

Dr. Jacinto Góes

Dr. Luiz J. Guedes

Das
Paralysias alternas

(Estudo clinico)

THESE DE CONCURSO

1917

Porto Alegre
LIVRARIA DO GLOBO — L. P. Barcellos & C.
Praças: Sta. Maria e Cruz Alta

ED

16.8
924d
917

Dr. Luiz J. Guedes

Médico do Hospício S. Pedro, professor do Instituto Gymnasial Julio de Castilhos; assistente de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de P. Alegre; membro correspondente da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal do Rio de Janeiro; ex-assistente extraordinário do Hospital Nacional de Alienados e ex-assistente voluntário de Clínica Neurológica (Prof. Austragasio), Rio de Janeiro; ex-assistente de Clínica Médica (Prof. Jacintho Gomes, 1905-06), ex-assistente de Clínica Symplicographica (1907), ex-preparador de Zoologia e Botânica (1912-13), na Faculdade de Medicina de P. Alegre; ex-médico do Hospital da Brigada Militar do Estado e da S. Casa de Misericórdia, etc., etc.

THESE DE CONCURSO

á

Secção de Clinica Neurológica e Psiquiátrica

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

*Estudo Clínico das
Paralysias alternas*

—
Abril, 1917 - Porto Alegre
—

Porto Alegre
Officinas Gráficas da LIVRARIA DO GLOBO — L. P. Barcellos & C.
Filiaes: Sta. Maria e Cruz Alta.

BIBLIOTECA
FAMED/HCPA

05343484

MED
T

616.8 G924d 1917

[0337137] Guedes, Luiz José. Estudo clínico das paralysias alternas. 1017 66 p. : il.

Ao distinto Colega e amigo
 Dr. Jacintho Sabay Gomes ofe-
 uer .

Ator.

5/4/1917

Salvador.

Ao

Professor Dr. A. Austregesilo,

sabio Mestre e amigo,

Gratidão e homenagem

À douta Faculdade de Medicina de Porto Alegre apresentamos este trabalho, como requisito necessario á obtenção da cathedra de Neuriatria.

Não é original o assumpto escolhido, como já do titulo se entrevê, mas é clinico e pratico, e tem documentação propria que exigiu de nós não pequeno esforço:

Na sua feitura, entrou em conta o lidarmos com uma região do systema nervoso, em que especial dispositivo anatomico determina, por seu compromisso morbido, expressões clinicas que desafiam diagnose topographica do mal, por vezes complicada e difficil, ao par de outras interpretações — para o que se faz mistér entrar em jogo, - atento raciocinio clinico, esteado em alicerces de anatomo-physiologia nervosa, o que muito aguça o espirito do pratico.

Durante o tempo em que trabalhámos no Serviço de Neuriatria do eminente mestre Prof. AUSTREGESILO, varios casos de hemiplegias alternas nos foi oportuno observar. Além desses, outros soubemos da literatura nacional.

Na exploração clinica de taes casos, muito

aproveitaria quem, como nós, se propõe ao magisterio (pelo menos assim o entendemos). Foi por tudo isso que mereceu o assumpto a nossa preferencia e não mais nos preocupou a idéa de buscarmos thema de originalidade.

Em tres capitulos nos desempenhamos da tarefa :

No primeiro — noções anatomicas indispensaveis á bôa comprehensão dos que se seguem.

Descripção de cada syndrome, sua possível interpretação, documentos que colhemos — constituem o segundo, o principal, onde vasámos, em minucias restrictas, o que nos foi dado joeirar do assumpto.

No ultimo, propositadamente, *rapido estudo* da etio-pathogenia, diagnose, evolução, prognostico, etc., para que não nos alcançasse a critica em dizermos *estudo clinico das paralyrias alternas*.

Do valor do trabalho, nos moldes em que o traçámos, dirá a respeitavel Congregação da Faculdade, a cujo seio teremos grande honra de pertencer si, para tanto, formos julgado sufficiente.

Noções geraes

Noções anatomicas

Pela perda, mais ou menos completa, da motilidade voluntaria, constituem-se as syndromes clinicas denominadas *paralysias*, que se diversificam em suas expressões sob o ponto de vista da natureza, extensão, intensidade e topographia — muito embora, em sua mais dilatada acepção, ellas abranjam a abolição das funções sensitivas, sensoriaes e vaso-motora.

A priori, dependentes de alterações do substracto anatomico ou de uma inibição *sine-materia* das vias conductoras da motilidade, ellas se bi-partem em *organicas* e *funcionaes*. Destas, que correm por conta de simples disturbios dynamicos, não se faz mistér cogitar em nosso trabalho.

As primeiras fundamentam-se nas desordens do systema pyramidal e são provenientes de lesões (destruição, compressão, etc.) dos neuronios motores corticaes ou das fibras que vão constituir os feixes daquele systema, não importa em que ponto de seu trajecto, deste a corticalidade até o extremo da medula.

Conhecer este trajecto, torna-se desde já indispensa-

vel para a comprehensão devida do que sejam as paralyrias.

De duas partes, superpostas, se compõem taes vias motoras: *central e peripherica*.

Fibras nervosas, cujas celulas de origem se acham na substancia cinzenta dos hemispherios cerebraes, e que terminam em um dos nucleos de origem real dos nervos motores periphericos — constituem a primeira, a *central*, ou sejam neuronios motores cerebro-espinhaes, que, reunidos, formam as *vias cortico-medulares*.

A segunda, que organiza a *via motora peripherica*, fórma-se de neuronios, cujas celulas de origem se encontram na substancia cinzenta dos nucleos iniciaes dos nervos motores periphericos.

A via motora cortico-medular é *cruzada*, enquanto a *peripherica* é *directa*. Isto quer dizer que naquella, os seus neuronios, partidos de um hemispherio cerebral, passam a linha mediana e alcançam o lado oposto ao em que tiveram nascedouro. Na outra, a *peripherica*, os seus prolongamentos vão sempre do centro á periphéria, sem que atravessam a linha mediana.

Esse é o dispositivo dos neuronios motores periphericos dependentes da medula e dos nervos craneanos, excepção feita do 3.º e 4.º par.

Das duas vias motoras, a primeira — principal, tem o encargo de unir a cortex cerebral de um hemispherio aos nucleos motores do lado oposto, e para isso suas fibras nervosas dirigem-se á substancia branca do centro oval, convergem para a capsula interna, onde se reúnem em compacto feixe, atravessam o segmento lenticulo-optico, formando, em sua parte anterior, o *feixe geniculado* e, na posterior, o *feixe pyramidal*.

Dahi vão ter ao pé do pedunculo cerebral, cujos cinco segmentos ellas occupam em feixes diversos, para depois chegar á protuberancia. Nessa travessia, algumas que ali ficam, destinadas á raiz motora do trigemeo, fazem diminuir a espessura do feixe respectivo.

Na protuberancia encontram outras, mas no sentido transversal (fibras ponto-cerebelares). Percorrem o órgão

de cima para baixo e, na sua parte superior, reúnem-se ás fibras que lhe são proprias e, ao sair delle, o fazem por um feixe unico. Durante esse percurso, vae cada feixe minguando o seu volume. E' que existem, nas profundezas do órgão, nucleos de origem do trigemeo (mastigador) do oculo-motor externo e facial. Eis a *via motora cortico-protuberancial*.

Numerosos ramos colateraes do feixe pyramidal tambem vão ter aos nucleos referidos.

Depois chegam ao bulbo, onde formam, em sua face anterior, um espesso feixe de cada lado da linha mediana — tal é a *pyramide anterior*.

Esses feixes abandonam fibras que alcançam o nucleo do hypoglossô e o *ambiguo* (nucleo do glosso-pharingeo e pneumogastrico) — e constituem a *via motora cortico-bulbar*.

Cada feixe pyramidal ainda fornece ramos colateraes, que se destinam á oliva.

Além dessas fibras, que se deixaram ficar até aqui, outras ha que proseguem e, na parte inferior das pyramides, se entrecruzam, descendo depois ao longo da medula, no cordão lateral do lado oposto ao em que se originaram, constituindo o *feixe pyramidal cruzado*.

Parte dellas, porém, não acompanha o cruzamento bulbar e vae chegar directamente á medula, onde, então, se cruzam — *feixe pyramidal directo*.

Ainda outras correm sempre ao longo do cordão lateral do mesmo lado em que nasceram: é o *feixe pyramidal homolateral*.

Tal o trajecto do *primeiro neuronio, protoneuronio motor, neuronio central*, etc., que, como vimos, termina em ramificações varias.

Agora a vez da *via motora peripherica*, que se organiza de neuronios espinhaes e cerebraes.

Aqueles, em numero de 31 pares, provêm todos da medula.

Estes — 12 pares — promanam do encephalo, e se especializam em sensitivos — 3, motores — 5 e mistos — 4. Aqui nos cabe dizer só dos motores e da parte motora dos 4 ultimos.

Os nucleos de origem dos nervos craneanos são independentes uns dos outros.

O 3.º par ou *oculo-motor comum* origina-se de uma volumosa massa situada ao nível das eminencias dos tuberculos quadrigemeos, adiante do *Acqueducto de SYLVIVS*.

Suas fibras, em parte directas, em parte cruzadas, afastam-se do eixo nervoso, tomando a face interna dos pedunculos.

Elle inérva os musculos todos da orbita, excepto o recto externo e o grande obliquo, e dá a raiz motora ao ganglio ophthalmico e os nervos ciliares, que movimentam o sphincter iriano e o musculo ciliar.

O *pathetico* — 4º par — nasce de pequena massa ao nível das eminencias posteriores dos referidos tuberculos, tambem na frente do *Acqueducto*. Suas fibras se cruzam na *valvula de VIEUSSENS*, por onde saem do eixo cerebro-espinhal. Dirige-se para a orbita e termina no musculo grande obliquo.

O 6º par — *oculo-motor externo ou abducens* — é oriundo das profundezas da *Ponte de VAROLIO*, em parte nas vizinhanças do assoalho do quarto ventriculo, em parte na formação reticulada. Emerge acima das pyramides anteriores do bulbo, no sulco que o separa da protuberancia, para se afastar do eixo cerebral.

Seu fim é mover o globo ocular para fóra — por isso que inérva o musculo recto externo.

O nervo *espinhal* ou *accessorio de WILLIS* se origina da porção inferior do nucleo vago-espinhal ou do corno lateral da medula cervical superior, conforme suas fibras pertencem ao bulbo ou á porção espinhal, na parte que provém do bulbo.

Preside ao movimento de alguns musculos da larynge e pharynge, dando filetes ao plexo cardiaco, e ao esterno mastoideo e ao trapezio, na parte medular.

De uma massa volumosa de substancia cinzenta, na porção media do bulbo e no triangulo inferior do assoalho do 4º ventriculo — promanam as fibras do 12º par

(*grande-hypoglosso*). Vão ter aos musculos da lingua e a alguns musculos supra e sub-hyoideos.

Da protuberancia, sae o nervo *trigemeo*, isto é, sua parte motora, que encerra fibras vindas do mastigador na profundidade da *Ponte*, e provenientes, tambem do mesencephalo.

Sua raiz motora se afasta do eixo nervoso, na porção lateral da face anterior da protuberancia. Assiste ao movimento dos musculos mastigadores.

As fibras radiculares do *nervo facial*, que se originam de um volumoso nucleo situado no centro da protuberancia, contornam o nucleo do motor-ocular externo, e saem pelo sulco existente entre o órgão referido e o bulbo. É destinado a inervar os musculos cuticulares da face e craneo, sobretudo expressivos.

Sob sua dependencia, o movimento dos labios, bochechas e narinas.

Ha ao lado delle um cordão nervoso de pequeno volume, que vae de sua emergencia bulbar e do auditivo ao ganglio geniculado. Tal é o *nervo intermediario* de WRISBERG, essencialmente sensitivo.

As fibras motoras do 9.^o par — *glosso-pharyngeo* — nascem de celulas aglomeradas no nucleo *ambiguo*, no lado interno de sua extremidade superior.

Dirigem a certos movimentos da pharynge e, parece a uma parte dos musculos do véo do paladar.

As do *pneumogastrico* emanam do nucleo *ambiguo* e nucleo dorsal vago-espinhal.

Estas abandonam o eixo nervoso pelo sulco colateral do bulbo; as primeiras pelo sulco posterior do mesmo órgão.

É o pneumogastrico destinado a inervação do estomago, vias respiratorias e coração.

O nucleo do *ambiguo* é uma pequena columna de substancia branca, que permanece, em sentido vertical, entre a para-oliva externa e a raiz descendente do trigemeo, estendendo-se desde o entrecruzamento sensitivo e a extremidade superior da oliva.

Taes nervos e mais as celulas motoras das pontas anteriores da medula, formam o *segundo neuronio motor, deuto neuronio*, etc.

Hemos visto até aqui a via motora principal, ou *cortico-medular*.

Outra ha, de não pequena importancia, na constituição do systema motor. É a chamada via *cortico-ponto-cerebelo-rubro-espinhal*, mais complexa que aquella e que une as cortiças cerebral e cerebelar, e esta igualmente ás celulas radicales dos cornos anteriores da medula.

As fibras que compõem esta via de condução têm sua celulas de origem na zona cortical motora, donde vão ter, pela substancia branca, á capsula interna.

Dahi tocam o pé do pedunculo cerebral, onde occupam 4/5 de seu territorio, misturando-se com fibras do protoneurônio motor. Juntas, então, entram pela protuberancia, na qual terminam, em ramificações livres, nos nucleos ahi existentes.

Das celulas destes surgem outras que, atravessando o pedunculo cerebelar médio, vão se agazalhar no lado oposto do cerebelo — fibras entrecruzadas. Algumas ha na *Ponte* em pequeno numero, que são directas. Deste modo temos a *via cruzada cortico-ponto-cerebelar*.

Porém, do cerebelo saem novas fibras, que descem atravez do pedunculo cerebelar inferior, até o *nucleo vermelho de STILLING*, donde emerge o *feixe rubro espinhal de VON MONAKOW*, terminando nas pontas anteriores da medula.

E' a segunda via motora, a secundaria.

As fibras que constituem estas duas vias se encontram em intima conexão, desde a cortex cerebral até o meio da *Ponte de VAROLIO*.

Isto posto, uma lesão qualquer, na porção cerebral da via motora, inibirá completamente a medula da influencia das celulas da cortex.

E' o que succede com as paralyrias de origem encephalica, as quaes têm no dispositivo, que traçámos ha pouco, a razão por que se traduzem por desordens motoras do lado oposto áquelle em que se focalizou a lesão. E quando tal não se dá, é que anomalias anatomicas se ve-

rificam; ou comprime-se o hemispherio homolateral, no consenso de BABINSKI e MARIE.

