

## ANÁLISES DE REVISTAS

**TUMORES CEREBRAIS EM PACIENTES DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS (BRAIN TUMORS IN MENTAL HOSPITAL PATIENTS).** SIDNEY LEVIN. *Am. J. Psychiat.*, **105:897-900** (junho) 1949.

É comum encontrar, em doentes portadores de tumores cerebrais, sintomas mentais que vão desde os leves distúrbios emocionais, até os graves distúrbios de natureza psicótica; o número de casos de tumores cerebrais admitidos em hospitais psiquiátricos é, ainda atualmente, elevado, constituindo mesmo um problema para os psiquiatras. O A. fez revisão dos casos de tumores cerebrais admitidos no Boston Psychopathic Hospital no período de 1938 a 1946, excluindo, porém, os casos que haviam sido submetidos à intervenção cirúrgica antes da internação. Assim procedendo, catalogou 22 pacientes. Verificou que a idade média dos doentes variava de 40 a 60 anos. O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a internação oscilava de 1 semana a 6 anos, sendo em média de 17 meses. Os primeiros sintomas da moléstia foram: depressão, crises convulsivas, perturbações visuais, cefaléia, seguindo-se, em menor número, irritabilidade, sonolência, etc. Quanto aos sintomas surgidos no curso da moléstia e antes da admissão ao hospital, foram, na ordem de frequência: comprometimento da memória ou confusão, depressão, convulsões, cefaléia, distúrbios visuais, sonolência, irritabilidade, indiferença, insônia, seguindo-se fraqueza geral, perda do senso de responsabilidade, ataques sincopais, idéias paranóides, timidez, agressividade, euforia e afasia. Em nenhum caso foi observado comportamento maniaco típico. Dos casos com convulsões, a maioria apresentava crises generalizadas, havendo poucos casos com crises predominando de um lado ou de tipo bravais-jacksoniano. Muitos dos doentes apresentavam, na ocasião da internação, quadros característicos de moléstia orgânica, alguns assemelhando-se a psicose tóxica. Com o crescimento do tumor, os sintomas se acentuavam, tornando-se cada vez mais característicos de processo orgânico, e as queixas, que a princípio podiam ser interpretadas como decorrentes de desordens funcionais, tornavam-se cada vez mais evidentes, permitindo caracterizar a moléstia orgânica. Na época da admissão o exame neurológico foi negativo somente em 3 casos de tumor frontal. O edema de papila foi observado em 10 doentes. O exame de líquido, praticado em 13 casos antes da internação, foi normal somente em 4 casos, revelando alterações diversas (hiperproteinorraquia, xantocromia, pleocitose) nos demais casos. O EEG, feito em 10 casos, mostrou anormalidades em 9. Em 20 casos o tumor foi verificado cirurgicamente e em 2, pela necrópsia. Dos 22 tumores, 7 eram espongiblastomas, 6 gliomas, 3 meningiomas (2 da goteira olfativa e 1 do sulco petroso), 3 tumores metastáticos, 2 craniofaringiomas e 1 pinealoma. Não foi constatado nenhum caso de tumor da hipófise, nem da fossa posterior. Comentando as observações, acentua o A. que a maioria dos doentes procura o hospital em período avançado da doença, quando apresentam já quadros mentais característicos de moléstia orgânica. O A. chama a atenção para o fato de que, em sua casuística, a maioria dos doentes era internada devido a desordens mentais diretamente relacionadas com o crescimento do tumor, enquanto, em outras estatísticas que mostram predominância de tumores benignos, os pacientes eram internados em consequência de distúrbios chamados funcionais, e só muito tempo depois surgiam os sintomas tumorais. A ausência de tumores da fossa posterior em seu material está de acordo com as demais estatísticas; geralmente, esses tumores acarretam sintomas neurológicos predominantes que dominam todo o quadro clínico, permitindo orientação diagnóstica correta, desde o início.

C. PEREIRA DA SILVA

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DOS TUMORES PITUITÁRIOS (ROENTGENOLOGIC DIAGNOSIS OF PITUITARY TUMORS). H. F. HARE, E. SILVEUS e M. I. SMEDAL. *Radiology*, 52: 193-197 (fevereiro) 1949.

Antigamente, o diagnóstico radiológico dos tumores hipofisários era limitado somente aos processos tumorais cujo crescimento determinava o aparecimento de sintomas mais ou menos evidentes, os quais, associados às alterações selares, não deixavam dúvidas quanto ao diagnóstico. A dificuldade em distinguir uma sela normal de uma alargada, não permitia que o diagnóstico precoce dos tumores selares fosse feito. Esse problema era agravado pelo fato de que 10 a 20% dos tumores acidófilos não condicionam aumento dos diâmetros selares e os tumores basófilos, salvo exceções raras, são de diminutas dimensões e, quando acarretam modificações ósseas, essas consistem em alterações da arquitetura cálcica da abóbada craniana. Os tumores cromóforos, pelo contrário, determinam, quase sempre, alterações selares, as quais, muitas vezes, aparecem quando não estão ainda evidentes os sintomas clínicos. Daí a importância de ser conseguido um método de mensuração da sela, que permita afirmar, com a possível segurança, a existência de um tumor intra-selar. Analisando os processos existentes de medida dos diâmetros e da determinação da superfície selar, verificaram os AA. que eles eram, até certo ponto, falhos, não permitindo apuração rigorosa dos seus valores. Efetuaram suas pesquisas medindo as selas de indivíduos normais e relacionando seus valores ao peso, altura e idade dos pacientes. Em virtude da dificuldade de conseguir sempre radiografias estereográficas em perfil rigoroso, utilizaram-se também da projeção sagital pósterio-anterior, praticada em uma incidência tal que o dorso selar e as clinóides posteriores se projetassem no buraco occipital, evitando assim a superposição de outras estruturas cranianas. Expõem detalhadamente a técnica utilizada e relatam os valores encontrados para os diâmetros selares: superfície selar, valor normal médio de 74 mm<sup>2</sup>; uma sela com uma superfície de 130 mm<sup>2</sup> é uma sela alargada, havendo, porém, casos em que há sintomatologia clínica de tumor hipofisário e nos quais a sela mostra diâmetros normais, e vice-versa. Apresentam os valores encontrados em suas mensurações selares. Finalizando, aconselham aos clínicos manter certa vigilância sobre todos os pacientes cujos craniogramas revelaram alargamento selar, embora esses pacientes não apresentem, até então, sintomas denunciadores da existência de tumor pituitário.

C. PEREIRA DA SILVA

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS TUMORES DA PINEAL (THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PINEAL TUMORS). GILBERT HORRAX. *Radiology*, 52:186-192 (fevereiro) 1949.

