

Um caso de syndromo
Gübler-Foville — Estudo
do syndromo hemiplegico

198/1 FMP

I

Augusto Cesar Cerqueira Gomes

Um caso de syndromo
Gübler - Foville — Estudo
do syndromo hemiplegico

Trabalho da 2.^a Clinica Medica

THESE DE DOUTORAMENTO

_____ apresentada á

Faculdade de Medicina do Porto

Dezembro de 1920

198/1 FHP

TYPOGRAPHIA MARQUES

R. Gonçalo Christovão, 191

PORTO _____

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia geral e especial	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.
Farmacologia	Prof. Dr. José de Oliveira Lima.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patologica	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Medicina operatoria e peque- na cirurgia	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica.	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral.	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga (1)
Historia da Medicina e Deon- tologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria.	Vaga (2)

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo }
Pedro Augusto Dias } lentes catedraticos.

(1) Cadeira regida pelo Prof. livre Manuel Antonio de Moraes Frias.

(2) Cadeira regida pelo Prof. ordinario Antonio de Almeida Garrett'

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.
(Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto*, de 3 de Janeiro de 1920).

A meus Paes

A meu irmão

Dr. Manuel Cerqueira Gomes



A meus irmãos

Aos meus amigos

Em especial a

P.^e Antonio Castello Branco

Dr. Joaquim da Rocha Reis

Dr. Venancio Ribeiro d'Araujo

**Aos meus condiscipulos
e contemporaneos**

Em especial aos

**Dr. Narcizo Rebello da Silva
Dr. José Maria Saraiva de Aguiar
Dr. Adalberto de Souza Dias
Dr. Fernando Carlos
Dr. Campos Monteiro
Dr. Alfredo Rezende
Dr. Joaquim Guedes Caldeira**

Ao illustrissimo Corpo Docente
da
Faculdade de Medicina do Porto

Ao meu excellentissimo presidente
de these e illustre Professor

Dr. Thiago d'Almeida

Duas palavras

O assumpto que hoje me serve de dissertação inaugural tem um valôr apenas,—a sua pequena frequencia. Na verdade, se o syndromo hemiple-gico apparece ameûde, multiplicando-se até de dia para dia, mercê da extensão que progres-sivamente assumem os seus capitaes factores etiologicos, a variedade Gûbler-Foville é pouco abundante, marca uma localisação que não tem nada de vulgar.

Foi a razão porque o escolhi. Desenvol-vêl-o-hei cuidando especialmente da observação pessoal, e, aproveitando o ensejo que elle me offerece, estudarei o syndromo hemiple-gico nos seus elementos fundamentaes e nas suas variedades regionaes.

*Ninguém como eu reconhece a pobreza da
tarefa, mas pouco mais além podia aspirar quem
ainda hontem deixou os bancos de estudante e
não tem forças nem tempo para obra de muito
folego.*

*

* *

*Ao Ill.^{mo} Senhor Prof. Dr. Thiago d'Almeida
agradeço do coração a honra que me deu de
presidir ao meu doutoramento.*

Dezembro de 1920.

OBSERVAÇÃO DA DOENTE

A. M. F., de 43 annos, casada, domestica, natural de Santa Marinha, concelho de Gaya, entrou para a 2.^a Clinica Medica, Sala do Espirito Santo, em 21 de março de 1920.

Ao primeiro interrogatorio fixou a minha attenção no seu systema nervoso queixando-se, um tanto perturbada da palavra, de paralytia dos membros do lado direito com sensação de frio ao longo d'elles, — e para este departamento organico dirigi, de entrada, a minha observação.

Systema nervoso

Motilidade — Ao olhar a doente dois factos me impressionaram acto continuo; o desvio con-

jugado do olhar e a asymetria da face. O desvio conjugado do olhar era motivado pela rotação interna do globo ocular esquerdo e pela rotação externa do globo ocular direito, e a asymetria da face pelo apagamento dos traços á esquerda, mormente do sulco naso-geneo, pelo abaixamento da aza esquerda do nariz e pela bocca ligeiramente desviada para a direita e ligeiramente entreaberta á esquerda, figurando no seu conjuncto o ponto de interrogação descripto por Charcot.

A inspecção levada ao resto do corpo mostrava o membro superior direito com todos os seus segmentos em flexão, braço sobre o peito, antebraço sobre o braço, mão sobre o punho e phalanges umas sobre as outras, estando alem d'isso, o antebraço em leve pronação.