Produzindo-se essas desordens motoras em uma só metade do corpo, já a paralytia nominar-se-ha, com mais acerto, de *hemiplegia*. Bem assim, *monoplegia* dirá taes disturbios em um só membro; *paraplegia* quando o forem nos membros inferiores, ou tambem nos superiores; *diplegia* — si os dois lados forem atacados, etc.

Receberão ainda os epithetos incompletas ou totaes, os determinativos deste ou daquelle grupo muscular, ou do proprio nervo lesado, ou do orgão.

Em tão emaranhado dispositivo anatomico, tomam assento, igualmente, as chamadas *paralysias alternas*, que têm a sua expressão clinica em desordens motoras de um lado do corpo, com disturbios tambem motores no segmento oposto.

Ellas se processam, quando uma lesão unica determina compromisso da fibra nervosa motora, antes de seu cruzamento bulbar, ao mesmo tempo que num ou varios nervos craneanos, nas origens de seus nucleos ou na continuidade de suas fibras. Para tanto, só si a lesão tomar por séde as regiões do pedunculo, protuberancia e bulbo, donde emergem muitos desses nervos craneanos.

Para o exacto conhecimento de tal genero de paralysias se faz necessario ainda breve descripção das regiões em que vamos andar, para depois entrar no estudo minucioso dessas syndromes clinicas:

Comecemos pelos PEDUNCULOS CEREBRAES. Orgãos situados na porção anterior do isthmo do encephalo, vão da protuberancia anular ao cerebro, e conduzem a este feixe de fibras provindas da medula, bulbo e cerebello. Têm o aspecto de columnas brancas, cylindricas e assumem, ao sair da protuberancia, tracto levemente divergente.

São, em sua origem, como que estrangulados por fibras da *Ponte*, mas começam, dentro em pouco, a augmentar até que alcançam o cerebro. Vê-se nellés, em sua face anterior, serie de pequenos sulcos longitudinaes, bem como anomalamente, feixes transversaes. Por sua

face superior, fazem corpo com os tuberculos quadrige-meos, servindo-lhes de pedestal.

Na face externa, ha um sulco antero-posterior, ao qual vae ter o feixe lateral do isthmo ou porção externa da *fita de REIL*.

Na interna, se confunde com a raphe mediana, só se tornando livres em seu segmento inferior. Do sulco longitudinal desta porção, surgem filetes radiculares do 3.º par craneano.

Estão em intima relação com a protuberancia, por sua extremidade superior e com os nucleos opto-estriados, pela inferior.

Divide-os em dous andares — o superior ou *abobada*, o inferior ou *pé* — uma faixa de substancia escura, em fórma de crescente: *locus niger* de SCHEMMERING, o qual se estende desde a superficie exterior do pedunculo até quasi o sulco lateral do isthmo.

Essas tres regiões pedunculares estampam constituição anatomica distincta.

O *locus niger*, além dos elementos celulares, apresenta consideravel numero de fibras de diversas direcções e extremamente entremeadas.

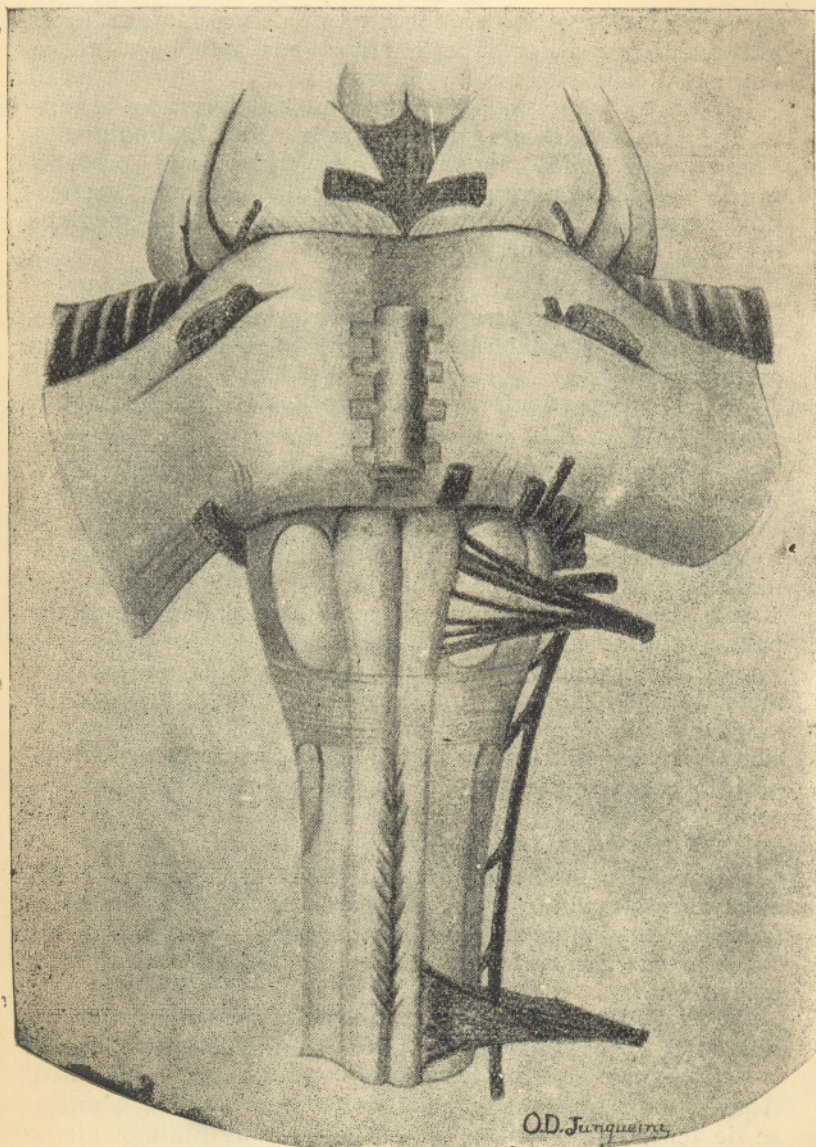
A abobada ou calote mostra :

a) Formação reticulada, isto é celulas diversas, fibras transversaes e longitudinaes ;

b) Substancia cinzenta onde ha a considerar uma formação de origem bulbo-espinhal, constituída pelo nucleo do oculo-motor comum, e outra que lhe é propria, formando o *nucleo vermelho* de STILLING.

Este nucleo está situado um pouco para fóra da raphe, abaixo do nucleo do 3.º par, acima dos feixes mais internos da fita de REIL. Atravessam-no, de cima para baixo e de dentro para fóra, feixes radiculares daquele par. Parecem no *nucleo vermelho* terminar fibras do pedunculo cerebelar superior. Delle saem tambem feixes que vão ter á região sub-thalamica, além de outro motor, que desce ao largo do cordão lateral da medula e vae terminar no corno anterior da mesma — *feixe rubro-espinhal* ou *aberrante* de VON MONAKOW, que gosa de influencia sobre o equilibrio estavel do corpo ;

c) Substancia branca que, além de fibras de forma-



N. 1 — Isthmo do encephalo, face inferior. (Veem-se ahi alguns pares craneanos).

ção reticulada, possui um systema de feixes longitudinaes (pedunculo cerebelar superior, fita sensitiva de REIL e outros).

O pé do pedunculo é exclusivamente formado de substancia branca. Suas fibras correm longitudinalmente, atravez delle, umas vindas do andar inferior da protuberancia — feixe pyramidal e geniculado, fibras cortico-protuberanciaes — e outras da *abobada* — fita mediana de REIL e fita do pé.

E' o pedunculo irrigado por arterias internas e medianas, externas e lateraes, todas de pequeno calibre, bem assim as veias.

Nada de particular em relação aos lymphaticos.

PROTUBERANCIA ANULAR. Chama-se tambem *Ponte de VAROLIO* ou *mesocephalo*.

Apresenta-nos, em sua configuração exterior:

- a) Um sulco longitudinal basilar, que corresponde, mais ou menos, ao tronco basilar;
- b) De cada lado, uma saliencia arredondada, formada pela pyramide anterior do bulbo;
- c) Emergencia do nervo trigemeo, que se faz por meio de duas raizes — uma sensitiva e outra motora.

Ha nella a considerar um systema de feixes superficiaes, que constituem tres grupos, diversos na ordem da posição e trajetoria. Tudo isso se encontra na face anterior do orgão.

Na posterior, notam-se :

Um sulco mediano, uma saliencia arredondada (*eminencia teres*), uma depressão mediana e outra superior (*fovea*) e uma mancha de côr azul-escura (*locus ceruleus*).

Em sua face inferior, acha-se em intima continuidade com o bulbo.

Pelo lado superior, é limitada com os pedunculos cerebraes, e pelos lateraes com os pedunculos cerebelares.

Divide-se em dous andares — o ventral e o dorsal. Aquele, mais compacto, mais duro, mais branco, compõe-se de feixes transversaes e um feixe longitudinal (feixe pyramidal do bulbo).

O segundo, mais mole e de côr mais escura, apresenta um feixe longitudinal (fita de REIL), uma substancia cinzenta ventricular e outra de formação reticulada.

Na substancia cinzenta registam-se formações de origem bulbo-espinhal, além de algumas que são proprias ao orgão.

Nas primeiras encontra-se uma serie de nucleos, onde terminam ou tomam origem, filetes de nervos, taes como:

Nucleos do motor-ocular externo ao nivel da *eminencia teres*; do facial no limite do bulbo e protuberancia; do pathetico, abaixo do Acqueducto de SYLVIVS; do motor-ocular comum, que segue o precedente, indo ter á calote peduncular; do mastigador, donde emana a raiz motora do trigemeo e a porção mais elevada do nucleo da raiz inferior deste nervo ultimo.

As tres formações cinzentas proprias da protuberancia são:

a) substancia cinzenta propriamente dita, disseminada no andar inferior;

b) a oliva superior situada neste orgão, pouco adiante e dentro do nucleo do facial;

c) o nucleo reticulado da calote e o nucleo central superior — espalhados irregularmente no orgão.

A protuberancia é irrigada por arterias medianas, em regular numero, que continuam as do bulbo, e lateraes — que provêm do tronco basilar ou de suas principaes arterias secundarias. Uma dellas, a auditiva, vae, de par com o nervo acustico, se distribuir pelas diversas secções do labyrintho. Outra, a do trigemeo, bifurca-se, atingindo ao tronco nervoso — uma vae ao ganglio de GASSER, e a segunda desaparece na protuberancia.

As veias se dirigem para a face anterior do orgão, formando rêde venosa, de malhas irregulares, que se comunica, em baixo com a do bulbo; em cima com a dos pedunculos cerebraes e atraz e lateralmente com a do cerebello.

Via lymphatica, sem nada de particular.

PEDUNCULOS CEREBELARES MÉDIOS. Fazem a junção do cerebello com a protuberancia. De dous cordões brancos, que correm nos lados do isthmo, são elles constituídos.

Saem do cerebello e seguem, em direcção obliqua, para baixo e para dentro. Por sua extremidade interna, continuam com a protuberancia, e a externa vae terminar no cerebello. A face anterior repousa no pedunculo e a posterior faz corpo com a *Ponte*.

PEDUNCULOS CEREBELARES SUPERIORES. — Ligando cerebro e cerebello, emergem, sob a fórma de cordões, da chanfradura anterior do cerebello e vão ter aos tuberculos quadrigemeos, onde desaparecem.

A face posterior é cruzada, em parte, por feixes ascendentes da fita de REIL e fibras do feixe cerebello directo. A anterior se imiscue no pedunculo e protuberancia em sua, delles, formação reticulada.

Em grande numero, fibras que constituem a extremidade superior do pedunculo, se aproximam, cada vez mais, da linha mediana, chegando a se cruzar e vão se perder em os nucleos vermelhos da calote.

Entre os dous pedunculos cerebello superiores, ha uma lamina de tecido nervoso que lhes serve de traço de união: tal a *valvula de VIEUSSENS*.

Existem, na porção postero-superior da protuberancia e pedunculo, quatro saliencias, em fórma de bico de seio, as quaes se denominam *tuberculos quadrigemeos*.

BULBO. Algumas palavras, agora, sobre este orgão, que nada mais é do que o prolongamento da medula espinhal, chamado tambem, por isso, de *medula alongada*.

Apresenta-se, sob a fórma de um cylindroide, achata-do de deante para traz e que se vae alargando á medida que mais se aproxima do *isthmo do encephalo*.

Mostra-nos, em sua face anterior, sulco longitudinal (s. mediano anterior) que termina, por uma excavação, muito proxima á *Ponte de VAROLIO* (*Foramen cæcum de VICQ-D'AZIR*). Embaixo, junto á medula, passam feixes que se dirigem obliquamente da direita para a es-

querda e vice-versa, cruzando-se, em angulo agudo, sobre a linha mediana (decussação das pyramides).

De cada lado do sulco, que ás vezes é profundo, deixando ver uma lamina de substancia branca que une as metades do bulbo (raphe), ha dous cordões brancos que correm paralelamente no sentido longitudinal. Taes são as *pyramides anteriores*, que se separam da protuberancia por um vinco transverso, e da face lateral do bulbo, por um sulco colateral ou preolivar.

Ahi, então, tem sua origem o nervo motor-ocular externo, que surge do primeiro sulco; e do ultimo — filetes radiculares, que dentro em breve se unem em tronco comum, constituindo o grande hypoglosso.

Na face superior, mostra-nos o orgão:

a) Inferiormente — dous sulcos mediano e colateral; do colateral promanam filetes radiculares do espinhal, do pneumogastrico e do glosso-pharyngeo. Entre os sulcos ha outro — cordão posterior do bulbo, bi-partido por um vinco intermediario em dous feixes, um interno — *feixe de GOLL* e outro externo — *feixe de BURDACH*;

b) Em cima, cavidade especial — *quarto ventriculo* — formada por fibras que se afastam das similares do lado oposto, compondo-se assim, em apparencia, um V de abertura superior; afastamento esse que dá lugar, de parceria com o canal do ependymo, que se abre atraz, á especial disposição da face inferior, ou seja o assoalho do citado ventriculo, em cujo interior se encontram as origens do hypoglosso e das raizes sensitivas do glosso-pharyngeo e pneumogastrico, bem como o intermediario de WRISBERG e a raiz posterior do nervo acustico.

A porção bulbar do 4.º ventriculo confina, lateralmente, com os prolongamentos dos feixes de GOLL e BURDACH, que mudam as suas denominações ao passar da metade inferior para a superior do bulbo: os primeiros se tornam *pyramides posteriores*, e os ultimos — *corpores restiformes*. Naqueles encontra-se uma entumescencia: é a *clava*, nestes uma saliencia — *tuberculo de ROLANDO*.