O A. recorda que, embora os tumores da pineal constituam uma das mais raras formas de neoplasia cerebral, assume importância o seu estudo, em virtude da posição que essa glândula ocupa no encéfalo, devido à qual os tumores que nela se desenvolvem comprometem territórios importantes; tubérculos gradigêneos e aqueduto de Sívio são as estruturas mais precocemente atingidas pelas neoplasias da pineal. Estas são geralmente pinealomas e teratomas, sendo os primeiros os mais freqüentes. Relativamente aos sintomas, constituem quase que a regra aqueles que traduzem hipertensão craniana resultante da compressão do aqueduto de Sívio pela massa tumoral. Os sintomas cerebelares são devidos à pressão do tumor sobre o cerebelo e dificultam o diagnóstico localizatório. Podem ser observadas diabete insípido, por compressão da região hipotalâmica, e puberdade precoce (esta quando se tratar de pacientes do sexo masculino em idade pré-púbere). Em sua casuística, o A. verificou a puberdade precoce uma vez apenas em 6 menores de 12 anos estudados. Lembra que o fato desse quadro poder estar presente em casos de pacientes com tumor da suprarenal, dos testículos ou de outros tumores cerebrais que envolvam a pineal, dificulta o diagnóstico. São sintomas com caráter localizatório: a perda dos movimentos conjugados dos olhos acima do plano horizontal e a ausência de reação pu-

pilar à luz, em presença de acuidade visual normal ou quase normal. Esses sintomas estavam presentes em um número considerável de casos do A.

Embora o tumor da pineal possa ser suspeitado ou mesmo diagnosticado quando estão presentes os sinais neurológicos de localização acima descritos, acha o A. que a prova ventriculográfica deve ser sempre exigida para maior segurança. A ventriculografia gasosa revela dilatação ventricular, com dilatação da parte anterior do III ventrículo e deformação arredondada da parte posterior desse ventrículo, ocasionada pelo polo anterior do tumor. É possível que semelhante quadro ventriculográfico possa ser ocasionado por um tumor cerebelar que se desenvolva nessa direção, mas a presença desse defeito ventriculográfico em paciente com um quadro sintomatológico típico de localização pineal, não permite maiores dúvidas.

Relativamente ao tratamento, o A. preconiza a radioterapia e a cirurgia. Como esses tumores respondem bem, temporária ou definitivamente, à radioterapia, é esse tratamento o aconselhável inicialmente, sendo indicada a descompressão craniana, antes do início do tratamento, a fim de aliviar os sintomas decorrentes da hipertensão craniana. Se o tumor não responder favoravelmente após 2 ou 3 séries de aplicações, deve o paciente ser encaminhado para a cirurgia.

A estatística do A. é constituída de 22 casos de tumor da pineal. Em 14 vezes, esse diagnóstico foi verificado histologicamente por biópsia ou por necrópsia. Em 3 pacientes, o diagnóstico foi feito pela combinação dos sinais neurológicos e ventriculográficos. Dos 22 pacientes, 10 foram submetidos à cirurgia, tendo morrido 7 e curado 3. Dos 12 casos tratados pela radioterapia, 3 faleceram e 7 ficaram curados até a data da observação.

C. PEREIRA DA SILVA

OSTEOMA FRONTO-ETMOÍDO-ORBITÁRIO COMPLICADO POR EMPIEMA DOS SEIOS FRONTAIS (OSTEOMA FRONTO-ETMOÍDO-ORBITARIO COMPLICADO CON EMPIEMA DE LOS SENOS FRONTALES). E. TOLOSA e F. DURÁN. *Actas d. las Reuniones Cient. d. Cuerpo Facultativo d. Inst. Policlínico*, 3:281-288 (novembro) 1948.

Os AA. apresentam um caso do raríssimo osteoma órbito-etmoidal, ocorrendo em moça de 20 anos, traduzindo-se pela seguinte sintomatologia: rinorréia cerebrospecial, aumento da distância interocular, alargamento da glabella, proeminência das regiões supraciliar e malar direita, anosmia bilateral, exoftalmo à direita, estase papilar bilateral; motricidade ocular normal. O craniograma esclareceu o diagnóstico.

Os AA. discutem as dificuldades neurocirúrgicas destes casos, as quais estão diretamente relacionadas com a localização do tumor, sendo especialmente representadas pelo estabelecimento de uma comunicação pós-operatória entre a cavidade craniana e os seios paranasais, com riscos de rinorréia, pneumocefalia e infecções intracranianas. Merece destaque, pois, a ausência de complicações após a extirpação do osteoma, realizada por via transfrontal, embora existisse sinusite frontal purulenta associada. Os AA. discutem detalhadamente os aspectos neurocirúrgicos dos osteomas órbito-etmoidais.

H. CANELAS

DIAGNÓSTICO DE HIPOPITUITARISMO ASSOCIADO A ADENOMA CROMÓFOBO (DIAGNOSIS OF HYPOPITUITARISM ASSOCIATED WITH CHROMOPHOBE TUMOR). L. M. HURXTHAL e O. Z. YOUNGHUSBAND. *Radiology*, 52:179-185 (fevereiro) 1949.

Os AA. dividem as manifestações clínicas do adenoma cromóforo da hipófise em 2 grupos: aquelas que surgem em consequência da pressão ou da extensão do tumor às áreas vizinhas da glândula, e as que ocorrem em virtude da pressão do tumor sobre a própria glândula, determinando, estas últimas, graus variáveis de deficiência hormonal. Lembram que são geralmente os distúrbios da visão que levam à suspeita da existência do adenoma cromóforo da hipófise, mas, se uma anamnese

cuidadosa fôr feita, poderá apurar sintomas cujo aparecimento precede ao dos distúrbios visuais, permitindo orientar corretamente o diagnóstico, conduzindo, portanto, precocemente, os pacientes ao tratamento radioterápico.

Acham os AA. que o diagnóstico de presunção do adenoma cromóforo pode ser feito na base da verificação do aumento dos diâmetros selares, pela prova radiográfica e pela constatação de perturbações visuais e/ou de deficiência hormonal. O alargamento selar deve sempre ser considerado como anormalidade, ainda que não estejam presentes os sinais clínicos tradutores de disfunção hipofisária, sendo recomendada, nesses casos, a verificação do campo visual. Os sinais neurológicos, embora não sejam comuns em casos de adenomas cromóforos, podem ocorrer, e consistem geralmente em sonolência, variações de temperatura, crises convulsivas, modificações da personalidade, perda da memória, alucinações visuais e parestesias, sinais esses que levam à suspeita da existência de um processo intracraniano. A cefaléia, mais freqüente que as alterações visuais, não tem um tipo característico quanto à localização, freqüência ou intensidade, que permita orientar o diagnóstico, pois ela traduz apenas um aumento de pressão craniana. Recordam que, na ausência de dados anamnésicos ou sintomatológicos que possibilitem orientar o diagnóstico corretamente, em casos de adenomas cromóforos da hipófise dispõem os clínicos de provas que permitem determinar a existência de deficiências hormonais e verificar, por consequência, o estado das funções glandulares.

Os AA. reviram 172 casos, dos quais 6 sofreram recidiva após operação, 4 tendo sido reoperados, enquanto que 2 foram encaminhados para a radioterapia; 85 pacientes submeteram-se à radioterapia desde o início e, desses, 4 foram enviados à neurocirurgia, em virtude da falência do tratamento radioterápico em impedir a progressão dos distúrbios da visão; 81 pacientes foram tratados unicamente pela cirurgia. De 32 pacientes acompanhados durante vários anos, 23 estavam vivos, sendo que 2 apresentavam visão normal, 14 visão melhorada, 2 não apresentavam melhoras da visão e, finalmente, 2 estavam amauróticos. Em 3 casos era desconhecido o estado da visão. O estado hormonal desses casos era desconhecido. Os AA. terminam abordando rapidamente a questão do tratamento médico com preparados sintéticos, a respeito dos quais tecem algumas considerações.

