de outros territórios e são freqüentemente localizadas em segmentos extracranianos, mais facilmente acessíveis ao cirurgião. Neste trabalho, os autores relatam sua experiência em 622 pacientes, em 226 (40%) dos quais a angiografia demonstrou a existência de lesões arteriais extracranianas, localizadas nas artérias carótidas internas, artérias vertebrais e nos grandes vasos oriundos do arco aórtico. A operação foi realizada em 288 pacientes nos quais as lesões eram consideradas suficientemente avançadas para determinar redução do fluxo cerebral. Nesse grupo de pacientes havia 381 lesões arteriais extracranianas oclusivas, o que mostra a freqüência de lesões múltiplas. Dessas 381 lesões vasculares, 300 foram exploradas cirurgicamente: 297 eram localizadas e permitiram uma operação reconstrutiva; as três restantes foram consideradas como inoperáveis devido à extensão do processo oclusivo. O tipo de operação empregado variou conforme a localização e extensão do processo obstrutivo. Lesões discretas, bem localizadas, na carótida interna e nas vertebrais foram, em geral, tratadas pela endarterectomia. Casos com lesões mais amplas, sediadas na origem dos grandes vasos ou próximas, foram tratados mediante "by-pass". Os resultados variaram conforme a região operatória e a extensão do processo oclusivo. A circulação foi bem restabelecida na região da operação em todos os pacientes com oclusões proximais dos grandes vasos que nascem do arco aórtico, independentemente da extensão da oclusão, e em 95% dos pacientes com oclusão parcial das artérias carótida interna e vertebral. Dos 29 pacientes com oclusão completa destes últimos vasos, o fluxo sanguíneo foi restaurado em 10 (34%). Os resultados em pacientes com insuficiência arterial basilar foram melhores que os proporcionados a pacientes com insuficiência da artéria carótida, principalmente quando a circulação era restabelecida através das artérias vertebrais.

R. MELARAGNO

SÓBRE O TRATAMENTO DA PARALISIA CEREBRAL (ON THE TREATMENT OF CEREBRAL PALSY). R. S. PAINE. *Pediatrics* 29:605-616 (abril) 1962.

Paine faz revisão de 1.821 pacientes portadores de paralisia cerebral internados no Children's Hospital de Boston no período de 1930 a 1950. Foram reexaminados 655 pacientes, dos quais foram selecionados 177 com idade superior a 14 anos (91 dos quais com mais de 20 anos). Dos 177 pacientes, 103 haviam recebido terapêutica física intensiva durante período não menor que 5 anos e 74 não foram tratados. Para o presente estudo os pacientes foram classificados em espásticos (111 casos, dos quais 78 com hemiplegia e 33 com tetraplegia) e extrapiramidais com movimentos involuntários (66 casos). Para a avaliação dos resultados foi empregado critério subjetivo e criticável, sendo levados em conta os seguintes graus de

função, relativos às atividades da vida diária: 1) excelente, se o paciente adquiriu atividade funcional próxima da normal; 2) bom, se é capaz de andar longa distância com velocidade próxima à de indivíduo normal, sendo a atividade manual cerca de metade da normal; 3) regular, se a marcha é possível e a atividade manual subnormal, quantitativa e qualitativamente; 4) pobre, se a marcha é deficiente ou impossível e a atividade manual possível apenas com assistência; 5) nula, se permaneceu incapacidade total. Após colher os resultados de pacientes tratados e não tratados, o autor compara os dados e chega às seguintes conclusões: 1) a reeducação motora traria benefícios nos pacientes com hemiplegia e tetraplegia, com hipertonia de grau médio, sendo que a deambulação é melhor nos tratados que nos não tratados; 2) nas hemiparesias foram observadas melhoras idênticas nos tratados e nos não tratados; 3) nos extrapiramidais não houve qualquer benefício nos dois grupos; 4) a incidência de gagueira e de crises convulsivas nos hemiplégicos tratados não foi maior que naqueles não tratados. Diante destes fatos, o autor admite que, devido ao desenvolvimento natural dos sistemas motores (mielinização progressiva), torna-se difícil saber até que ponto a melhora da coordenação e atividade voluntária é espontânea e até onde interveio o tratamento fisioterápico.

A. ANGHINAH

NÓVO MÚSCULO-RELAXANTE NA ESPASTICIDADE (A NEW MUSCLE RELAXANT IN SPASTICITY). J. F. KURTZKE E J. GYLFE. *Neurology* 12:343-350 (maio) 1962.

Os autores apresentam novo músculo-relaxante denominado Metaxalone (AHR-438) que, em doses menores que as dos relaxantes musculares até agora recomendados, agiria bloqueando a atividade reflexa polissináptica, sem, entretanto, alterar a força muscular e influir nos reflexos monossinápticos. Os 36 pacientes em estudo foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro de pacientes aos quais foi administrado placebo e, o segundo, de pacientes que ingeriram comprimidos de 400 mg de Metaxalone (2 comprimidos nos dois primeiros dias, 4 nos dois dias seguintes e 6 durante 30 dias). O grau de hipertonia foi avaliado mediante determinação clínica quantitativa da resistência passiva ao estiramento; por meio de pesos variáveis foi determinado aquele necessário para vencer a resistência à extensão passiva do antebraço fletido e, no membro inferior, a extensão da perna em flexão. As avaliações foram registradas antes, durante e após o período de tratamento. O examinador não sabia a qual dos grupos pertencia o paciente, sendo evitadas, assim, as causas de erro de natureza subjetiva. A análise dos resultados permitiu concluir que a Metaxalone reduziu em cerca de 30% a espasticidade, justificando plenamente seu uso na clínica. Não foram colhidos dados quanto à duração e persistência dos efeitos da droga.

A. ANGHINAH

\* \* \* \*