A um cordão de substancia branca, que parece continuar o cordão da substancia medular, comprehendido entre as faces anterior e posterior do bulbo, designa-se

de *cordão lateral* do mesmo, o qual, em sua porção superior, é coberto por volumosa saliência — *oliva bulbar ou inferior*

Adeante della, no sulco ahi existente, vê-se o ponto de emergencia de filetes do hypoglosso. Em sua extremidade superior, encontra-se a fosseta supra-olivar, onde nasce o nervo facial, bem como a lateral, em que se vê o ponto de partida do nervo auditivo.

A base do bulbo continua com a protuberancia aular, com a qual se confunde, á primeira vista. Na frente e atraz, a direcção de suas fibras os distingue, sendo as daquelle longitudinaes e as desta transversaes, separada por um sulco.

Neste sulco — bulbo-protuberancial — encontramos vasos e a emergencia dos nervos motor-ocular externo, facial, auditivo e de WRISBERG.

Pelo vertice, continua o órgão com a medula cervical, cujo ponto de junção se denomina *colo do bulbo* (expressão criticada por TESTUT).

Compõe-se o bulbo de substancia branca e cinzenta e de elementos que lhe são proprios.

De 7 partes se compõe a substancia branca, que assim se distribue na medula: os dous feixes pyramidaes, o cerebelar directo, o de GOWERS e o fundamental do cordão antero-lateral, todos constituindo este cordão; o de GOLL e o de BURDACH, fazendo parte do cordão posterior.

Si bem todos elles tenham a mesma estructura e lhes caibam as mesmas funcções que na medula, situações diversas affectam no bulbo.

Estes feixes pyramidaes constituem a via pyramidal ou motora e se organizam com os feixes chamados directos e cruzados, dando o dispositivo por nós já resumido no inicio do capitulo.

Os *feixes de GOLL e o de BURDACH*, formados, em quasi totalidade, pelas fibras radicales provindas das raizes sensitivas dos nervos racheanos, constituem o feixe sensitivo posterior.

As fibras que o formam, chegando na porção média do bulbo, encontram duas massas de substancia cinzenta: são os nucleos de GOLL e o de BURDACH, que or-

ganizam os nucleos terminaes intra-bulbares desse feixe sensitivo.

Das celulas nervosas de taes nucleos, saem fibras que vão ter ao cerebello e, na maior parte, á cortiça cerebral.

Estas fibras compõem, por seu conjunto, um compacto feixe: fita de REIL, ou melhormente a porção inicial da mesma, á qual se associam outras fibras provenientes dos nucleos terminaes dos nervos sensitivos bulbo-protuberanciaes, para então, formarem-na, como se apresenta no total.

Das partes do bulbo que lhe são proprias, temos a notar os *nucleos dos cordões posteriores*, a *oliva inferior* com os seus nucleos accessorios, o *corpo restiforme*, as *fibras ar-ciformes* e a *formação reticulada*, cujas minucias anatomicas nos são de todo dispensaveis.

Quanto aos *vasos* do orgão em questão :

As arterias, oriundas da *vertebral* e de seus ramos, qualificam-se em :

a) *Medianas anteriores e posteriores*, que correm no sentido horizontal, abandonam para o centro algumas colateraes, espraiaem-se em arborizações, quando no quarto ventriculo, e terminam nas proximidades dos nucleos originarios dos nervos ;

b) *Radiculares* — atingem as raizes destes, fóra já de sua emergencia, e dividem-se, então, em ramos internos e externos.

c) *Periphericas* — que se distribuem nas pyramides, na oliva, cordão lateral, corpo restiforme e assoalho do 4º ventriculo.

A rēde venosa, abundante, comunica-se com as veias da protuberancia e cerebello.

* * *

Após todas estas considerações, cabe-nos passar ao subseqüente capitulo, onde faremos o estudo das *Syndromes alternas*, só nos ocupando, porém, das que se dizem paralyrias de origem encephalica, em que houver a alternancia.

As syndromes alternas

Conhecida agora, apesar de sumariamente, a anato-mo-physiologia das regiões do encephalo que, quando atingidas, dão logar ao aparecimento das *paralysias alternas*, e, sabendo-se que estas só se efectivam, si a lesão onéra concomitantemente fibras do feixe pyramidal, antes do seu cruzamento bulbar, e fibras dos nervos craneanos, ou seus nucleos, que em taes departamentos tomam origem, facil é comprehendermos o mecanismo das diversas syndromes, que se nos pódem apresentar, e que assim o fazem sob multiplos aspectos e varias combinações.

Alguns desses typos têm sido isolados e recebem, conforme o alvitre de CHARCOT, o nome do autor ou autores que, melhormente, os estudaram, não obstante, por vezes, observações do mesmo genero se tenham anteriormente divulgado.

Nem sempre, porém, apparecem expressadas com bastante nitidez: ou é leve a paralyisia dos membros, ou mesmo ausente, ou quasi se não faz notar a dos nervos craneanos. Faltando elementos para a alternancia, claro é que fogem deste capitulo, mas consagra-se o typo respectivo, tal como sóe acontecer, principalmente, com as chamadas *syndromes bulbares*, em que é comum não comparecer a paralyisia dos membros.

Outrosim, do emaranhado dispositivo das *vias cortico-bulbo-ponto-pedunculo-cerebello-medulares*, surgem tam-

bem paralyrias sensitivas, que, ou se apresentam sós, ou associadas ás motoras.

De outro lado, não ha extranhar que, apesar da lesão ocupar uma parte qualquer das regiões por onde andamos, não se faça ella traduzir por nenhuma desordem da motilidade. GREIWE observou casos em que, embora se verificasse lesão do pé do pedunculo, não houve a registrar paralyrias oculares.

Os caracteristicos clinicos destas paralyrias os notaremos a proposito de cada caso. Contudo, devemos desde já assignalar que, em regra, ellas não se acompanham de aphasia, e, quando esta aparece, é pouco duradoura. Ha, sim, como affirmou P. MARIE, perturbações da articulação da palavra (dysarthrias).

É frequente que surjam simultaneamente, requisito este exigido para que se organizem syndromes verdadeiras. Não é raro, porém, que se integralizem em diversas gradações, isto é, que uma paralyria comum se afecte, dentro de tempo mais ou menos longo, de complicação tal, que appareça então sob um novo aspecto, entre elles o da alternancia.

Localizado o fóco responsavel pelas desordens notadas no pedunculo, protuberancia ou bulbo, as syndromes expressadas serão — *pedunculares*, *bulbares* ou *protuberanciaes*.

Haja, porém, compromisso simultaneo de duas regiões distinctas, os typos serão mistos e dir-se-hão: — *pedunculo-protuberanciaes* ou *bulbo-protuberanciaes*. De tal modo é a divisão eschematica das syndromes alternas. Passemos agora á descripção de cada uma dellas:

Syndrome de Weber

A *Syndrome de Weber*, por este autor descripta em 1863, tambem conhecida com a designação de *paralyria alterna superior*, estereotypa-se por hemiplegia completa do lado oposto ao da séde encephalica da lesão e ophtalmoplegia total ou incompleta, com ptose palpebral ou não, do mesmo lado em que se deu o compromisso referido. É que houve paralyria do motor-ocular comum por lesão que o atingiu em sua origem, e, ao mesmo tempo, o feixe pyramidal antes de chegar ao bulbo. Ra-

zões anatomicas, convenientemente esplanadas no anterior capitulo, justificam tal proposição.

Será completa a ophtalmoplegia aludida si o pé do pedunculo é que foi compromissado. Si, porém, só interessar fibras do nervo e não todos os nucleos, tel-a-hemos incompleta. Para tanto, assenta-se a lesão pouco acima daquele ponto.

Tivemos oportunidade de observar caso interessante dessa syndrome, na 20ª Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericordia do Rio de Janeiro, Serviço da Clinica Neurologica do Prof. A. AUSTREGESILO:

I OBSERVAÇÃO

M. M. J., 38 annos, parda, solteira, natural do Estado do Rio, domestica, baixou ao Hospital em 29 - 4 - 1916.

De *antecedentes hereditarios e pessoais*, nada ha de importancia: O pae falecido, ignorando a causa; mãe viva e forte; tem 3 irmãos, que gosam saúde. Em pequena foi acometida de varicella e tosse convulsa. Nega antecedentes syphiliticos e uso de bebidas alcoolicas.

Da *historia de sua molestia actual* ha a referir: Um mez e pouco antes de vir para o Hospital, começou a se sentir doente do olho esquerdo, com muita dôr neste orgão, a qual se conservou alguns dias, até que, certa manhã, quando se quiz levantar, já não o poudé fazer, pois seu lado D. (direito) estava sem movimento, o olho E. (esquerdo) fechado, sem que o pudesse abrir. Havia tambem paralyisia facial D. e a palavra perturbada (dysarthria).

Ao *exame directo*: Apresenta-se deitada no leito. É mulher robusta, de boa compleição, mediana estatura. Nota-se logo que a pálpebra E. se conservou caída sobre o globo ocular, protuso. Os sulcos da face são mais apagados do lado D. que do E. Com a abertura da boca, o sulco naso-geniano E. manifesta-se melhor que o do lado oposto. Ha abaixamento da comissura labial D., e formam os labios um contorno ovalar-obliquo, de menor abertura nesse lado. A lingua desvia-se para a D., o membro superior e o inferior, de ambos os lados, se conservam imoveis, presos ao leito. Tono muscular — normal á E., levemente diminuido á D. Marcha impossivel. Força dynamometrica á E = 27, á D = 0. *Hemiplegia D.* Perturbações dispraticas do typo ideativo. Perfeita gnosía. Syncinesias — de RAIMISTE: adueção

PARALYSIAS ALTERNAS



N. 2 — Syndrome de Weber — M. M. J. — Obs. 1

ESTUDO CLINICO

pouco manifesta, abdução presente; de BABINSKI (flexão combinada) presente; as de NERI e STRÜMPEL não puderam ser pesquisadas; as de KLIPPEL e WEILL, SOUQUES, etc., não existem.

Sensibilidade dolorosa exaltada no membro inferior D. A compressão dos musculos da panturrilha provoca dôr. Ha o phenomeno de BABINSKI, pouco acentuado; variantes — negativas. Não apresenta reflexo pupilar á luz, nem á distancia. *Ophthalmoplegia* completa (lado E.), pupila em mydriase, ligeira exophthalmia E. Reflexos plantares, abdominaes, pharyngeos — normaes; dos rotulares — pouco vivo o D., bem como os da munhêca, bicipite, tricipite, etc., do mesmo lado.

Estado de torpor intelectual, reserva diminuida de palavras. Desorientação no meio. Diminuida a memoria de fixação.

Reações de NONNE: lymphocitose — discreta; 1ª phase de NONNE-APELT — francamente positiva.

DIAGNOSTICO: *Hemiplegia alterna, Syndrome de Weber.*

Tratamento especifico e reeducativo por meio de maçagens, marcha, etc.

Em Dezembro examinámol-a novamente: mantém se a syndrome referida, porém muito melhoradas as condições da paciente.

No Serviço de Clinica Medica do Prof. OCTAVIO DE SOUZA (Hospital da S. Casa de Porto Alegre), houve enesejo de examinarmos um paciente de *Syndrome de Weber*, completa, da qual tomámos, pessoalmente, a observação respectiva.

II OBSERVAÇÃO

R. N., 41 annos, solteiro, branco, natural de Malaga (Hespanha), ha 25 annos residente no Brasil; profissão — jornaleiro. Entrou para o Hospital a 5-4-1917.

Antecedentes de familia — Pae falecido, aos 52 a., «deitando sangue pela boca» (sic.) Mãe — morta aos 40 a., ignorando a causa. Foi filho unico.

Antecedentes pessoais — Doente na sua primeira infancia, não sabendo de que. Em moço teve males cypridicos (Blenorrhagia, adenites, boubas). Alcoolista imoderado; ha 3 annos, deixou o vicio. Abusa muito do fumo.

Historia de seu mal — Ha 6 mezes, teve «uma ferida de mão ca-

racter no alto da cabeça (região occipital) e, ha quasi 3 mezes, após lhe ter fechado essa ferida, começou sentindo a palpebra E. a cair sobre o globo ocular, ao mesmo tempo em que tinha visão dupla. Em dous dias a quêda era total, e estava elle impossibilitado de eleva-la.

Algum tempo depois (quasi 2 mezes) ao amanhecer, certa vez, sentiu-se sem movimentos do lado D. e com difficuldade na articulação das palavras.

Nesse estado permaneceu, melhorado, da perturbação da faculdade de falar. Por tal motivo veio ao Hospital para conveniente tratamento.

Examinando-o, nelle encontrámos :

Individuo de regular estatura e compleição, mostrando no conjunto physionomico a sua idade outonica, bem como, no todo, a sua sofrivel nutrição. Apresenta-nos cabelos grisalhos, com um turbilhão branco na região frontal E.; alguns estygmas physicos degenerativos. Na região occipital, em sua parte superior da linha mediana, cicatriz de ferida antiga. O olho E. completamente fechado pela palpebra respectiva, caída sobre elle, e voltado para fóra, em completa imobilidade. Sulco naso-labial E. levemente diminuido.

Acha-se deitado no leito, com os movimentos do lado D. tolhidos.

E' difficil a posição vertical e impossivel a posição de cocoras. Marcha — tambem difficil. Ha franca hypotonia e atrophia geral da musculatura. *Hemiplegia* D. (Paresia facial do mesmo lado). A lingua, quando projectada para fóra, é desviada para a D.

Não ha dismetria, ataxia, etc. bem como tremores, athetose etc. Força dynamometrica : Mão E = 11, D. = 0.

Existe a syncinesia de RAIMISTE — abducção e aducção ; presente tambem a de BABINSKI (flexão combinada), a de KLIPPEL e WEILL, de HOOVER e o signal do cuticular.

Não ha desordens da sensibilidade. Reflexos: plantares, cremastericos, abdominaes — presentes, diminuidos, porém, os inferiores destes; rotulares, achyleos, da munheca, bicipite, tricipite — exaggerados todos no lado D.; phenomeno dos pedarticulos de BABINSKI — esboçado á D, variantes — ausentes.

O exame dos olhos, feito pelo PROF. VICTOR DE BRITTO, revelou :

«Paralytia extrinseca e intrinseca do 3º par, completa, á E. Fundo do olho, papila e membranas — perfeitamente normaes.»

Pulso : 80 batimentos por minuto. Hyperphonese da 2ª bu-lha do fôco aortico.

Outros orgãos e aparelhos : nada que valha especial menção.

REAÇÕES DE NONNE: R. de WASSERMANN no sangue—positiva; no liquido — negativa. Ha franca albuminose e escassez de elementos celulares, com predominancia de lymphocitos.