C. PEREIRA DA SILVA

ARTERIOGRAFIA NOS ACIDENTES VASCULARES DO ENCÉFALO (ARTERIOGRAPHY IN CEREBRAL VASCULAR ACCIDENTS). I. S. WECHESLER e S. W. GROSS. J. A. M. A., 139:502 (19 fevereiro) 1949.

Os AA. iniciam o trabalho referindo os resultados da arteriografia cerebral em hemorragias meníngeas espontâneas: em 10 casos, 6 foram devidos a malformações vasculares e 4 a aneurismas do polígono de Willis; em todos os casos o tratamento foi a ligadura da artéria carótida primitiva. O sucesso obtido nesses estudos levou os AA. a realizar este trabalho, em vista da dificuldade, muitas vezes existente, em fazer-se o diagnóstico diferencial entre trombose e hemorragia cerebral. Segundo eles, o método não oferece o menor perigo, podendo ser levado a efeito na primeira semana após o acidente. A via utilizada para a arteriografia é a percutânea. O estudo é baseado na observação de 10 casos, dos quais, em 6, foi diagnosticada hemorragia, pelo desvio dos vasos do grupo silviano; em 3, trombose da artéria silviana, pela falta de enchimento desta pelo contraste; em 1, trombose da artéria carótida interna no pescoço. Todos os pacientes tinham menos de 50 anos e gozavam de perfeita saúde antes do acidente vascular cerebral.

Importante é a indicação terapêutica. Os AA. aconselham, nos casos de hemorragia, a trepanação e punção cerebral, para aspiração do sangue subcortical. Na discussão, Bailey criticou o trabalho neste sentido, pelo fato de, tanto na hemorragia, como na trombose, a morte das células nervosas ser devida à anoxemia. Como 6 minutos são suficientes para que tal se dê, seria necessária a instituição da terapêu-

tica dentro dêste espaço de tempo, o que é impossível. Os AA., entretanto, citam 4 observações de casos de hemorragia em que verificaram regressão rápida da sintomatologia, após a aspiração de hematomas subcorticais.

P. M. ALBUERNAZ FILHO

ANEURISMA ARTERIAL DO CÉREBRO COMPROVADO; ARTERIOGRAMA NEGATIVO (VERIFIED CEREBRAL ANEURYSM WITH NEGATIVE ARTERIOGRAM). B. J. ALPERS e J. J. RYAN. J. Nerv. a. Ment. Dis., 109:220-225, 1949.

Os AA., baseados na experiência de 60 casos de aneurisma das artérias cerebrais, chegaram à conclusão de que o quadro clínico é tão característico para os aneurismas de certo volume, que o diagnóstico pode ser firmado, mesmo no caso de arteriograma negativo. Os sintomas precedendo a rotura do aneurisma consistem em crises recidivantes de cefaléia, em geral unilateral, de localização frontal, supra-orbitária ou retrocular; instalação simultânea, de maneira aguda ou progressiva, de sinais de comprometimento de nervos cranianos, mais freqüentemente do III par. Outros sinais; diminuição progressiva da acuidade visual, atrofia óptica, dor na face, disfonia, disfagia. Na radiografia simples são achados favoráveis ao diagnóstico, erosões dos ossos da base e sombras lineares de calcificação. O diagnóstico, após a rotura, e baseado na presença de sinais de hemorragia meníngea, associados a paralisias dos nervos cranianos e a uma história de crises recorrentes de cefaléia.

Ilustram a comunicação com 2 casos, com o diagnóstico clínico de aneurisma intracraniano e nos quais o arteriograma foi completamente normal. Em um dêles (aneurisma da carótida interna direita comprimindo o III par) o pneumencefalograma mostrou, como única alteração, falta de enchimento da cisterna quiasmática. Neste caso, o aneurisma foi tratado pela ligadura da carótida interna, após a ressecção de parte do nervo óptico direito; o doente teve um pós-operatório sem complicações. No outro caso, tratava-se de aneurisma da carótida esquerda, aderente ao nervo óptico, não tendo sido possível qualquer ligadura devido à densidade e situação das aderências; êste caso teve êxito letal, três dias depois, por edema pulmonar. Os AA. realçam a importância do completo esclarecimento dêstes casos com arteriograma negativo, a fim de ser feita a intervenção profilática de uma eventual e talvez fatal rotura do aneurisma. Mais do que no arteriograma, deve o diagnóstico apoiar-se no quadro clínico descrito. Os AA. chegam mesmo a dizer que, diante dêste fato e de certas reações desagradáveis produzidas pelo diodrast, chegaram ao ponto de intervir sem a ajuda da arteriografia ou da pneumencefalografia. Não sabem como explicar, nos dois casos apresentados, com aneurismas relativamente volumosos da carótida interna, a normalidade dos arteriogramas. Não apresentam dados estatísticos de quantos casos operaram, baseados apenas nos dados clínicos e confirmados à intervenção. A comunicação parece-nos, contudo, de grande importância prática. Assinalamos, ainda, a ausência de fenômenos objetivos ou subjetivos de sôpro, o qual não é descrito nos dois casos.

A. SETTE JR.

PARADAS FUNCIONAIS DE ORIGEM CEREBRAL. SUA TERAPÊUTICA PELAS INFILTRAÇÕES DO GÂNGLIO CERVICAL SUPERIOR (ARRÊTS FONCTIONNELS D'ORIGINE CÉRÉBRALE. LEUR THÉRAPEUTIQUE PAR LES INFILTRATIONS DU GANGLION SYMPATHIQUE CERVICAL SUPÉRIEUR). P. STRICHER. Lyon Chir., 44:264-270 (maio-junho) 1949.

O interesse primordial dêste trabalho consiste na revelação de que antigos acidentes cerebrais, aparentemente estabilizados, são susceptíveis, mediante tratamento cirúrgico adequado, de regressão mais ou menos completa. Nesse sentido, o A. registra interessante observação de um traumatizado do crânio, operado com sucesso, por infiltração do gânglio cervical superior, dois anos após o acidente. Acredita o A. que certos elementos celulares nervosos morfológicamente intactos se encontravam

apenas privados de irrigação sangüínea suficiente para atingir seu limiar funcional ou então que sua inibição fôsse devida ao espasmo vascular determinado pela ação irritativa de uma cicatriz na vizinhança. Registra, resumidamente, diversas outras observações de antigos hemiplégicos beneficiados pela infiltração do gânglio cervical superior. Do conjunto dessas observações, o A. tira diversas conclusões: as infiltrações anestésicas do simpático cervical, principalmente do gânglio cervical superior, são úteis em casos de lesões cerebrais, por suprimirem os fenômenos de parada funcional, às vèzes de longa duração, que simulavam lesões definitivas; a reversibilidade, no sentido da vasodilatação, de distúrbios isquêmicos que condicionam os fenômenos de parada funcional, permite obter, em certos casos de paralisias centrais, recuperações motoras e funcionais importantes, a volta da sensibilidade em territórios extensos e, às vèzes, a supressão imediata de dôres antigas e tenazes. Em outra verificação, o A. descreve fenômenos térmicos nos membros do lado oposto ao da infiltração.

R. MELARAGNO FILHO

LIGADURA DA CARÓTIDA COMUM (LIGATION OF THE COMMON CAROTID ARTERY). LAMBERT RODGERS. *Lancet*, 1:949 (4 junho) 1949.

A ligadura da carótida pode produzir complicações, ou por isquemia cerebral ou por trombose ou embolia a partir do local da ligadura. Êstes perigos podem ser evitados ligando a carótida primitiva em vez da externa, e fazendo a secção da artéria no local. O A. baseia-se na observação de 19 casos e conclui que o método é seguro, desde que o teste de suficiência seja satisfatório. A secção da artéria traz a secção das fibras simpáticas, impedindo o espasmo, e reduz a possibilidade de embolia, já que o coto distal não fica sujeito aos batimentos da onda do pulso. Não deve ser feita a ligadura da veia, pois a anoxia cerebral aumenta. O teste de tolerância serve para verificar as condições do polígono de Willis como anastomose. A artéria é comprimida por meio de um tubo de borracha; faz-se um EEG e, com um dinamômetro, mede-se a força muscular do lado oposto, de 3 em 3 minutos. Se, após 15-20 minutos, não houver déficit, pode ser feita a ligadura.

O polígono de Willis não é um centro distribuidor do sangue para o cérebro, mas é um sistema anastomótico potencial através do qual pode-se desenvolver uma circulação colateral. É menos perigoso ligar a carótida comum que a interna, porque a ligadura da primeira não abole totalmente a circulação na segunda, pois existe, no pescoço, uma anastomose transversal entre as carótidas externas. Há, assim, desenvolvimento de circulação colateral no polígono de Willis e, se fôr necessário, a carótida interna pode ser ligada mais tarde, devendo-se fazer sua extirpação até a base do crânio. Nos 19 casos do autor não houve acidente decorrente do processo.

P. M. ALBERNAZ FILHO

PESQUISAS SÔBRE O CONTEÚDO DE ANEURINA NO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO (RICERCHE SUL CONTENUTO EN ANEURINA NEL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO). R. ROSSINI. *Riv. di Neurol.*, 17:138-141 (março-abril) 1947.

O autor dosou a vitamina B<sub>1</sub> total (aneurina livre e seu éster difosfórico) em indivíduos de idade e sexo variáveis. Alguns apresentavam perturbações neurológicas, enquanto que outro grupo, se bem que pequeno, era constituído de indivíduos normais. A taxa de vitamina B<sub>1</sub> total era expressa em  $\gamma$ .

De 38 casos examinados, 5 não apresentavam aneurina no líquido, casos êsses que eram, respectivamente: um tumor cerebral, 2 casos de moléstia de Friedreich, uma polioencefalite superior e uma mielite transversa aguda. Em 3 casos encontrou o autor apenas traços de aneurina (endarterite obliterante, meningite meningocócica e

atrofia muscular progressiva). Nos casos restantes, a aneurina oscilava de um mínimo de  $\gamma$  0,58 (meningite de natureza não determinada) até um máximo de  $\gamma$  6,25 (meningite tuberculosa). Em 3 indivíduos sem alterações neurológicas, a taxa de aneurina foi de  $\gamma$  0,80, 0,90 e 1,85, respectivamente. O A. compara seus estudos com os de Saeker, afirmando que ambos coincidem. Concluindo, afirma que, segundo suas pesquisas, a aneurina não tem relação alguma com os outros componentes líquóricos, nem com a barreira hemoliquórica. Quanto aos diversos processos mórbidos, se poderia afirmar que há tendência a valores mais elevados nas meningites tuberculosas e na neurolues. É difícil precisar qual seria a taxa normal de aneurina no líquido. Quanto ao encontro de um aumento na meningite tuberculosa e na paralisia geral progressiva, é assunto que merece ser confirmado e ampliado.

A. BEI

NOVOS DADOS SÔBRE O LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO. LÍQUIDO CEFÁLICO E RAQUEANO (DONNÉES NOUVELLES SUR LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. LIQUIDE CÉPHALIQUE ET RACHIDIEN). ALAJOUANINE, THUREL e L. DURUPT. *J. Méd. Franç.*, 31:583-591 (novembro) 1948.

As notáveis verificações procedidas por Alajouanine e col. sobre os líquidos cefálico (LC) e raqueano (LR), e que condicionaram tão fecundos resultados do ponto de vista prático e fisiopatológico, são apresentadas neste importante trabalho, baseado na observação de algumas centenas de casos. Os AA. recordam, inicialmente, que a separação e o estudo comparativo do líquido cefalorraqueano nos diferentes níveis do eixo cerebrospinal não constituiu ainda objeto de estudos sistemáticos, na França ou em outros países. Recordam a noção geral dos níveis supra-jacentes e a lei, geralmente admitida, da sedimentação dos elementos figurados. A era neurocirúrgica, com a prática da ventriculografia, permitiu melhor precisar os caracteres do líquido ventricular, que é normalmente muito pobre em albumina e em células. Entretanto, o líquido cefálico, isto é, o líquido que banha as circunvoluções pericerebrais, não fôra ainda objeto de estudos; a Alajouanine e col. coube o mérito de, utilizando o método da pneumencefalografia por via lombar, haver separado o LR e o LC. A técnica seguida pelos AA. consiste em praticar-se uma punção lombar, retirando-se 15 ou 20 cm<sup>3</sup> de líquido, que são recolhidos num primeiro tubo (LR propriamente dito); injetam-se 40 cm<sup>3</sup> de ar, lenta e progressivamente; recolhe-se, a seguir, 20 cm<sup>3</sup> de líquido, de origem ventricular e pericerebral. Sendo o líquido ventricular conhecido pela sua relativa pureza, corresponderão ao líquido pericerebral as alterações constatadas no último tubo, relativamente ao primeiro. Essas alterações dizem respeito exclusivamente à reação leucocitária, mais elevada no líquido cefálico que no raqueano; taxa de albumina e outras reações não se modificam sensivelmente.

No indivíduo normal, a reação leucocitária do LC pode ser igual à do LR, mas geralmente ela é um pouco mais elevada. Nas várias afecções neurológicas, as pesquisas trouxeram os seguintes resultados: 1 — Quanto aos tumores intracranianos, apenas os tumores cerebrais propriamente ditos, ao que parece, são capazes de alterar o LC; os meningiomas não o modificam. 2 — Nos traumatismos cranianos, as diferenças entre LC e LR foram bastante apreciáveis, numerosas vezes, mostrando o valor do método no diagnóstico retrospectivo das hemorragias corticomeníngeas traumáticas que passam despercebidas, assim como o interesse médico-legal do método, permitindo afirmar a realidade das lesões cerebrais em casos duvidosos, nos quais a sintomatologia reduz-se a distúrbios puramente subjetivos. 3 — Nas encefalopatias crônicas infantis, na origem das quais os traumatismos obstétricos desempenham tão importante papel, as modificações do LC são mais frequentes e muitas vezes mais duráveis que nos traumatismos craniocerebrais do adulto. 4 — Nos comiciais, tipo "epilepsia essencial", em 90% dos casos há modificações insignificantes do LC. 5 — Nas lesões cerebrais de origem vascular, não se encontram modificações notáveis do LC, evidenciando isto que a extensão e a difusão das lesões cerebrais não intervem eficientemente na gênese da elaboração celular. 6 — Na sífilis nervosa, foram