DIAGNOSTICO: *Hemiplegia alterna, Syndrome de Weber.*

Sobre a concomitante hemiplegia, conforme já notá-mos, nem sempre comparece nem se mostra com muita nitidez. Opina BRISSAUD, que é ella mais pronunciada na face do que nos membros:

Tal não succedeu com os doentes, objectos das observações acima. Constituiu-se verdadeiro typo alterno superior, completo, em que predominou a paralyisia dos membros sobre a da face. Houve total flacidez daque-les, em quanto se percebiam pouco apagadas as rugas da commissura labio-nasal e fronte.

É de notar-se que a paralyisia facial assume o typo cerebral, isto é, com relativa integridade do facial superior.

Pódem-se apresentar algumas variantes dessa syn-drome. LEVI assignalou hemianopsia do lado da lesão ocular, datando de mais de 26 annos.

ROSSI e ROUSSY apresentaram caso identico, que da-tava tambem de longos annos.

Faz sentir BRISSAUD que nem sempre a paralyisia do terceiro par é unilateral. Ha, frequentemente, certo gráo de compromisso desse nervo no lado da hemiplegia, de certo porque a lesão igualmente o alcançou no lado oposto.

Observou JOFFROY, ao lado da syndrome de que tra-tamos, uma hemiopia, que permaneceu, embora houvesse desaparecido aquela.

ZOZIN apresentou um caso de paralyisia unilateral com ophtalmoplegia dos dous lados.

Nega-se que taes variantes sejam verdadeiras *syndro-mes de Weber*, pois, para tal, preciso é que hemiplegia e paralyisia ocular se subordinem á causa univoca e se constituam simultaneamente. Assim, o caso de um hemiple-

gico comum vir a ter, *a posteriori*, paralyasia do terceiro par do lado oposto, e vice-versa.

Para distinguil-as do typo verdadeiro, são catalogadas de *pseudo-syndromes de Weber*. Ainda como variante, WEILL e DIDE assignalaram a coexistencia da syndrome em questão e paralyasia da larynge.

Taes casos pôdem, por vezes, ser forjados pela acção compressiva de tumores dos lóbos temporaes, conclusão a que chegou KNAAP, nas multiplas observações que registou.

Ainda a meningite cerebro-espinal serosa, com hypertensão consequente do liquido cephalo-racheano — casos vistos pelo Prof. MIGUEL COUTO — pôde ter a responsabilidade da feitura desses falsos typos.

VIGOUROUX e VIGIER publicaram na *Revue de Psychiatrie*, em 1900, interessante observação de pachymeningite supurada, simulando a *Syndrome de Weber*, sobrevida em um alcoolista, no decurso de erysipela da face.

Na autopsia do individuo com esse mal, verificou-se que a região peduncular estava absolutamente indemne. Havia, sim, processo inflammatorio e de supuração da meninge com cystos repletos de pús, comprimindo a camada cortical.

É dado, por vezes, constituir-se *dupla Syndrome de Weber*. Tal acontecerá sempre que a lesão comprometer, ao mesmo tempo, os fócios symetricos da região peduncular direita e esquerda.

Bello exemplar disso levou SOUQUES á Sociedade de Neurologia de Paris, em 1900.

Modalidade mais rara da syndrome aludida, surge quando a lesão se estende aos 4/5 internos do pé do pedunculo cerebral, destruindo todas as vias cortico-nucleares. Outro será então o feitio clinico a observar: de um lado, o contrario ao da respectiva sède, hemiplegia total com paralyasia conjugada do hemiocular motor, ou seja de um oculogyro — musculo recto interno do lado da hemiplegia e musculo recto externo do oposto — e paralyasia directa do motor-ocular comum, dando, como sabemos, ophthalmoplegia completa ou incompleta.

É o *typo Foville da Syndrome de Weber*, conforme elle chamou GRASSET. Syndrome de Weber,
typo Foville

RAYMOND e GRAUX observaram casos em que só havia paralyasia do oculo-motor externo ou associada á do motor-ocular comum. São ainda *typos Foville*, segundo DEJERINE.

Aloje-se agora a lesão, não mais no pé, mas na abobada do pedunculo cerebral, ao nivel da emergencia do oculo-motor e efectivar-se-ha, de um lado — ophthalmoplegia total ou incompleta por paralyasia desse nervo; do outro — o oposto — paresia com tremor dos membros, continuo ou intermitente, sobretudoo intencional. Tal é a *Syndrome de Benedikt*, que a descreveu em 1889. Dir-se-hia *Syndrome de Weber* com hemitremor, si houvesse paralyasia mais acentuada dos membros e si comparecesse o phenomeno de BABINSKI. Syndrome de Benedikt,
superior

Para alguns autores dá-se na syndrome presente irritação, antes, do pedunculo do que propriamente destruição.

Entendem BONNIOT e LEVI que o phenomeno é devido á asynergia cerebelar.

Compromete-se, por vezes, o nucleo do terceiro par do lado oposto e a paralyasia ocular será então bilateral.

O Prof. JULIANO MOREIRA teve ensejo de vêr em sua clinica casos da *Syndrome de Benedikt* e desta variante, dos quaes nos cedeu bondosamente minuciosas observações.

III OBSERVAÇÃO

A. S. S., branco, 26 annos, brasileiro, solteiro, empregado no comercio.

Antecedentes — Pae fallecido de nephrite. Vive sua mãe, é nervosa. Um irmão—alcooolista inveterado, e uma irmã—choreica. Teve o paciente saúde até 23 annos, quando adquiriu cancro syphilitico, seguido, dentro em pouco, de placas mucosas na larynge, syphilides papulosas e alopecia. Seis mezes após, era visitado por incomodativa cephaléa. Certa manhã, ao levantar-se, sentiu que algo de anormal se passava em seu organismo: fraqueza no braço e perna do lado E., perturbações da visão. Era obrigado a fechar um olho para não haver visão dupla. Logo

PARALYSIAS ALTERNAS

após, aparece-lhe no mesmo lado (E.) um tremor, a principio pouco acentuado, exagerando se depois, para se tornar permanente.

Seu estado engraveceu: hemiparesia E. com tremor, sobretudo do membro superior, de 5 a 6 oscilações por segundo. Tal tremor, em repouso continuo ou intermitente, aumentava, quando procurava escrever. Marcha difficil. Reflexos rotulares — diminuidos; achyleos — acentuado á D.; os superficiaes — abolidos.

Para o *globo ocular D*: — Ptose palpebral, estrabismo externo, mydriase; os movimentos só possiveis para fóra e para baixo. Paralyssia total e completa do motor-ocular comum respectivo. Pupilas não reagem á luz; não ha acomodação.

Houve no caso, como claramente resalta, a *Syndrome superior, de Benedikt*.

Mais interessante, porém, é a observação que se segue, onde se deu *dupla Syndrome de Weber*, com hemiataxia que se implantou, algum tempo depois, no lado hemiplegico.

IV OBSERVAÇÃO

E. F., 42 annos, brasileiro, mestiço, solteiro; commercio.

Dos antecedentes de familia — Sua mãe era vizitada por frequentes enxaquecas. Tem 5 irmãos, todos com saúde.

Pessoaes: nada de importancia, sinão que adquiriu, ha annos, cancro duro, seguido de manifestações diversas, francamente syphiliticas; sofreu muito de forte cephaléa até que, ainda sob essas manifestações, foi de repente acometido de um icto apopleitiforme, que o deixou sem sentidos por dois dias, findos os quaes voltou a si, constituindo-se, porém, nelle hemiplegia E., com ptose da palpebra superior D. e estrabismo externo do globo ocular correspondente. Além disso, verificou-se paralyssia facial inferior. Os traços da face, a boca — desviados á D., mais acentuadamente quando falava. O facial superior — intacto.

Mais tarde, no lado da hemiplegia, surgiram movimentos involuntarios, sobretudo nos membros superiores. Em repouso, tinham os caracteres dos movimentos athetosicos da amyotaxia de RUSSOLIMO, posto que mais rapidos e menos ondulosos, não aparecendo durante o somno. Marcha difficil. Reflexos rotula-

res e achyloos — abolidos; os da munhéca e tricípité — diminuidos; plantar, cremasterico E. — ausentes, pouco sensiveis os da D. Perda da sensibilidade tactil e thermica do lado E.; a dolorosa — diminuida. Ausencia do senso estereognostico.

Exame de olhos — Á E. leve ptose. Para elevar a palpebra o doente faz esforços, enruga a fronte, levanta fortemente o supercilio, serve-se do frontal para suprir a insuficiencia do elevador das palpebras. Os movimentos do globo ocular, para baixo e para dentro, são limitados; os da elevação — impossiveis, excepto para fóra. Pupila E. estreitada e movel á luz e á acomodação. Olho D. (do lado oposto á hemiplegia) — ptose palpebral completa, estrabismo externo. Pupila dilatada, sem reacção á luz e á acomodação. Reflexo consensual — abolido. Houve paralyisia completa do recto superior e incompleta para o interno e inferior — lado E. e paralyisia dos rectos internos, superior e inferior D.

Fez-se no paciente medicação especifica. Apesar disso, e após periodo de melhoras, agravou-se o seu estado, que terminou pela morte.

A *autopsia* revelou: goma syphilitica ao nível do pé do pedunculo cerebral D., interessando a fita de REIL e o nucleo dos oculos motores comuns D. e E.

Nem sempre é esse tremor contemporaneo da hemiplegia, por vezes se mostra um ou mais annos após.

É um hemitremor semelhante á hemichoréa ou hemiathetose, fazendo lembrar tambem o da doença de PARKINSON ou da esclerose em placas. Póde estender-se ao pescoço e thorax, produzindo balanço no sentido lateral. Em alguns casos é elle tão intenso que chega a determinar excoriações nos membros, em consequencia do attricto que então se produz.

Variante desta syndrome a se notar foi o caso de RAYMOND, em que além do hemitremor houve hemianopsia.

Afaste-se o compromisso da esphera do pedunculo e vá para o andar inferior da protuberancia, outra será a variedade clinica: hemiplegia cruzada e paralyisia facial directa.

Syndrome de Willard-Gabler

É a *Syndrome de Millard-Gubler*, de todas a primeira descrita (1856) por esses dous autores que, isoladamente, a estudaram. Parece tambem de todas a mais frequentemente encontrada.

A paralyasia facial tem aqui o typo peripherico e apresenta as reacções electricas da degeneração.

No caso, a lesão suposta fére a protuberancia, na altura das origens do facial, attingindo-o em seu nucleo, ou nas fibras que delle provêm, e as fibras do feixe pyramidal antes de se cruzarem.

Instrue melhor a apresentação de dous casos da 20ª Enfermaria, serviço do Prof. AUSTREGESILO.

V OBSERVAÇÃO

A. C., branca, viuva, 42 annos de idade, portugueza, domestica.

Nada nos informa, susceptivel de menção, dos *antecedentes de familia*.

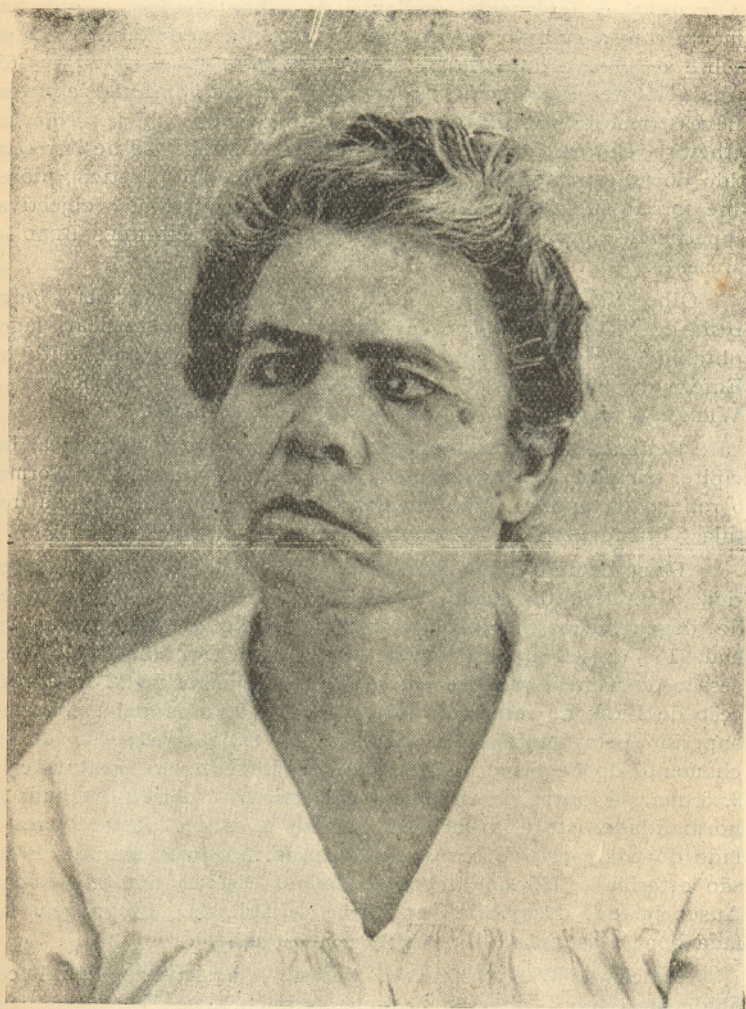
De sua historia progressa; Refere-nos ter gosado saúde em creança, apenas havendo contraído variola aos 5 annos, mais ou menos. Pela vez primeira sua função menstrual se lhe fez notar aos 13 annos, sempre comparecendo com regularidade. Casou-se aos 17. Nunca teve filhos; nega abortos. Enviuvou 4 annos após, ignorando a *causa-mortis* do marido. Desse tempo para cá afastou-se de homens, não tendo desde então congresso sexual. Nega haver tido molestias venereas e abuso de bebidas alcoolicas.

Quanto á *historia da actual doença*, informa que, certa manhã, ao despertar, notou que o rosto estava bastante dormente, a boca com pronunciado desvio; sentia fortes dôres que se espalhavam por toda a face, braço D., e palma das mãos, estendendo-se para a região thoraxica anterior e posterior.

Havia já grande edema das palpebras, a ponto de não poder abrir os olhos. Passado esse momento, vieram-lhe tonteiras fortes e vomitos, aparecendo quasi sempre após as refeições.