obtidos os mais proveitosos resultados. Na paralisia geral não tratada, o LC é sempre mais rico em leucócitos que o LR; na paralisia geral tratada pela malária, verifica-se o desaparecimento da reação leucocitária. Assim, o retorno do LC à normalidade constitui um teste indispensável para afirmar-se a cura biológica dessa moléstia. Na sífilis medular, verificaram os AA. que, em todos os casos nos quais existia reação celular, esta era sempre mais intensa no LC que no LR, o que implica na existência de lesões cerebrais associadas. Daí pensarem os AA. que numerosos casos de sífilis medular são, na realidade, casos de sífilis difusa a todo o neuraxe, com comprometimento cerebral. Futuramente, antes de interromper-se um tratamento específico, será necessário exigir-se, não apenas um LR normal, mas também um LC normal. Ainda mais, em todo o luético, mesmo sem apresentar sinais de acometimento do sistema nervoso será necessária a prática da punção lombar e a da encefalografia gasosa. 7 — Na esclerose em placas, verificou-se aumento, mais ou menos pronunciado, da leucocitose cefálica, evidenciando assim que, se essa moléstia, é clinicamente de predominância medular, biologicamente é, principalmente, cerebral. 8 — Na moléstia de Parkinson não se verificaram alterações notáveis.

Depois de referirem os resultados obtidos em um certo número de casos de afecções degenerativas, os AA. concluem esta valiosa contribuição ao estudo do líquido cefalorraquidiano, destacando três ordens de deduções fisiopatológicas: 1 — parece nitidamente estabelecido que, nos espaços pericerebrais, a circulação não é absolutamente livre para os elementos figurados, que aí se encontram estagnados, donde a necessidade de desalojá-los pelo ar, a fim de obter-se um teste biológico preciso em patologia cerebral; 2 — dessa primeira verificação, deduz-se que a teoria clássica da sedimentação dos elementos figurados é, em parte, inexacta; 3 — quanto ao mecanismo íntimo da elaboração celular, as concepções antigas devem ser revistas.

O. FREITAS JULIÃO

MIASTENIA E DENERVAÇÃO SINU-CAROTÍDEA (MIASTENIA E DENERVAZIONE DEL SENSO CAROTIDEO). G. PINTUS, L. PERRIA e U. SACCHI. *Sist. Nerv.*, 1:1-6 (março-abril) 1949.

Em 1943, Thevenard e Leger realizaram a primeira denervação sinu-carotídea para tratamento da miastenia. A intervenção tinha base empírica, relacionada com a hipertrofia do córtex suprarrenal obtida pela denervação dos seios carotídeo e aórtico; a hiperatividade dessa glândula foi relacionada com os bons resultados, embora inconstantes, alcançados na miastenia pelo uso de extratos totais da suprarrenal, ou de preparados sintéticos (Doca). Thevenard e Leger obtiveram, em vários miastênicos, resultados ótimos e duradouros, que surgiram de dois dias a algumas semanas. Os benefícios predominaram no território dos nervos cranianos e foram mais nítidos em pacientes jovens, operados precocemente. Em alguns casos, entretanto, a prostigmina, apesar de reduzida, não pôde ser totalmente abandonada.

A técnica original consiste na simpatectomia periarterial, com retirada do grumo carotídeo e ressecção do nervo de Hering. Os autores italianos, contudo, fizeram, unilateralmente, apenas a retirada da adventícia carotídea e a interrupção do nervo de Hering, conservando o grumo. O caso dos AA. refere-se a uma mulher de 64 anos, com sintomatologia miastênica predominando no território cefálico e iniciada um ano antes da intervenção. Durante esta, a pressão arterial clevou-se somente de 140-90 para 150-100. Surgiram melhoras na musculatura cefálica apenas algumas horas após a operação; no dia seguinte, foi notada uma síndrome de Claude Bernard-Horner; dias depois, melhorou a movimentação dos membros e desapareceu a reação de Jolly. A pressão arterial, paradoxalmente, caiu para 120-80. A prostigmina foi suspensa no dia da intervenção e 3 meses depois ainda não havia sido reempregada, em vista da ausência de sintomas miastênicos.

Comentando os resultados obtidos pela denervação sinu-carotídea, os AA. acenam que a pressão arterial, também nos casos de Leger e Thevenard, só apresentou

pequena e fugaz elevação pós-operatória, voltando logo aos níveis anteriores; não houve modificação da atividade da suprarrenal. Estes fatos levaram os autores franceses a não tentar explicar o mecanismo dos efeitos estênicos provocados pela intervenção. Mas Pintus e col. lembram que Salmon já notara que as drogas depressoras do seio carotídeo (ergotamina, clorofórmio) determinavam piora dos sintomas miastênicos, enquanto que os estimulantes desse órgão (adrenalina, efedrina, acetilcolina, eserina) tinham efeito favorável. Para Salmon, a ação da prostigmina se deveria ao aumento do tono vagal. Entretanto, pareceria contraditório que a retirada do seio carotídeo viesse justamente provocar um refôrço vagal. Os AA. lançam, então, a hipótese de que a denervação daquêle corpúsculo, já em hipofunção, determinasse a reativação de outros mecanismos vasos-sensíveis. Com isto concorda o fato de que a pressão arterial, em seus casos, em vez de se elevar, caiu 20 mms. após o ato cirúrgico. Além disso, a precocidade com que se produziram as melhoras afasta a hipótese de que fôsse devida à hipertrofia da suprarrenal.

H. CANELAS

A CIRURGIA SIMPÁTICA NO TRATAMENTO DAS EMBOLIAS E TROMBOSES CEREBRAIS (LA CHIRURGIE SYMPATHIQUE DANS LE TRAITEMENT DES EMBOLIES ET THROMBOSES CÉRÉBRALES). A. DE SOUSA PEREIRA. Lyon Chir., 44:271-280 (maio-junho) 1949.

Neste trabalho, Sousa Pereira prossegue seus estudos sôbre os efeitos das intervenções sôbre o simpático, em casos de acidentes vasculares cerebrais. Ilustra suas verificações com o relato clínico de diversos pacientes; os resultados terapêuticos observados nessa série de doentes não foram uniformes. Foi observada melhoria progressiva dos enfermos, impressionante em alguns casos, muito ligeira em outros.

A segunda parte do trabalho, muito mais interessante, é dedicada ao estudo experimental da simpatectomia cervical na circulação arterial cerebral no cão. O A. praticou a ligadura subaracnóidea das duas carótidas internas e, a seguir, praticou duas séries de experiências. Na primeira série, em quatro cães, fez, no lado direito, a ressecção do gânglio cervical inferior, acolado ao tronco do pneumogástrico, a ressecção dos comunicantes desse gânglio, o gânglio estrelado com seus comunicantes e todos os filetes que acompanham a artéria vertebral, cuja adventícia foi retirada. Estes animais foram estudados 14 a 24 horas após a intervenção e a arteriografia mostrou maior desenvolvimento da rede arterial cerebral no lado direito em relação ao esquerdo. Na segunda série, de seis cães, o A. acrescentou às intervenções da primeira série, a ablação do gânglio cervical superior. Sousa Pereira, pelo método arteriográfico, demonstrou maior desenvolvimento arterial no lado denervado, compreendendo também o território da artéria carótida interna.

Muito interessantes são também as observações do A. sôbre a simpatectomia cervical na circulação arterial cerebral do homem, comprovando suas assertivas por concludentes demonstrações arteriográficas. No primeiro dos dois casos relatados pelo A., estudado doze anos após o início de uma trombose da carótida interna esquerda, a irrigação arterial do hemisfério esquerdo era assegurada predominantemente pela carótida direita. O estudo arteriográfico da carótida direita, antes e um mês após a simpatectomia cervical direita, mostrou maior desenvolvimento da circulação arterial cerebral após a operação. No segundo paciente, observado sete anos após uma embolia cerebral esquerda, a arteriografia da carótida esquerda, antes e vinte e um dias após a simpatectomia cervical esquerda, evidenciou grande aumento da circulação arterial cerebral após a intervenção. Essas modificações vasculares se acompanharam de melhoras clínicas.

R. MELARAGNO FILHO

CISTICERCOSE CEREBRAL E SEU TRATAMENTO CIRÚRGICO (CYSTICERCOSIS CEREBRI AND ITS OPERATIVE TREATMENT). L. STEPIÉN e J. CHOROBSKI. Arch. Neurol. e Psychiat., 61:499-527 (maio) 1949.

Na Polônia, como entre nós, a cisticercose cerebral é moléstia freqüente; representou cêrca de 1,22% das admissões ao Serviço de Neurocirurgia da Clínica Neurológica da Universidade de Varsóvia, entre 1936 e 1946. Lá como aqui, o descaso no contrôle da carne de porco para consumo público e o baixo standard de higiene estão na origem do problema. Estudam os autores dêste trabalho, os resultados do tratamento cirúrgico em 23 casos pessoais e em 71 outros casos referidos na literatura. Lembram, de início, as dificuldades na definição do quadro clínico, cuja extrema variabilidade está em função do número de parasitos, seu estágio de desenvolvimento, sua localização, a natureza das modificações que causam no cérebro e, finalmente, a susceptibilidade de cada doente. Disso decorre a dificuldade na classificação dos casos, já tentada por tantos autores. A classificação proposta por Stepién e Chorobski baseia-se no tipo das lesões produzidas pelos parasitos. Propõem três grupos: no primeiro estariam os casos nos quais os cistos, em geral únicos, causam sintomas de tumor cerebral. No grupo 2, aquêles casos de lesão cerebral difusa com sintomas de edema e distúrbios psíquicos e, no terceiro grupo, os casos em que os parasitos dão origem principalmente a hidrocefalia obstrutiva, com sua sintomatologia mais ou menos característica. Sendo a própria definição dos casos bastante difícil, é claro que esta classificação, como tôdas as outras, tem seus defeitos, mas terá, em compensação, o valor de orientar o diagnóstico, facilitar o prognóstico e, sobretudo, possibilitar indicações cirúrgicas adequadas. Apresentam os autores, a seguir, uma análise ricamente documentada de vários casos pessoais, padrões dos diversos grupos mencionados, e os resultados obtidos no tratamento cirúrgico, esquematisados em estudo estatístico: recuperação em 17,3% dos casos, melhora apenas em 34,8%, inalterados 8,8% e 39,1% de mortalidade. Não obstante, o estudo em separado de cada grupo mostra que, nos pacientes de grupo 1, a recuperação foi de 36,3% e a melhora, de outros 36,3%, resultados bem de acôrdo com os encontrados na revisão da literatura. Nos casos em que os cisticercos produzem síndrome clínica de tumor intracraniano, os resultados operatórios são, portanto, bem encorajadores. Baseando-se na revisão de 94 casos de cisticercose cerebral tratados cirúrgicamente, os autores concluem que o tratamento cirúrgico dá bons resultados em 50% dos casos aproximadamente; a cisticercose cerebral que se traduz clinicamente por sintomas de tumor intracraniano deve ser tratada sempre cirúrgicamente; quando os parasitos são numerosos, a retirada de alguns e a operação descompressiva representam quase sempre um benefício para o doente; para os casos de hidrocefalia, operações paliativas de curto circuito devem ser tentadas. É de lamentar que os autores não tenham revisto a excelente contribuição que a êsse propósito existe na literatura brasileira.

S. FORJAZ

TÉCNICA DA LOBOTOMIA PRÉ-FRONTAL (TECHNIC OF PREFRONTAL LOBOTOMY). J. L. POPPEN. J. Neurosurg., 5:514-520 (maio) 1948.

Poppen apresenta sua nova técnica de lobotomia pré-frontal, mostrando que a técnica de Moniz, aperfeiçoada por Freeman e Watts, era relativamente às cegas. O A. operou 470 pacientes por sua nova técnica, com apenas 1% de mortalidade, percentagem esta também muito melhor. Em traços gerais, consiste a lobotomia pré-frontal pelo método de Poppen em se fazerem perfurações por trépano de mão, com um diâmetro de cêrca de 2,5 cm., adiante da sutura coronária e em direção das pupilas, não se necessitando de medidas cuidadosas para trabalhar-se a céu aberto. Como guia para a secção utiliza-se de uma agulha de punção ventricular introduzida até a pequena asa do esfenóide através de uma cunha aberta no córtex. Por essa abertura cortical introduz-se uma espátula e faz-se a secção de modo a cortar tôda

a substância branca; o restante dela que se encontra no quadrante superolateral é retirado à custa do bisturi elétrico, fazendo-se o mesmo para a substância branca que fica na circunvolução. A seguir é feita cuidadosa lavagem com soro fisiológico, e limpeza mediante sucção. Dêste modo pode-se trabalhar com maior segurança, evitar hemorragias muito mais facilmente e, quando elas ocorrem, são mais facilmente estancadas.

ROBERTO P. DE ARAUJO

LOBOTOMIA PRÉ-FRONTAL UNILATERAL COM ALÍVIO DA DOR IPSI, CONTRA E BILATERAL (UNILATERAL PREFRONTAL LOBOTOMY WITH RELIEF OF IPSILATERAL, CONTRALATERAL AND BILATERAL PAIN). J. E. SCARFF. *J. Neurosurg.*, 5:288-293, 1948.

O trabalho refere-se aos resultados da lobotomia pré-frontal unilateral no alívio da dor produzida por processo orgânico situado, em relação ao lado operado, ipsi, contra ou bilateralmente. Cada uma destas relações é ilustrada por 1 caso. Os 3 casos apresentam em comum o fato de tratar-se de dores causadas por câncer, em pacientes na 5.ª década da existência, os quais não mais solicitaram morfina depois da operação, não apresentaram os fenômenos resultantes da supressão brusca daquela e não mais se afligiram com as suas dores. O período de observação pós-operatória foi, em 1 caso, de 1 mês e, nos outros 2, de 1 semana. Em 2 casos foram feitos, antes da operação, estudos psicométricos.

Achamos interessante o material pela sua uniformidade relativamente à idade dos pacientes e ao tipo de lesões, mas parece-nos muito precoce a publicação dos resultados, principalmente tendo-se em vista o valor que o A. pretende lhes dar. Com efeito, o tempo decorrido desde a operação é muito escasso para se concluir sobre a solidez dos efeitos obtidos, pois, no caso de uma ação transitória, serão os pacientes obrigados aos inconvenientes de nova intervenção.