Convenientemente examinada, anotou-se: A paciente apresenta atrophia dos musculos do lado E. da face, que desviam a boca para o oposto. Não ha dystrophias da pelle e nervos. Nas posições vertical, horizontal e de cócoras, se man-

ESTUDO CLINICO



N. 3 -- Syndrome de Millard-Gubler -- A. C. - Obs. V

tém perfeitamente. Orientação e motilidade latente — normaes. A marcha é levemente oscilante de olhos abertos, o que aumenta com a oclusão dos mesmos. Assenta perfeitamente o pé sobre o sólo. Força dynamometrica: mão D. = 70, E. = 63. Ausencia de diadococinesia, synergia, ataxia, apraxia, agnosia. Leves tremores nas extremidades dos dedos das mãos. Não ha athetose, choréa, tiques, contracturas, etc. Queixa-se de ter sentido dôres espontaneas no lado D. (oposto ao paretico), dôres que foram substituidas por dormencia. Sensibilidade objectiva, superficial e profunda — integras. Signal de CHARLES BELL — presente.

Olho E. — leucoma central, consecutivo á variola. Paralysis do recto externo, provavelmente de origem nuclear, lagophthalmia por paralysis do setimo par craneano (exame feito na Enfermaria do Professor ABREU FIALHO). Provas de RINNE e WEBER — negativas; olfação, gustação — perfeitas.

Reflexos rotulares — exagerados; achyleos, da munhéca, bicipite, tricipite — presentes; o masseterino — ausente. Normal o reflexo da pupila. Não ha clono da mão, do pé, nem da rotula. Phenomeno de BABINSKI — ausente.

Hypo-excitabilidade galvanica do tronco e dos ramos superior e inferior do facial, lado E. em relação ao D. Reação de degeneração parcial dos ramos médio e inferior do facial E. expressa em: ramo médio pela igualdade de successão do fechamento dos polos positivo e negativo (2 m. a. reacção de ERB); no ramo inferior pela lentidão do abalo; no ramo superior pela lentidão da successão, havendo contracção do fechamento do negativo com 3 ma. e fechamento do positivo com 3, 5. ma. A prova da vertigem galvanica — obtida segundo a normalidade, isto é, a paciente pendeu a cabeça sempre para o lado do polo positivo. Pulso — 80 batimentos por minuto. Pressão arterial — 130 de ambos os lados. Estado mental — bom. Ausencia de dysarthria, anarthria e aphasia. Linguagem falada boa; e escripta — a doente é analphabeta.

Reação de WASSERMANN no sangue — positiva; no liquido cephalo-racheano — revelou pequena lymphocitose.

A paciente foi tratada com injeções de bi-iodeto de mercúrio (2 centigs. por empôla) durante 6 mezes. Teve alta, radicalmente curada.

VI OBSERVAÇÃO

I. C., parda, 28 annos, casada, brasileira, do Estado do Rio, domestica:

Antecedentes hereditarios: — Pae falecido, ignorando a causa. Mãe, tambem morta, de doença do coração. Tem 6 irmãos, dos quaes 4 não gosam bôa saúde, sendo um tuberculoso e epileptico.

Antecedentes pessoais: Nasceu a termo. Teve sarampão em pequena, e, já adolescente, variola. Menstruada pela 1.^a vez aos 16 annos. Casou aos 20, tendo só um filho, que vive e é são. Seu marido sempre gosou optima saúde.

Historia da doença actual: Ha tres mezes, aproximadamente, achava-se tomando café pela manhã, quando foi acometida de accesso de tosse, sentindo após lhe escurecer a vista; desfaleceu e caiu, sendo, então, amparada por outrem. Foi levada para o leito, totalmente paralytica, notando pessoas da casa que estava com a face desviada para a direita. Assim permaneceu durante 3 dias, melhorando dahi por deante. No estado actual acha-se ha 3 mezes.

Ao exame: Apresenta o segmento cephalico sempre curvado, desvio da face para a D. A paciente não vae até ponto determinado em linha recta. Signal de ROMBERG — ausente. Tomo muscular, um tanto diminuido á D. Marcha arrastando um pouco a ponta do pé D., sem foiçar. Já teve os membros desse lado completamente paralyticos, encontrando-se agora levemente pareticos. Paresia da face E. Força dynamometrica — mão D. = 4, mão E. = 55; diadococinesia perturbada; synergia, ataxia, apraxia, etc. — ausentes, bem como tremores, athetose, tiques, signaes de RAIMISTE, STRÜMPELL, NERI, etc. Diz ter sentido dormencia e dôres no lado paretico, porém não actualmente. Sensibilidade tactil, thermica, dolorosa — perfeitas. Estereognose, noção do sentido muscular, barethesia, etc. — presentes. Visão, olfação, gustação — normaes. Reflexos: plantares — exaggerados; abdominaes, pharingeos — presentes; rotulares — exaggerados; achyleos — presentes; da muñeca e bicipite — exaltados á D., os outros — normaes. Signal de BABINSKI e variantes — ausentes, bem como clono da mão, pé e rotula. Reflexos pupillares — normaes.

Outras funções e aparelhos — sem nada que importe as-

signalar. A paciente tem *deficit* mental pronunciado, palavra levemente arrastada; humor triste, compreensão morosa, memoria enfraquecida.

Líquido cephalo-racheano: aspecto physico e pressão — normaes; ha lymphocitose. WASSERMANN no sangue — positivo.

Nem sempre essa fôrma é isolada e vêm-se, algumas vezes, outros nervos craneanos serem comprometidos, taes como o motor-ocular externo: donde paralyisia da abducção do globo ocular e estrabismo interno com diplopia.

Syndrome Millard-Gubler, typo Foville

E, sob o nome de *typo Foville da Syndrome Millard-Gubler*, descreve GRASSET — de um lado, o da lesão, paralyisia facial e de um oculo gyro, produzindo desvio conjugado por paralyisia do recto interno e do recto externo; do oposto — hemiplegia.

Na syndrome em questão, outros nervos se têm asignalado como sendo atingidos: assim o hypoglosso, o auditivo, o trigemeo. Si o primeiro — registam-se perturbações da emissão da palavra, da mastigação e deglutição, dificuldade em pôr a lingua para fóra, por vezes hemiatrophia deste orgão.

GELÉ chamou a atenção para as desordens auditivas por lesões dos nucleos acusticos na protuberancia: é que esses disturbios (surdez, vertigens, otalgia, ruidos subjectivos) pôdem ser limitados a um só lado, o oposto ao da hemiplegia concomitante. E como elle, notaram o factu HUGUENIN, NOTHNAGEL, WERNICKE, RAYMOND, FRIEDEREICH.

Si o insulto atingir á *fita de REIL* e, simultaneamente, ás fibras da raiz do trigemeo, ocupando o andar superior da protuberancia, dar-se-ha a interessante variedade de hemiplegia alterna em que a paralyisia é substituída pela anesthesia. Constitue-se *hemianesthesia alterna*, consagrada ao nome de RAYMOND, que primeiro a apresentou.

Syndrome de Raymond

Exterioriza-se pela ausencia de sensibilidade dolorosa e ao calor, comprometendo, de um lado do corpo, um ou mais ramos do quinto par e, na banda oposta, certa estensão da superficie cutanea dos membros e tronco, per-

manecendo ora pura, ora associada á paralyisia facial ou dos membros.

Póde produzir, quando facial, disturbios da mastigação.

SÉNATOR observou um caso em que a séde da lesão era bulbar e dava, no emtanto, o mesmo quadro clinico descripto. Não raro, lesões desses diferentes nervos não incidem com paralyisia facial. Em taes conjunturas, saem dos limites da *Syndrome de Millard-Gubler*.

Porém, ainda desta faz parte, como variante clinica, a *Syndrome de Brissaud e Sicard*, em que á paralyisia dos membros se vem juntar um hemiespasmó da face, do lado oposto. Syndrome de Brissaud e Sicard

PIERRE MARIE e CROUZON verificaram um caso em que havia associação das duas syndromes: *Millard-Gubler* e *Weber*.

Anotava-se hemiplegia esquerda com paralyisia do oculo-motor comum e keratite neuro-paralytica direitas, anesthesia do trigemeo e paralyisia facial do mesmo lado. Supuzeram elles que se tratava de lesão bulbo-peduncular.

Sob o rotulo de *Syndrome de Benedikt inferior*, COMBE descreveu um caso em que havia associação de hemitremor com a *Syndrome de Millard-Gubler*. Syndrome de Benedikt, inferior

No serviço do Prof. AUSTREGESILLO (20ª Enfermaria) registou-se a observação de uma paciente em que se constituiu, não simultaneamente, mas aos poucos, paralyisia do typo descripto (*Millard-Gubler*) na qual sobreveiu mais tarde hemichoréa, mas do lado até ahí indemne, isto é, o mesmo da desordem facial.

VII OBSERVAÇÃO

V. Z. 28 annos, branca, solteira, natural da Italia, costureira.

Antecedentes hereditarios: Paes fallecidos, ignorando a *causa-mortis*; não teve irmãos.

Antecedentes pessoais: — Sofreu de variola benigna; jámais contraiu doenças venereas, diz. Nega haver tido filhos e abortos.

Historia da doença actual: Ha seis mezes, mais ou menos, foi subitamente acometida de um icto, ficando, ao voltar a si, hemiplegica do lado esquerdo. Neste estado entrou para a 20.^a

PARALYSIAS ALTERNAS



N. 5 — Syndrome Millard-Gubler — Hemichoréa D. posterior
Y. Z. - Obs. VII

Enfermaria, donde saiu melhorada no fim de 4 mezes. Ha pouco, em Janeiro, voltou novamente, informando mal de seu estado, tal a dysathria que apresentára, bem como crises de choro e riso espasmodicos.

Ao exame, notou-se: Franco desvio da face para o lado E. braço E., em leve contractura e flexão. Poucos movimentos da perna e braço E. Atrophia pouco acentuada desses segmentos. Tremor desordenado dos membros do lado D. A doente mantém-se difficilmente em pé, não o podendo fazer de cócoras. Levemente perturbada a noção das posições segmentares. Não ha signal de ROMBERG. Tono muscular, diminuido á E. Marcha difficil, a doente ceifa com o pé E. (marcha helicopode). Força dynamometrica: mão D. = 0 3,5; E. = 0. Diadococinesia — perturbada á D. pela choréa e a E. pela paresia. Paralysis da face D. e braço e perna E. Ausencia de atonia, asynergia, apraxia, agnosia, etc. Ausencia de myoclonias, athetose, etc.

Quando entrou para o serviço, apresentava algumas syncinesias (RAIMISTE, HOOVER, BABINSKI, etc.) que depois desapareceram, com a restituição do lado atacado. Diz ter sofrido de cephaléa, durante trez mezes, antes de cair doente. Não se queixa de paresthesias. Sensibilidade tactil — acentuada no lado E.; thermica — diminuida do mesmo lado, estendendo-se até a face; dolorosa — diminuida á E., aumentada á D.: ossea — diminuida á E.; baresthesica — ausente á E.: articular e visceral — normaes. Estereognose — ausente á E. Visão, olfação, gustação, audição — normaes. Provas de RINNE e WEBER — negativas.

Reflexos: plantar — diminuido á E.; abdominaes e pharyngeos — presentes; rotulares, achyleos, da munhéca, do bicipite, tricipite, masseter e outros — exaggerados á E.; á D. — a choréa impossibilita a verificação. Phenomeno de BABINSKI comparece no lado E., á D. não se pôde apreciar. Ha ausencia de clono, de perturbações trophicas. Reflexos pupilares — presentes e normaes. Estado da musculatura ocular — normal, não ha exophthalmia, enophthalmia, nystagmo. Pupilas — normaes. Ausencia de vertigens; sente zoeiras no ouvido E. Perturbações visceraes — nada ha a acentuar, a não serem flexos disturbios urinarios, produzidos por cystite e supressão do fluxo menstrual, ha 3 annos. Apresentou dysarthria, choro e riso espasmodicos, Memoria — falha e enfraquecida. Não tem delirios, nem alucinações.

Reações de NONNE: lymphocitose e albuminose discretas; WASSERMANN no sangue e liquido — francamente positivos.

DIAGNOSTICO: *Hemiplegia alterna*, *Syndrome Millard-Gubler*, *Hemichorea D. posterior*.

Ao que parece, a lesão ali se estendeu aos poucos, atingindo o lado oposto do pedunculo, onde só produziu irritação, como querem alguns. Não é comtudo isenta de controversia, esta pathogenia.

Syndrome de Benedikt, médio

Considere-se tambem o *typo médio de Benedikt*, observado pelo DR. JOAQUIM MOREIRA DA FONSECA, assistente do Prof. MIGUEL COUTO, e por elle publicado em magistral trabalho. Caracterizava-se essa variedade por hemiplegia, hemianesthesia, hemitremor dos movimentos voluntarios, ataxia do braço paretico e paralyasia do *abducens*, e ptose palpebral do lado oposto. A lesão residia no segmento superior e médio do andar superior da protuberancia.

VIII OBSERVAÇÃO

Tratava-se de individuo de adeantada idade, sem antecedentes de familia ou pessoas dignos de nota, e que, em certo momento, é tomado de icto cerebral que o prostra por terra, em estado sub-comatoso, sentindo-se logo após com os movimentos dos membros do lado D. tolhidos, seguidos de insensibilidade. Internado, por isso, na 7.^a Enfermaria do Hospital da S. Casa de Misericordia do Rio de Janeiro, nelle verificou-se:

Convulsão de ambas as palpebras, traduzindo-se por um repetido piscamento, que foi substituido, alguns dias depois, por queda da palpebra E. O globo ocular E. desviado para dentro. Nystagmo vertical do mesmo olho — tudo por paralyasia parcial do oculo-motor comum e do *abducens* — de um lado.

Signaes abundantes de hemiplegia organica do oposto (D.); concomitante hemianesthesia com tremor e movimentos ataxicos do braço respectivo.

Por bem deduzido raciocinio e poderoso argumento clinico, chegou o dr. J. M. DA FONSECA á conclusão de que se tratava de um novo typo a que denominaria de *Benedikt médio*, para distingui-lo dos dous outros desse mesmo autor, que se não poderiam chamar em abono do caso. E de facto, falecendo o paciente e le-

vado á mesa da necropsia, esta revelou lesões que eram responsáveis pelo quadro clinico apresentado: «fóco hemorrhagico abrangendo, nas regiões média e superior da protuberancia, um certo numero de feixes de fibras motoras, toda a fita sensitiva de REIL, o pedunculo cerebelar médio até dentro do cerebello, o feixe de VON MONAKOW, fibras do terceiro par craneano e todas as do oculo-motor externo» A mediana protuberancial foi a arteria lesada.

Esse interessante caso do DR. MOREIRA DA FONSECA foi, parece, o primeiro registado em sciencia. De tal modalidade, pelo menos, não se occupam os tratados classicos, nem trabalhos e revistas que compulsámos.