A. SETTE JR.

HEMISFERECTOMIA CEREBRAL. RELATO DE UM CASO 10 ANOS APÓS A OPERAÇÃO (CEREBRAL HEMISPHERECTOMY. REPORT OF A CASE TEN YEARS AFTER OPERATION). ERIC BELL JR. e LOUIS J. KARNOSH. *J. Neurosurg.*, 6:285-293 (julho) 1949.

Os AA. fazem uma rápida revisão da literatura a respeito, assinalando as diversas manifestações neuropsiquiátricas decorrentes da hemisferectomia cerebral. O principal achado é uma hemiplegia controlateral, que não é perfeitamente superponível àquelas decorrentes dos acidentes vasculares. Uma das diferenças é a maneira pela qual se comporta o membro superior paralisado: durante a marcha, êle pende do ombro, como que abandonado; é possível a elevação do ombro, bem como adução e abdução do braço. São encontrados os típicos sinais de deficit e libertação, inclusive um nítido Babinski. A oposição do polegar está completamente abolida, conservando-se, entretanto, um débil grasping dos dedos. Os movimentos do tórax e do abdomen estão bem conservados. As perturbações sensitivas fogem bastante ao que se poderia esperar das noções teóricas clássicas da fisiopatologia. É evidente que o maior deficit é para o lado da sensibilidade epicrítica, com relativa conservação da protopática. A perda de sensibilidade epicrítica não se faz notar, entretanto, na face. Embora não tão perfeita como no lado são, estavam conservados, na hemiface do lado atingido, a discriminação tátil, os círculos de Weber, bem como a percepção de leves estímulos tacteis. Esta conservação só pode ser explicada com base na representação bi-hemisférica dessas percepções. Esta preservação não se limitava, entretanto, à face. Mesmo no corpo, na metade correspondente ao hemisfério suprimido, foi notada a preservação de uma forma de sensibilidade tida como cortical. Conservou-se uma certa capacidade de localização de estímulos dolorosos, bem como a noção das posições segmentares. A palestesia também foi praticamente conservada. Tudo isto leva a crer, juntamente com Woosle e Fairman, que há uma representa-

ção ipsilateral da sensibilidade. Foi notada também uma baixa de audição. Hemianopsia homônima também foi uniformemente constatada. Os distúrbios mentais são surpreendentemente discretos.

O caso exposto pelos autores refere-se a um homem de 35 anos operado 10 anos antes em virtude de apresentar um astrocitoma no hemisfério direito. Notar que se tratava de indivíduo indiscutivelmente canhoto. Com o fito de verificar as possíveis conseqüências da hemisferectomia sobre a linguagem, foi praticada a novocainização da área de Broca, segundo a técnica de Gardner (a qual, diga-se de passagem, nos parece bastante em desacôrdo com as mais recentes concepções da fisiopatologia cerebral). O hemisfério D foi retirado, preservando-se apenas o talamo, o hipotálamo, bem como 4/5 do globus pallidus e a parte medial dos giros fusiforme e do hipocampo. Este paciente, depois de operado, apresentou hemiplegia esquerda sem distúrbios da linguagem. Mentalmente mostrou-se um tanto retardado, com uma certa dificuldade para se concentrar e um tanto jocoso e despreocupado dos problemas financeiros da família. Pouco a pouco foi-se reintegrando na vida, sendo capaz de andar mesmo sem o auxílio de uma bengala. Aos poucos foi desenvolvendo a habilidade do membro direito e tornou-se capaz de se vestir sozinho. O EEG foi normal à esquerda e à direita mostrou um considerável rebaixamento da amplitude das ondas, bem como um total desaparecimento das ondas. Sensibilidade normal no lado são, ultrapassando 2 cm. da linha média. Sensações de peso e entorpecimento no lado doente. Nítido retardo de percepção na hemiface do lado doente. Ausência de dores espontâneas. A estimulação táctil era referida como emoção de picadas e agulhadas, não sendo também percebido o deslissamento. A localização táctil na face foi feita com muita precisão. A localização dos estímulos dolorosos no corpo foi bem percebido, principalmente na metade superior do corpo, principalmente nas porções distais. Ao que parece, esta localização era possível em virtude da after-pain, que durava alguns segundos. Foi verificada também metamorfose de ressecções. A passagem da unha na palma da mão e planta do pé, provocava uma desagradável sensação de queimação ou de picada. A parestesia estava nitidamente preservada. A discriminação táctil era muito precária. A discriminação das diferenças de temperatura foi também muito deficiente; a água fria ou quente eram percebidas como estímulos dolorosos. Os movimentos passivos só eram percebidos se abruptos e se produzissem um deslocamento maior que 15°; a artrestesia estava completamente abolida nos artelhos; testicular não foi alterada. Os reflexos cremastéricos e abdominais estavam presentes bilateralmente, embora mais fracos no lado doente. Foram observados nítidos sinais de libertação no lado doente; os reflexos estavam normais no lado são. Contrôles esfintérico e atividade sexual não alterados. Foi feito um bloqueio com procaina do gânglio estrelado do lado doente, que produziu consideráveis melhoras subjetivas; o paciente sentia o lado doente mais leve e mais fácil de manejar. Sob o ponto de vista mental, não houve, distúrbio digno de nota: continuou alegre, trabalhador e cuidadoso como antes. Não mostrou baixa de resistência às bebidas alcoólicas. Continuou capaz de jogar pocker como antes da operação. Não foi notado deficit de iniciativa ou da memória.

A. B. LEFÈVRE

INFILTRAÇÕES ESTRELARES, SIMPATECTOMIAS E ARTERIECTOMIAS NAS EMBOLIAS E TROMBOSES DAS ARTÉRIAS CEREBRAIS E APÓS FERIMENTOS CAROTÍDEOS (INFILTRATIONS STELLAIRES, SYMPATHECTOMIES ET ARTÉRIECTOMIES DANS LES EMBOLIES ET THROMBOSES DES ARTÈRES CÉRÉBRALES ET APRÈS LES BLESSURES CAROTIDIENNES). R. LERICHE. Lyon Chir., 44:257-263 (maio-junho) 1949.

Embora, experimentalmente, o papel da vasomotricidade na regulação intracerebral seja muito pobre, Leriche insiste na importância desse mecanismo no homem, sobretudo no homem doente. Assim explica, em pacientes portadores de hipertensão arterial, os eclipses cerebrais. No presente trabalho, Leriche registra as verificações cirúrgicas e os resultados terapêuticos obtidos por essas intervenções sobre es-

truturas relacionadas com a vasomotricidade cerebral. Em primeiro lugar, considera os efeitos diretos da vasoconstricção após as simpatectomias pericarotídeas internas; a artéria se contraía fortemente, seguindo-se, após 7 a 8 horas, intensíssima vasodilatação ipsilateral. Baseando-se nesse efeito, Leriche propusera a produção de uma isquemia cerebral antes de intervir sobre jacksonianos, o que facilitaria muito as intervenções. A seguir, o A. estuda os efeitos da infiltração estrelar nas trombozes e embolias cerebrais; refere excelentes resultados. Conclui pela vantagem da infiltração estrelar, nos casos de ictó apopleitiforme, a ser realizada em cada seis horas, nos dois primeiros dias. Adiantando êsses estudos, Leriche considera os efeitos benéficos da gangliectomia, nas embolias e trombozes cerebrais recentes e antigas. Considera a simpatectomia cervical como altamente favorecedora do desenvolvimento da circulação cerebral. Leriche registra, depois, um caso de melhora em uma disartria pela ressecção da artéria carótida primitiva trombosada. Tratava-se de paciente que sofrera traumatismo craniano por bala, ocasionando trombose da carótida primitiva; a sintomatologia se resumia a paralisia de músculos do membro superior esquerdo e grande disartria. Esta observação mostra nitidamente a influência da ressecção da carótida sobre um foco antigo de isquemia; isso se explica pelas modificações da vasomotricidade cerebral, idênticas às verificadas nos membros após arteriectomias. Leriche registra outro caso de sucesso pela infiltração estrelar acompanhada de simpatectomia pericarotídea primitiva em uma grande disartria, com perda de memória e hemiplegia.