Syndrome protuberancial de Raymond e Cestan é uma forma em que comparecem elementos diversos dos outros typos. Para tal, é necessario que a lesão atinja o andar superior da *Ponte* de VAROLIO, interessando fibras sensitivas e cerebelaes e associações entre o oculo-motor comum e externo. Dahi nós termos — hemiplegia, hemianesthesia, desordens da motilidade voluntaria, caracterizadas por movimentos involuntarios, choreicos e athetoticos, incoordenação, asynergia, disturbios da sensibilidade superficial e profunda — subjectiva e objectiva, — dormencias, formicações, estereognosia, perda do sentido muscular, mais paralyisia dos movimentos associados de lateralidade dos olhos, com abalos nystagmiformes.

Syndrome de Raymond e Cestan

Para alguns autores é tida essa variedade por um *novo typo Foville* das hemiplegias alternas, mas diferente dos typos FOVILLE das *syndromes de Weber e de Millard-Gubler*.

Se a paralyisia ocular tocar tão sómente os movimentos associados de elevação, abaixamento e convergencia, com ophtalmoplegia interna, tudo o mais como na forma precedente, defrontaremos a *Syndrome Gruner-Bertolotti*. Ha assignalar um caso de SOUQUES, publicado na *Revue Neurologique*, Maio 1905, em que se observou paralyisia motora, sensitiva e vaso-motora — manchas violaceas, sensação de frio, hypothermia — dos membros de um lado; do outro — asynergia, paralyisia do facial, do

Syndrome de Gruner-Bertolotti

oculo-motor externo, do auditivo e do ramo sensitivo do trigemeo. E', como se vê, syndrome bulbo-protuberancial.

Syndrome de Revilliod-Goukowski Atenha-se a lesão ao corpo do bulbo e outras serão as expressões clinicas a analisar. Pelo acometimento ao feixe pyramidal, antes de seu cruzamento, e das fibras do 12º par (hypoglosso), na altura da porção olivar, dar-se-ha motivo de observar-se — hemiplegia cruzada com paralyisia da metade da lingua, do lado da lesão: seja *Syndrome de Revilliod-Goukowski ou paralyisia alterna inferior*.

Si se ofende a porção retro-olivar do bulbo, varios typos poderão se constituir. Aqui, mais que em qualquer outra especie de paralyisia alterna, frequentemente não se verifica a desordem motora dos membros. Nesse caso, como firmámos, deixarão de se enquadrar sob o rotulo que descrevemos. Ainda assim, considerem-se, como fazem os autores, neste capitulo da Pathologia nervosa, salvando porém, a hypothese prevista.

Syndrome de Avelis A mais comum das syndromes olivares é a de *Avelis*. Constitue-se pela paralyisia da metade do véo do paladar e da cordal vocal, com hemiplegia oposta. E' que houve compromisso do musculo vago-espinhal e do feixe pyramidal, antes do cruzamento.

Essa hemiplegia laryngo-vélo-palatina é, algumas vezes, acompanhada de hemianesthesia alterna, do typo syringomyelico, por lesão das fibras sensitivas cruzadas, de formação reticulada cinzenta. (DEJERINE).

Syndrome de Schmidt Organizar-se-ha a *Syndrome de Schmidt*, si a paralyisia directa fôr da metade do véo do paladar, cordal vocal, dos musculos esterno-clido-mastoideo e trapezio. Houve, para tanto, ataque ao nucleo todo do espinhal.

Syndrome de Jackson Acrescente-se ao typo de AVELLIS, paralyisia e atrophia da metade da lingua com hemiplegia oposta — notaremos a *Syndrome de Jackson*. ALOYSIO DE CASTRO e MEIRA GAMA publicaram recentemente, nos *Annaes da*

Polyclínica do Rio de Janeiro, observação de uma doente com a síndrome aludida e sobre quem o professor J. MARINHO fizera uma comunicação á *Sociedade Médica dos Hospitales*.

IX OBSERVAÇÃO

Tratava-se de mulher branca, de 40 annos, casada, natural da Syria, que, após puerperio febril, começou a sentir a lingua pesada, dolorida, com os movimentos difficis, acompanhando-se esse estado de certo aumento de volume, dando á paciente a sensação de estar com a bocca cheia. Havia embaraço na mastigação. Era possível a projecção da lingua, embora exacerbasse as dôres. Tambem embaraçosa era a deglutição e ronquenha a sua voz. Houve melhoras no seu estado. Mais tarde, alguns annos após, em sequencia a outro parto, sente dôres na parte superior do hemitorax direito e na região infra-hyodéa, dôres accentuadas, principalmente nas regiões supra-espinhosa, supra e infra-clavicular. Os movimentos com o membro superior D. eram quasi impossiveis, por despertarem fortes dôres. Posteriormente lhe sobreveiu embaraço na articulação da palavra, perdendo tambem o olfacto; melhorou, porém, da paresia do membro superior.

O *exame* a que nella se procedeu revelou: Atrophia de toda a porção D. da lingua, que nesta parte é levemente descorada. Tem ella o aspecto escrotal, mais vincado do lado D.; na imediata vizinhança do sulco desse lado, em toda a estensão do orgão, verifica-se ligeira saliencia; no interior da boca é desviada para a E.; quando fóra — a ponta se dirige para o lado D. A elocução se percebe levemente alterada. Durante a emissão de sons, ha ligeiro desvio da uvula para a E., permanecendo imovel a metade D. do véo do paladar. O exame laryngoscopico mostra paralysis de toda a metade D. da larynge. No pescoço, o esterno-clido-mastoideo é menos saliente á D. que á E., mais apreciavel no ramo esterno-mastoideo do musculo. Na região supra-clavicular D. ha grande concavo, que mais patente se torna, quando se elevam as espaduas ou os braços entram em abducção. Ha ligeira quéda da espadua á D. e desvio do omoplata respectivo. Nota-se atrophia muscular da região supra-espinhosa. O exame electrico registou reacção de degeneração no esterno-clido-mastoideo, trapezio e hypoglosso.

Todos esses signaes, menos o da lingua, traduzem acometimento do ramo externo do espinhal, que inerva o esterno-clido-mastoideo e o trapezio, por conta de cuja paralyasia correm as desordens da estatica e dinamica da clavicula, braço, espadua, etc. e do nucleo do vago-espinhal e, de cujo compromisso surge a hemiparesia vélo-palatina e laryngea.

Os disturbios notados na lingua correm por conta do ataque ao hypoglosso.

Constituiu-se no caso aludido *Syndrome completa de Jackson*. Nem sempre assim succede: sejam poupados os dous musculos referidos, tel-a-hemos incompleta.

Syndrome de Collet

Cabe aqui agora mencionar a chamada *Syndrome de Collet*, o qual verificou, num ferido da actual Guerra Européa, desordens gustativas por lesão do glosso-pharyngeo, do mesmo lado que os signaes expressivos de completa *Syndrome de Jackson*, donde se poderá dizer:

Syndrome de Collet = *Syndrome de Jackson* + *Paralyasia do glosso-pharyngeo*.

Syndrome de Tapia

Haja hemiparalyasia da corda vocal e da lingua, sem que nada se aprecie para o véo do paladar, tratar-se-ha da *Syndrome de Tapia*, cujos casos observados são quasi todos devidos a traumatismo por chifradas de touro.

A lesão aqui é antes peripherica do que bulbar: tem séde abaixo dos filetes pharyngeos que se originam do ganglio plexiforme do pneumogastrico.

Não é de mais repetir que taes syndromes se apresentam, muitas vezes, sem paralyasia dos membros. Esta, quando então se verifica, dá á syndrome o indispensavel epitheto de alterna.

Nessas diferentes syndromes bulbares, os musculos paralyzados são constantemente tocados de atrophia, assevéra DEJERINE.

A lesão se focaliza ou nos nucleos ou fibras radiculares ou nos troncos nervosos periphericos.

De todos esses typos o mais importante pela frequencia, e porque caracteriza as lesões retro-olivares, é o de AVELLIS. Os outros se observam mais em consequencia de lesões periphericas dos troncos nervosos.

Quasi sempre taes syndromes se fazem acompanhar de desordens da sensibilidade, do lado oposto ao em que se organizam, em todas as suas modalidades — ou seguindo o typo syringomyelico ou conforme o typo inverso.

BABINSKI e NAGEOTTE descreveram ainda outra syndrome, que comprehende hemiplegia e hemianesthesia com hemiasynergia e lateropulsão, certo gráo de myóse, nystagmo, enophthalmia e léve quéda da palpebra.

Syndrome de Babinski e Nageotte

De tres casos que observaram, em um puderam fazer autopsia, verificando então lesões multiplas. Assim: na metade esquerda do bulbo, havia quatro fócios primitivos, um dos quaes se estendia até a porção superior do órgão, apoiando-se por um dos lados na pia-mater e com o outro penetrava «na espessura da substancia reticulada, até proximo do assoalho ventricular, entre o feixe solitario e o feixe longitudinal superior» e comprometia a lamina posterior da oliva, a metade anterior da raiz do trigemeo, parte das raizes do espinhal e fibras do feixe de GOWERS.

O segundo foco ia da porção média á superior da oliva, comprometendo parte da fita de REIL, substancia reticulada, fasciculos do hypoglosso, o feixe longitudinal posterior, fibras olivares da esquerda e direita — aqueles antes e estas depois do entrecruzamento.

Os dois outros fócios foram encontrados na porção anterior da fita de REIL, o outro sobre o feixe pyramidal.

Para esses autores, a hemiasynergia, lateropulsão e nystagmo eram ligados a alterações das fibras cerebelaes contidas no bulbo.

BABINSKI e NAGEOTTE chegaram assim a estas conclusões:

Uma lesão unilateral do bulbo póde dar logar a : 1^o) hemianesthesia relativa á sensibilidade thermica e dolorosa; 2^o) perturbações oculo-pupilares, que consistem em estreitamento da pupila, retropulsão do globo ocular e que parecem semelhantes ás provenientes da secção dos dous primeiros pares dorsaes; 3^o) syndrome, ou melhor, associação de syndromes, cujos traços essenciaes são vertigens, hemiplegia e hemianesthesia do lado contrario

ao da lesão, hemiasynergia, lateropulsão e myóse do lado da mesma.

Syndrome de Cés-
tan-Chenais

Mencionemos, por ultimo, a variedade de CÉSTAN-CHENAIS em que existem perturbações cerebelares, hemiparalyasia vélo-palatina e hemiplegia — ou seja paralyasia do *typo Avellis* com a syndrome ocular symphathica (myóse, com integridade dos reflexos pupilares, enophthalmia, com estreitamento da fenda palpebral e leve ptose.)

Taes são os typos principaes das paralycias alternas encephalicas. Outras poderão surgir, dependendo sómente do numero de feixes e nucleos que no pedunculo, protuberancia e bulbo forem alcançadas por uma lesão qualquer.

Além do que vimos, pôdem se associar, por vezes ao mesmo tempo, duas paralycias alternas unilateraes.

SIEGERSON apresenta, por meio de letras uma mneumonica facil de retel-as e expressal-as. Assim:

Paralyasia em X, ou das duas metades da face e dos membros dos dois lados do corpo;

Paralyasia em Y — associação da paralyasia de duas metades da face com hemiplegia;

Em Λ — paralyasia da metade da face e dos membros dos dous lados;

Em V — quando só ha paralyasia da face, dos dous lados.

Tambem isso se applica ás *Syndromes de Benedikt*.

São, pois, multifarias as combinações susceptiveis de se fazer.

Poderíamos tambem, se quizessemos fugir da esphera encephalica, falar na chamada *Syndrome medular alterna de Brown-Séguar*. Seria exorbitar dos limites que nos traçamos. Por isso não o fazemos, embora seja practica dos autores enquadrar-as no termo final do Capitulo da Pathologia que aqui esboçamos.

Breves considerações

sobre etio-pathogenia, diagnostico,
anatomia-pathologica, prognostico,
therapeutica.

Todas as causas capazes de determinar paralytia encephalica comum pódem ser responsabilizadas pela feitura das hemiplegias alternas. No emtanto, nem todas ellas se têm assignalado como tal. Mas se comprehende facilmente a verdade da asserção, sabendo-se que se constituem as syndromes que estudamos quando o acometimento se dá nos territorios do encephalo, onde fibras do feixe pyramidal, ainda não cruzadas, estão em conexão intima com os nervos craneanos, que ahi tomam origem.

O facto é, pois, devido á localização do fóco que promoveu o mal. Esses factores etiologicos são multiplos, e raramente primitivos, quasi sempre aparecendo em seguimento a alterações dos vasos sanguineos.

Taes causas pódem ser *cirurgicas* ou *medicas*, divisão esta artificial, que traduz apenas o facto de pertencer ao dominio da cirurgia ou da medicina.

Entre as primeiras, citam-se as traumaticas, as conseqüentes á ligadura da carotida e as produzidas pela narcose chloroformica e de outros anesthesicos.

Com efeito, são frequentes as hemiplegias traumáticas, ora provenientes de contusões, ora da penetração de corpo estranho: haverá, então, si deu para tanto, lesão directa sobre a propria substancia encephalica, ou ferimento do vaso, produzindo consecutiva hemorragia.

Nem sempre a contusão determina taes desordens. É muito mais comum que tal não aconteça, graças á natural conformação da abobada craneana, ás propriedades elasticas de que gosa e á resistencia dos ossos protectores, disposição esta que mais se aprimóra na creança, onde são habituaes os traumatismos.

Para MARTIAL dá-se raramente a paralyasia, quando o ferimento atinge o frontal ou o occipital, dependendo, pois, do local do craneo que alcançar.

As paralyrias bulbares são, com muita frequencia, produzidas por traumatismos, e dellas a mais comum é a Syndrome de TAPIA, quasi especifica das cornadas de touro.

Nem sempre a paralyasia é immediata ao ferimento. póde ser tardia, havendo antes verdadeiro periodo latente; É o que se tem mais vezes observado é que essa causa actúa secundariamente.

Os corpos extranhos, principalmente si fôrem balas de revolver ou arma semenhante, penetram, muitas vezes, pelas cavidades da face e vão ter, seguindo mais ou menos o mesmo trajecto, ás regiões do pedunculo, bulbo e protuberancia. Verificar-se-ha, então uma das syndromes descriptas — motora, sensitiva ou mixta.

Na observação de COLLET, referida no antecedente capitulo, a assim se organizou a syndrome bulbar:

O ferimento por fragmento de obuz alojou-se na base do craneo.

A lesão, cujas dimensões eram diminutas, localizou-se á direita do condylo occipital, de modo a interessar fibras do glosso-pharyngeo, pneumogastrico e espinhal.

Digno de menção foi o caso de PECHIN e DESCAMPS, publicado na *Revue Neurologique*, 1908, pag. 287, em que se constituiu uma Syndrome de WEBER por traumatismo sobre o olho esquerdo, produzido por vareta de guarda-chuva, que se introduziu pela orbita, determinando ptose completa da palpebra esquerda, com leve desigualdade

pupilar e diminuição das reações luminosas, da acomodação e consensual, e lesão da choroide, embaixo da pupila. Sobreveiu logo depois hemiplegia direita.

A mydriase pupilar ahi, segundo esses autores, corria antes por conta dos efeitos immediatos ao traumatismo do que, propriamente, de uma paralyisia.

Puderam elles excluir todas as outras causas, que ahi, talvez, explicassem esses disturbios. O exame do liquido cephalo-racheano foi negativo e tudo o mais eximia taes hypotheses.

Em consequencia á *ligadura da carotida* se tem observado hemiplegia, que comparece subitamente ou após alguns prodromos. Já se assignalou sob a fórma de paralyisia alterna.

Opinam quasi todos os autores que é o phenomeno devido a fóco de amolecimento, derivante de embolia ou thrombose do vaso ligado, parecendo-lhes que tambem por isso é responsavel o calibre estreito do vaso homonymo e o das arterias vertebraes.

Tanto assim que QUÉNY chamou a atenção para a raridade desse accidente nas ligaduras por aneurysmas carotidianos, por longamente se prepararem, para a suplementar circulação, as colateraes respectivas. Tambem se admite que a falta de cuidados asepticos coopere para a embolia referida.

VON-BARACZ verificou esses phenomenos consecutivos a accidentes das arterias vertebraes.

A narcose cirurgica pelo chloroformio ou ether, parecendo independer da natureza do anesthesico, tem dado logar a paralyisias. INGELRANS citou quatorze casos. Não encontrámos, porém, nenhuma referencia ás paralyisias alternas.

Entre as chamadas *hemiplegias medicas*, vamos encontrar, com bastante assiduidade, as *infeções* increpadas como causa.

Assim, o *sarampão*, a *escarlatina*, a *variola*, sobretudo nas creanças, varias vezes têm sido, como tal, objecto de observação.

Maior frequencia parece caber á *toxina diphtherica*, como factor importante desses disturbios, ou transitoria ou permanentemente. Neste ultimo caso, por uma embolia ou hemorragia cerebral.

Talvez que á electividade especial da toxina do bacilo de LÖFFLER para os centros nervosos, é que se deva a razão do phenomeno.

A *grippe*, o *impaludismo*, a *febre typhoide*, a *coqueluche*, etc., acentuam os autores, têm sido acoidadas de produzir hemiplegias.

Bem assim a *cachumba*. CHAVIGNY e SCHNEIDER apresentaram observação de syndrome alterna pedunculo-protuberancial, que terminou pela morte. O paciente, após uma parotidite infecciosa epidemica, teve icto com hemiplegia do lado direito, leve paresia da lingua e labios, mydriase do olho esquerdo e paralyasia do motor-ocular externo. Mais tarde, houve ophthalmoplegia total esquerda, com paralyasia do recto externo direito, e franca dysarthria. O liquido cephalo-racheano revelou, a principio, mononucleose, para depois se tornar sanguinolento.

Na autopsia se achou fóco hemorragico muito estenso em altura e largura.

Excluem os autores qualquer outra causa ahi, menos a cachumba. (*Revue Neurologique*, 1910, analise pagina 744).

Na *grippe*, ha a referir interessante caso do Professor MIGUEL COUTO, que constituiu objecto de observação por elle comentada e publicada no *Neurologisches Centralblatt*, 1914.

Tratava-se de individuo ainda moço que, após um periodo de mal-estar, abatimento, cephaléa, febre, coryza, tosse, etc., viu-lhe aparecer, aos poucos, hemiplegia esquerda com paralyasia do motor-ocular comum direito. Outros phenomenos clinicos depois tambem compareceram. Assim entrou para o Serviço de Clinica Medica do eminente Professor.

Feitas as necessarias pesquisas e exames, praticou-se a punção lombar, retirando-se 35 cm³ do liquido, cujas reacções de laboratorio foram todas negativas. Deram-se, então, melhoras subitas no paciente, que se viu rapida-

mente curado de seu mal, depois de ter extraído ainda mais 20 cm³ do liquido.

O Professor MIGUEL COUTO, após precisas considerações, conclue que se firmava no caso uma «hydrocephalia idiopathica», consecutiva provavelmente á *grippe*, promovendo falsamente, talvez por maior producção de liquido de um lado que do outro, a *Syndrome de Weber*.

Das doenças venereas ha a assignalar a *blenorragia*. Mas onde impórta maior relevancia é na *syphilis*. De facto, as estatisticas nos autorizam a afirmar que, grande numero de vezes, sinão a maior parte, a causa das hemiplegias é a *lues*.

PIERRE MARIE adoptou a sua tão conhecida formula, evidenciando a frequencia do mal galico na constituição das paralyrias encephalicas:

«Todo o individuo com hemiplegia organica em fóco, antes dos 50 annos, si não é cardiaco, é syphilitico».

É pelo facto de ser cardiaco excluir-se-ha o elemento syphilitico? Não será a *lues* o factor da lesão do orgão central? E as alterações especificas dos vasos cerebraes não entrarão em concorrência para os acidentes em fóco, provindos de causas directamente emanadas do mesmo orgão?

Nas observações que apresentámos, collidas no Serviço do Professor AUSTREGESILLO, ficou patentemente demonstrada a presença da *syphilis*. Ainda nos casos do Professor JULIANO MOREIRA, foi esse o elemento responsavel pelos disturbios apontados; bem assim o que colhe-mos na Enfermaria do Professor OCTAVIO DE SOUZA.

A hemiplegia syphilitica, em regra, aparece alguns annos após a infecção. Ha, porém, casos registados em que ella se tem manifestado precocemente, maxime quando outros factores entram no preparo do terreno.

Taes paralyrias se apresentam com caracteres clinicos particulares:

Quasi sempre em individuos que ainda não alcançaram 50 annos de idade;

Fazem-se acompanhar de prodromos;

A's vezes, convulsões epileptiformes abrem a scena, e é comum se anunciar por paralyrias oculares, em primei-

ra linha a do oculo-motor. Raramente se iniciam por um icto.

Na doente de nossa primeira observação, pelas desordens motoras do terceiro par, foi que se manifestou o mal. Como vimos, começou ella a sentir a palpebra esquerda caindo sobre o globo ocular, com dificuldade de movimentos deste, perturbando-lhe assim a visão, até que de todo não poude mais eleva-la, nem quasi movel-a, o que durou alguns dias, amanhecendo então com os outros phenomenos descriptos.

Igualmente notámos esse facto no paciente da segunda observação, no qual a hemiplegia se promoveu algum tempo depois do phenomeno ocular.

As desordens motoras ligadas á syphilis se processam, por localizações varias do mal, nos centros nervosos: ou osteite especifica com hyperostose dos ossos do craneo, meningite gomosa ou esclerosa, ou encephalite hyperplastica esclerosa, encephalite gomosa ou a verdadeira goma, actuando como tumor cerebral (MARIE E LEVI); ainda lesões dos vasos cerebraes, dando consecutiva hemorragia ou amolecimento.

Nas *pneumonias* dos adultos, velhos, ou creanças, se têm registado hemiplegias.

Por mecanismos diversos se procura explicar a sua pathogenia.

Trabalhos de NETTER, VOISIN e outros provam haver encontrado o pneumococo na meninge hyperemiada e no cerebro edemaciado.

No decurso da *pleurisia purulenta* ou não *purulenta*, surgem ás vezes hemiplegias, principalmente por ocasião das intervenções sobre a pleura.

Autores ha (TALAMON, JEANSELME) que incriminam uma toxi-infecção pleural; outros têm anotado casos em que se verificou thrombose ou embolia dos centros nervosos. Para alguns trata-se ahi de uma acção reflexa, repercutindo sobre taes centros.

TOURNAIL e LEREBoulLET apreciaram uma paralyasia que se manifestou após thoracentese, feita em doente de lesão organica e de signaes de comprometimento do feixe pyramidal.

A *puerperalidade* é um elemento, não raro, de hemiplegia, que comparece ou durante o periodo de gestação ou por ocasião do acto do parto. Neste caso, quasi sempre ha concomitancia de ataques de esclampsia. Mais frequentemente, porém, ella se nos apresenta nos dias que se seguem á parturição, iniciando-se lentamente, de modo progressivo, ou subitamente, acompanhando-se, por vezes, de acessos epileptiformes.

Na doente do Professor ALOYSIO DE CASTRO, parece ter sido esse o factor etiologico apurado. Poder-se-hia pensar antes em infecção ligada á puerperalidade, pois a paciente se achava em estado febril. Não ficou isso bem esclarecido em sua historia. Mas, argumento maior em favor da puerperalidade, é o facto della, após segundo filho, ver-se peor da hemiplegia, sem que ahi estivesse sob infecção. Outra cousa a assignalar é que nessa paciente o mal compareceu de modo lento e insidioso.

A thrombose ou embolia, tão frequentes no periodo puerperal, se deve o mecanismo de taes paralytias. Em autopsias, têm-se encontrado focos hemorrhagicos, amolecimentos, abcesso intro-craneano, congestão ou simplesmente edema.

São muitas vezes curaveis; mas nem sempre ha restituição completa dos movimentos tolhidos.

As *intoxicações* têm alguma interferencia na produção de hemiplegias, podendo actuar primitivamente sobre os vasos, como o alcool ou saes de chumbo. Haverá então alteração vascular, dando como consequencia amolecimento e hemorrhagia.

A intoxicação pelo *oxydo de carbono* tambem determina disturbios circulatorios. Identica explicação parece ter a hemiplegia de causa *diabetica*.

A *cachexia cancerosa* tem-se igualmente incriminado, actuando ou por metastase ou por thrombose, embolia ou hemorrhagia.

Porém, a mais frequente das intoxicações, que produzem paralytias, é a *uremia*.

Qualquer que seja a lesão renal, póde a hemiplegia uremica processar-se em seu decurso, maxime na chama-

da nephrite de pequeno rim vermelho (intersticial ou, melhor, uremigenica). Inicia-se, algumas vezes, por um icto atingindo ao mesmo tempo face e membros. Não raro, se apresenta sob a fórma de monoplegia brachial e, sobretudo, caracteriza-se pela instabilidade, podendo aumentar e diminuir, permanecendo muitas vezes flacida.

Na autopsia dos hemiplegicos uremicos, quasi se não verificam lesões em fóco, motivo por que alguns autores admitem perturbações circulatorias locais para explicar o seu mecanismo.

Outros querem ver, na causa desses disturbios, edema cerebral, mais ou menos localizado nas regiões motoras. Para CHAUFFARD, BOUCHARD, ZIEHEN, trata-se de intoxicação dos elementos anatomicos, o que parece ser confirmado por pesquisas com reactivos corantes especiaes.

Observaram tambem zonas do cerebro de menor resistencia aos toxicos, por alterações anteriores. RHEIN acredita que algumas paralyisias de origem uremica possam ser produzidas, directamente, por focos de amolecimento, devidos a alterações especificas dos vasos da corteça cerebral.

No decurso de certas doenças do systema nervoso, têm-se verificado hemiplegias, como epiphenomeno. Aqui, os verdadeiros factores causaes são antes os que por si determinam taes doenças — intoxicações, infecções (sobretudo a syphilis), embora com o auxilio de outras.

Assim, na *tabes* se contam com regular assiduidade os casos de hemiplegia (*Mlle.* EDWARDS, JULIO LOPES, CAYLA) onde não se póde, talvez, apelar só para a syphilis. Quanta vez é o tabido possuidor de alterações esclerosas e de atheromas de seus vasos cerebraes, cuja feitura o contingente luesico vem ainda mais agravar!

A Syndrome alterna de AVELLIS, com hemianesthesia do typo syringomyelico, modalidade descripta por DEJERINE, tem sido observada, mais de uma vez, na *tabes*, segundo GUILLAIN e LAROCHE.

Por LEVI e BOUDET foi encontrada, em um caso de ataxia locomotora, hemiplegia de origem bulbo-espinhal, havendo paralyisia do musculo trapezio, da larynge com

hemiatrophia lingual e desordens do pneumogastrico e nervos cervicaes.

Na *syringomyelia*, RAYMOND tambem verificou hemiplegia do typo ha pouco citado de AVELLIS-DEJERINE.

Igualmente, na *paralysia geral* é dado se observarem taes desordens da motilidade, que se caracterizam, principalmente, pela sua variabilidade, facil regressão, sem deixar vestigios. Muitas vezes até se inicia a meningo-encephalite difusa por paralysias transitorias, comumente parciaes e incompletas (JOFFROY). Não vimos, porém, nenhuma referencia ás syndromes de que nos ocupamos, no decurso deste mal.

Como assim, na *choréa de SYDENHAM*, onde a cura é a regra. Aqui as hemiplegias se têm attribuido á «modificação dinamica das grandes celulas radiculares (RAYMOND) ou á perturbação cerebelar (LANDE)».

E' de supor que alterações organicas do encephalo, embora leves, ou embolias provenientes de endocardites, tão vezeiras na choréa, sejam directamente responsaveis por tal. Está hoje provado ser a choréa uma encephalite leve e curavel.

A *doença de PARKINSON* tambem é capaz de as produzir — raramente, asseveram os autores. Nella ha a assinalar a tendencia que tem o mal de *simular hemiplegias*, quando de facto não o é. Ha, sim, rigidez, diminuição da capacidade funcional dos membros, inhabilidade destes, como dizem MARIE e LEVI, fazendo crêr, á primeira vista, numa paralysia. Esteja-se, porém, de sobreaviso, porque ha *paralysia agitante* de fórma hemiplegica, que pode até se manifestar por um icto.

Na *zona ophthalmica*, BRISSAUD observou tres casos de hemiplegia cruzada por lesão, talvez, do pedunculo cerebral e de sua vizinhança.

Mas aqui não foi certamente esse o mal que produziu a desordem motora e, sim, o agente que tambem determinou tal ophthalmopathia.

A *meningite tuberculosa*, quando afecta a base do cerebro, lesando as regiões do pedunculo e protuberancia, estendendo-se até o bulbo, dá logar, como se tem já averiguado, ao aparecimento de nossas syndromes.

Onde, porém, ellas tomam o ensejo de apparecer com maior assiduidade, é nos *tumores tuberculosos*, que se collocam naquelas regiões.

No pedunculo é onde mais vezes elles se encontram. O numero desses tumores é variavel: ora é unico, ora multiplos, apresentando-se de diversas dimensões, occupando estensões diferentes, ou no pè, ou na calote, ou na substancia negra de SCHEMMERING, por vezes se complicando de hydrocephalia ou de meningite.