Leriche conclui, das observações registradas no presente trabalho, que, se a experimentação não fala a favor de um papel mais ativo, os fatos patológicos demonstram o contrário.

R. MELARAGNO FILHO

ÁLCOOL INTRATECAL NO TRATAMENTO DA PARAPLEGIA ESPÁSTICA (INTRATHECAL ALCOHOL IN THE TREATMENT OF SPASTIC PARAPLEGIA). I. S. COOPER e T. I. HOEN. *J. Neurosurg.*, 6:187-190 (maio) 1949.

Os autores, após algumas considerações sobre os métodos usados para aliviar a espasticidade — citando a rizotomia anterior e posterior, o curare, que consideram precários ou determinantes de sérias e definitivas lesões — expõem o resultado obtido com o uso do álcool absoluto por via intratecal em 8 pacientes. Consideram excelentes os resultados obtidos, permitindo a eliminação da espasticidade em poucos minutos, durante a injeção. Os efeitos são duradouros, sempre superiores a 6 meses, prolongando-se, em algumas observações, a 12 e 18 meses e permitem alívio das dores, melhores condições de alimentação e de tratamento das ulcerações de decúbito, facilitando também, após período de hipotonia, a instalação do automatismo do funcionamento vesical. Os resultados seriam nitidamente superiores aos obtidos com a rizotomia anterior ou com o curare — êste, na opinião dos autores, absolutamente ineficaz.

J. A. CAETANO DA SILVA JR.

EFEITO DO ÁCIDO GLUTÂMICO NA INTELIGÊNCIA DE PACIENTES COM MONGOLISMO (EFFECT OF GLUTAMIC ACID ON THE INTELLIGENCE OF PATIENTS WITH MONGOLISM). F. T. ZIMMERMAN, B. B. BURGEMEISTER e T. J. PUTNAM. *Arch. Neurol. e Psychiat.*, 61:275-287 (março) 1949.

Os AA. estudam a ação do ácido glutâmico sobre as funções mentais de pacientes mongolóides; foram levados a tentar esta terapêutica, em virtude de experiências anteriores em crianças e adolescentes, não portadores de mongolismo, revelarem nítida melhora do QI com esta medicação. Apresentam uma revisão da literatura sobre o assunto, em que se estuda o QI de pacientes submetidos ao tratamento pelo ácido glutâmico.

Foi observado um grupo de 7 crianças com mongolismo, durante o período de 6 meses, tendo sido administradas doses bastante elevadas do medicamento durante este período de tempo; um dos pacientes, com 14 anos de idade, recebeu 48 g. diariamente. De acordo com a experiência dos autores, as doses pequenas não têm valor terapêutico. A ação do medicamento se revela através de um aumento da capacidade de aprendizagem, redução da dispersividade dos interesses e melhor ajustamento ambiental. Os pacientes foram submetidos ao teste de inteligência de Binet-Stanford e ao teste de performance de Merrill-Palmer, antes e depois da terapêutica. A retestagem pelo Binet-Stanford mostrou apreciável melhora do QI. O ritmo do progresso do desenvolvimento da inteligência durante o tratamento, foi muito intenso; em média, o progresso foi de 8 meses em um período de tempo de 6 meses, superior, portanto, ao de crianças normais. Estes resultados estão de acordo com outros resultados observados pelos autores em um grupo de 38 crianças retardadas, sem mongolismo, tratadas pelo ácido glutâmico. A retestagem pelo Merrill-Palmer não mostrou índice de progresso superponível ao verificado com o Binet-Stanford. Os AA. procuram explicar esta discordância, reportando-se ao trabalho de Benda, que descreveu perturbações motoras, por lesão medular, nos mongolóides.

A. B. LEFÈVRE

**OBTENÇÃO RÁPIDA DE CONCENTRAÇÕES TERAPÊUTICAS DE PENICILINA NO LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO (RAPID ATTAINMENT OF THERAPEUTIC PENICILLIN CONCENTRATIONS IN THE CEREBROSPINAL FLUID). W. P. BOGER e W. W. WILSON. Am. J. M. Sc., 217:593-599 (julho) 1949.**

Os autores fazem uma revisão do problema da concentração de penicilina no líquido cefalorraqueano após administração parenteral, desde as menores doses até às maciças. Outra questão importante verificada pelos autores é o tempo que leva a penicilina para alcançar o líquido após administração parenteral.

Foram estudados 21 pacientes portadores de neurosífilis. Foi escolhida a via intravenosa, devido a se obter rápida e elevada concentração de penicilina no plasma; usaram solução aquosa de 500.000 U. Ox., injetadas rapidamente. Tiraram amostras de sangue aos 5, 120 e 360 minutos, e punção lombar 2 e 3 horas após a administração de penicilina. Três pacientes foram assim estudados após a injeção de 500.000 unidades de penicilina somente, e três outros receberam, além da penicilina, 3 g. de caronamida em solução aquosa na veia. Outros 15 pacientes foram investigados duas vezes, isto é, com administração de penicilina somente e, a seguir, com penicilina e caronamida. Os AA. obtiveram o seguinte resultado: pela administração isolada de penicilina, concentrações demonstráveis foram obtidas 2 horas após em 14 indivíduos de um grupo de 18, e em 3 horas em 15 indivíduos em um grupo de 18. A mesma dose de penicilina administrada com caronamida mostrou outros resultados, pois, entre 2 e 3 horas, todos os pacientes apresentavam penicilina no líquido. As concentrações plasmáticas foram aumentadas de 2 a 5 vezes, enquanto que, no líquido, foram duplicadas. As concentrações de caronamida no plasma eram adequadas para evitar a excreção da penicilina pelos túbulos renais. Eram necessárias pelo menos 2 horas para que houvesse penicilina em dose terapêuticamente significativa (0.03 unidade por cm<sup>3</sup>); entretanto, em muitos casos, havia muito maior demora e a dose era insuficiente; quando associada à caronamida, a concentração de penicilina duplicou e, além disso, foi atingida mais rapidamente (cerca de 1 hora). A administração de caronamida intravenosa não trouxe sintomas tóxicos.

Os AA. salientam o fato de que, nestes pacientes, não havia processo inflamatório agudo das meninges, caso em que a difusão é muito aumentada. Concluem que, podendo-se assim obter concentrações úteis de penicilina em tempo suficientemente rápido, diminui de muito a necessidade do uso da penicilina por via intratecal, com suas possíveis complicações.

ROBERTO P. DE ARAUJO