Tambem na protuberancia se pòdem observar, frequentemente na calote, encontrando-se, não excepcionalmente, entre os pedunculos cerebelares e superiores, como tudo foi notado em casos de RAYMOND e CESTAN.

No bulbo taes tumores são, muitas vezes, o prolongamento dos da protuberancia.

E não são só os tumores tuberculosos que pòdem ter localizaçào bulbo-ponto-peduncular: os gliomas, gliosarcomas, angiomas, cysticercomas, sarcomas, angiosarcomas, myxosarcomas, etc., etc., e ainda as gomas syphiliticas, comparecem tambem nessas regiões, particularmente na protuberancia e explicam as desordens alternas que se constituem. A literatura medica regista não pequeno numero de casos.

Deixemos para mencionar por ultimo, como elementos etiologicos de relevancia, as lesões do coração e dos vasos que, ou por syphilis, arterio-esclerose ou outra de tantas causas, promovem embolia, thrombose ou hemorragia cerebral, cuja constituição diverge em suas expressões clinicas.

Não é nosso proposito esmiuçar os caracteres distinctivos de taes processos morbidos. Basta-nos saber que elles se efectuam nas regiões encephalicas, que estudamos, para explicar as syndromes alternas. Comtudo, na organizaçào do *amolecimento*, *thrombose* ou *hemorrhagia cerebral* importa assignalar o preparo anterior do terreno pelas causas diversas, até aqui enumeradas, as quaes, em geral, não actuan primitivamente sobre taes centros nervosos. Amolecimento, thrombose ou hemorrhagia são processos morbidos secundarios a alterações vasculares e se organizam, muitas vezes, um em seguimento ao outro.

O *amolecimento* nem sempre se dá em grandes esten-

sões. É comum notarem-se pequenos focos d'elle, isolados uns dos outros por substancias ainda intacta. É o que PIERRE MARIE denominou *focos de desintegração lacunar*.

Taes alterações importam, por vezes, nas hemorragias dos vasos respectivos, pelas rupturas frequentes a que os predispõem as arterites agudas, sub-agudas e chronicas.

Destaque-se um embolo do orgão propulsor do sangue, ferido pelas diferentes aggressões de que póde ser victima, ou de qualquer outro ponto, e vá interceptar a circulação dos territorios responsaveis pelas syndromes alternantes — teremos oportunidade, ou pela eschemia consecutiva ou alterações *a posteriori* (amolecimento), de observar os typos clinicos que descrevemos, e ficam á mercê dos estragos dos mesmos territorios. Tudo isso vale dizer que os factores etiologicos determinantes dessas paralisias são aqueles que preparam as alterações e phenomenos morbidos agora aludidos.

Além das causas apontadas, que são as efficientes, ha a considerar as ocasionaes que favorecerão, por certo, o aparecimento das hemiplegias, sem comtudo por si as determinar, taes a idade, sexo, profissão, raça, etc. São, porém, de menor importancia, e nada ha de particular no que diz respeito ás modalidades de que tratamos.

* * *

A *anatomia pathologica* é a mesma das hemiplegias em geral, variavel conforme o processo morbido que determinou a lesão.

Dos casos, cujas observações apresentámos, só em dous houve ensejo de se proceder a autopsia (doentes do DR. J. M. DA FONSECA e do Prof. J. MOREIRA). O resultado dellas já deixámos resumido paginas atraz.

Nos outros, não se deu tal oportunidade, porque não tiveram terminação lethal. Não nos deteremos, portanto, aqui, uma vez que nos falta a verificação pessoal.

* * *

Quanto ao *diagnostico*, este se deve fazer em relação

ao ponto em que se focalizou a lesão e isso se deprehen-
de do que está esplanado no anterior capitulo.

No emtanto, tal a complexidade do quadro clinico
que se póde apresentar, que nem sempre nos é permitido
afirmar, com precisão, qual a verdadeira séde do acometi-
mento. Muita vez só a necropsia, quando é dado prati-
cal-a, póde garantilo.

Se bem que organicas, via de regra, as hemiple-
gias alternas, não podemos desprezar a hypothese de se-
rem ellas puramente funcionaes. E neste caso a *hysteria*,
é que está em scena.

Ha, porém, conjunto de signaes que de tal modo elu-
cidam a questão, que podemos afirmar com segureza de
qual dellas se trata no momento.

Assim, na *hysteria* (*pithiatismo* de BABINSKI) nem
sempre é a paralyssia limitada a um só lado do corpo,
principalmente quando atinge a face, que geralmente apre-
senta desordens bi-lateraes;

E, por vezes, *systematica* — os movimentos da face
pódem ser muito diminuidos, até abolidos, emquanto os
musculos do lado da hemiplegia funcionam normalmente
por ocasião dos movimentos *synergicos*;

Não ha disturbios dos movimentos inconscientes e
sub-conscientes — donde resulta a falta do signal do cu-
ticular e o da flexão combinada do tronco e coxa (signal
de BABINSKI);

Ausencia de hypotonia muscular e, quando existe
asymetria facial, é antes devida a espasmo;

Não ha o exagero de flexão do ante-braço sobre o
braço ;

Reflexos tendineos e osseos comparecem normal-
mente, os superficiaes quasi sempre ;

São ausentes os phenomenos dos pedarticulos (phe-
nomeno de BABINSKI) e variantes ;

A contractura póde ser produzida, em sua fórmula, por
contractão voluntaria dos musculos ;

O evolver é caprichoso — flacida permanentemente,
ou espasmodica desde que aparece.

Taes desordens são susceptiveis de rapidas alternati-
vas de melhoras e peioras. Os phenomenos paralyticos
frequentemente se associam aos espasmodicos.

Não é isso o que succede nas que se dizem organicas; ao contrario, a paralyasia é de um só lado, ou obedece ás razões anatomicas da alternancia;

Não é systematica;

Quer os movimentos voluntarios conscientes, quer os inconscientes ou sub-conscientes são atingidos — donde a presença dos signaes referidos;

Existe hypotonia muscular — dahi abaixamento da commissura labial etc., e flexão exagerada do antebraço sobre o braço;

Ha disturbios da reflectividade — os reflexos superficiaes e profundos se apresentam quasi sempre exaggerados, sobretudo nas hemiplegias antigas (ás vezes os superficiaes abolidos), podendo haver trepidação epileptoide do pé;

Comparecem o phenomeno dos pedarticulos de BABINSKI e variantes;

Ha contracturas com particular aspecto;

A evolução é regular, obedecendo á certa norma.

São esses os chamados signaes diferenciaes intrinsicos de BABINSKI.

Outros ha ainda, e abundantes, em favor das hemiplegias organicas. São por demais conhecidos para que valha a pena descrevel-os. Contudo enumeremol-os: os signaes de REVILLIOD, de LEGENDRE, de MAC-CARTHY, de OVEREND, de NEGRO, de BELL, de MINGAZZINI, de OBREGIA, o de PIERRE MARIE e FOIX — todos referentes á paralyasia da face; as syncinesias de RAIMISTE, HOOVER, STRÜMPPELL, GRASSET e GAUSSEL, NERI, SOUQUES, KLIPPEL e WEIL, CACCIAPUOTI, STÉRLING, BECHTEREW, etc., outros descriptos por BABINSKI, que dizem respeito ás desordens motoras dos membros.

Ainda o modo de andar o hemiplegico, que move a perna descrevendo uma curva (marcha helicopode ou de segador), enquanto o pithiatico, levando o pé para a frente, arrasta-o (marcha helcopode); ao voltar-se aquele, o faz sobre o membro doente; este, ao contrario, é sempre sobre o são. E assim outros muitos elementos de diagnostico diferencial poderiamos trazer para aqui.

Compareçam taes phenomenos, alguns siquer, teremos valiosos atestados da existencia de disturbios organicos.

De outro modo, ausentem-se — é que estão em campo desordens funcionaes.

Poderiamos ainda falar do diagnostico etiologico, mas este importa no das hemiplegias comuns. A alternancia implica, conforme ficou dito, na séde da lesão. Seria, pois, sairmos dos limites do assumpto que escolhemos para dissertação.

* * *

Quanto ao aparecimento e evolução das paralyrias alternas, podem ellas vir de subito, com violencia, após ictu apopletiforme, ou então surgir aos poucos, com demora, até que se estabeleçam definitivamente. Entre esses dous modos — considerem-se gradações.

Em muitos de nossos casos, vieram em silencio, vagarosamente.

Sujeitas ás causas que as motivaram, são as hemiplegias transitorias ou permanentes, podendo as primeiras desaparecer sem deixar vestigios, as outras se estereotypando com maior ou menor intensidade.

Assim, nas infecções, nas intoxicações, em regra, desde que desapareçam os agentes comprometedores, não deixando alterações organicas, verifica-se a cura, de modo mais ou menos completo.

Num dos casos que citámos ella foi radical.

O mesmo se não póde dizer quando ha alterações mais graves para os centros respectivos. No amolecimento cerebral, na esclerose, nas doenças nervosas organicas, nos tumores, etc., o prognostico é sempre severo: ou a morte, mais ou menos proxima, é o termo final ou é impossivel a *restitutio ad integrum*, embora permitida a vida do paciente. Salvam-se aqui os casos em que taes hemiplegias se caracterizam pela transitoriedade: o máo prognostico decorrerá antes da afecção nervosa em causa, tal a paralyria geral.

Particularmente graves são os casos de manifestações tuberculosas do encephalo, maxime nos tumores dessa

natureza em que se aprecia quasi sempre evolução muito rapida, com mais ou menos breve terminação lethal.

* * *

Quanto ao tratamento das syndromes alternas, tambem se relaciona ao das fórmias comuns da hemiplegia.

Recomendar cuidados preventivos aos individuos conductores de causas capazes de determinar as manifestações que estudamos — são no caso as primeiras noções therapeuticas.

Uma vez constituída a paralysis, deve estar logo em vista o preceito de «não haver receio de se tocar nos hemiplegicos.»

Tal seja a causa a remover, taes os meios therapeuticos a empregar, si de tanto forem capazes.

Desintoxicar os doentes por apropriado regime; medicação especifica, quando houver syphilis; hypotensores, se as manifestações circulatorias se traduzirem por hypertension e assim por deante.

Ao lado disso impõe-se não entregar o paciente ao leito. E' absolutamente preciso reeducar-lhe os movimentos tolhidos e, para tanto, empregaremos as maçagens methodicas, movimentos passivos, fazendo o individuo andar e exercitar os membros, etc.

A hydrotherapia, a electrotherapia, convenientemente dosada e aplicada sob a fórmula de correntes faradicas e galvanicas, têm excelentes indicações.

Tudo isso cooperará, sinão para a cura, ao menos para libertar os movimentos do hemiplegico de maiores embarços, como contracturas etc.

Além de tudo, não se devem desprezar as complicações várias que nelles pódem surgir, nem desatender ao seu estado geral.

* * *

Antes de deitarmos o ponto final neste capitulo, seja-nos permitido dizer, após rapida analise das observações que apresentámos, á guiza de resumo:

— Em tres dellas se trata de doentes que manifestaram a *Syndrome de Millard-Gubler*, em dous a *Syndrome de Weber*, em um — variante desta, em um — a de *Benedikt superior*, em outro — a de *Benedikt médio* e noutro — a de *Jackson*.

Seis destes casos foram em mulheres e tres em homens.

Quanto á *idade* — tres eram de menos de 30 annos, cinco entre 30 a 40 annos e um — além desta idade.

Relativamente á *raça* — seis brancos e tres mestiços (mulatos).

Nacionalidade — cinco brazileiros, um portuguez, um italiano, um hespanhol e um syrio.

Estado civil — cinco solteiros, tres casados e um viuvo.

Profissão — quatro de serviços domesticos, tres do commercio, dous jornalheiros.

Quanto ao *factor etiologico* — em sete casos ficou apurado que foi a syphilis, em um — arterio-esclerose cerebral e noutro a puerperalidade.

Em cinco delles o mal se iniciou aos poucos, embora não se possa dizer vagarosamente, a menos que os prodromos não fossem acusados com verdade pelos pacientes. Em quatro houve o icto a abrir a scena.

Em nenhum delles houve aphasía a se assignalar, em dous se fez notar anarthria que durou pouco, para, logo após, passar á dysarthria.

Desses casos, dous terminaram pela morte, quatro ficaram bastante melhorados; um, melhorado tambem, faleceu logo após de molestia intercorrente; outro saiu do Hospital radicalmente curado; um, em tratamento, apurase que seu estado actualmente è melhor do que o foi.

Poderemos agora algo concluir do estudo dos nossos casos?

Faltam-nos para isso elementos de referencia. Entretanto, é nossa convicção que o que nelles se aprecia vem em abono da asserção dos autores, cujas idéas ficaram esplanadas neste desvalioso trabalho.



NOTA

Por lamentavel descuido de revisão, que só percebemos depois de impressa a primeira fôrma do 1º Capitulo, á pagina 7, linha 14 do texto, não saiu o que escrevemos. Em tempo sanamos a omissão. Assim, onde se lê: As primeiras fundamentam-se..., *leia-se*: As primeiras, quando de origem central, fundamentam-se...

BIBLIOGRAPHIA

- Neurologisches Centralblatt.*
Revue Neurologique.
Revue de Psychiatrie.
Annaes da Polyclinica do Rio de Janeiro.
Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.
P. POIRIER ET A. CHARPY — Traité d'Anatomie Humaine.
L. TESTUT — Anatomie Humaine.
VAN GEHUCHTEN — Anatomie du système nerveux de l'homme.
BERTELLI E FUSARI — Trattato di anatomia umana.
MORAT & DOYON — Physiologie.
E. GLEY — Physiologie.
ALOYSIO DE CASTRO — Tractado de Semiotica nervosa.
MOREIRA DA FONSECA — Um caso de paralyasia alterna.
BROUARDEL, GILBERT, THOLNOT — Sémiologie nerveuse.
J. DEJERINE — Sémiologie des Affections du Système nerveux.
EICHORST — Traité du diagnostic medicale.
PURVES STEWART — The diagnosis of nervous diseases.
DUFOUR — Semiologie nerveuse.
BALTHAZARD ET CESTAN — Pathologie interne.
BOUCHARD ET BRISAUD — Traité de médecine.
LEWANDOWSKI — Neurologie.
CHARCOT — Maladies nerveuses.
STRÜMPPELL — Pathologie Spéciale.
P. MARIE — Pratique Neurologique.
RAYMOND — Clinique des maladies du système nerveuse
MAURICE DE FLEURY — Maladies du système nerveux.
MARCHAND — Manuel de Neurologie.
BABINSKI — Exposé des travaux scientifiques.
SICARD — Maladies des l'encephale e du cervelet.
GRASSET — Physiopathologie clinique.
BING — Gehirn und Rückenmark topisches Diagnostic, etc., etc.
-