O membro inferior do mesmo lado apresentava os seus segmentos n'uma attitude oposta aos do membro superior, mantinham-se todos em extensão, e o pé offerecia alem da extensão uma ligeira adducção, lembrando o pé varo equino.

Palpando as massas musculares encontrei-as um tanto flaccidas as da metade esquerda da face e rigidas as dos membros direitos, o que

me revelou perturbações da actividade continua nos grupos motores respectivos.

A actividade voluntaria da face estava compromettida no dominio do facial inferior esquerdo. Quando a bocca se enchia de ar a parede esquerda opilava-se, não offerecia contensão, quando a doente procurava assobiar quasi o não conseguia porque o ar fugia pela commissúra esquerda entreaberta, e quando cerrava os labios era mais facil descolá-los na metade esquerda que na direita. O facial superior do mesmo lado estava integro : erguia as sobran-celhas e as rugas frontaes ficavam symetricas na metade direita e na metade esquerda, realisava uma perfeita oclusão das palpebras, quer conjunctamente quer isoladamente e a resistencia á abertura era egual dos dois lados.

O globo ocular esquerdo tinha perdido a rotação externa, mantendo todos os outros movimentos, e esta paralyisia do recto externo era acompanhada de paralyisia conjugada no globo ocular opposto, o qual se não desviava para dentro. A lingua estava ligeiramente repuxada para a esquerda e os seus movimentos um pouco tolhidos, o que embaraçava a deglutição como a palavra e denunciava uma paresia do

hypoglosso. Nos membros direitos a impotencia era quasi completa; deslocava em massa o membro superior como o inferior mas n'uma amplitude pequenissima e não decompunha e movimento pelos varios segmentos. Quando procurei os movimentos passivos encontrei resistencia principalmente no membro superior.

Do lado paralyzado notei alguns movimentos involuntarios na occasião em que tinham lugar movimentos voluntarios ou reflexos no mesmo lado ou no lado opposto. Entre as syncinesias homolateraes registei a flexão do dedo polegar sempre que tentava estender os outros dedos da mão (*phenomeno de Klippel e Woil*), e a elevação do bordo interno do pé com rotação para dentro da planta do pé quando, no decubito dorsal, mandava flectir o pé sobre a coxa e me oppunha ao movimento apoiando-me sobre este ultimo segmento (*phenomeno de Strumpell*). Como syncinesias contralateraes observei que collocando a doente em decubito dorsal, os braços cruzados sobre o peito e as pernas afastadas, ordenando que approximasse o membro inferior são do membro paralyzado e oppondo-me a este movimento, era o membro paralyzado que se deslocava para junto do membro são por mim retido, e

juntando depois as duas pernas, ordenando que afastasse o membro sã do membro paralyzado e oppondo-me a este movimento, o membro paralyzado desviava-se para fóra (*adducção e abducção de Raimiste*).

Além d'estes movimentos pathologicamente associados encontrei no lado paralytico outros pathologicamente dissociados. Estendendo a doente na cama, em decubito dorsal, cruzando-lhe os braços sobre o peito e mandando assentá-la, enquanto o membro inferior do lado sã ficava immobil, realisando a acção estabilisadôra e fixadôra necessaria á flexão do tronco, a coxa paralyzada flectia-se sobre a bacia, o calcanhar deslocava-se do plano do leito e a espadua ficava um pouco recuada (*flexão combinada da coxa e do tronco de Babinski*).

A marcha era impossivel sem amparo. Durante ella o membro inferior direito deslocava-se em massa e descrevia um semi-circulo, e o membro superior direito permanecia em flexão e immobil, collado ao tronco, sem nenhuma oscillação synchrona com o membro inferior.

Reflectividade — Os reflexos podiam dizer-se exaggerados os tendinosos e abolidos ou diminui-

dos os cutaneos, accentuando-se as perturbações do lado paralyzado, como mostra o quadro seguinte :

		DIREITO	ESQUERDO	
Reflexos tendinosos	{	radial	+	==
		tricipital	+	==
		rótuleano	+ +	+
		achileano	+	⊥
		clonus do pé	+	○
		clonus da rotula	○	○

		DIREITO	ESQUERDO	
Reflexos cutaneos	{	plantar	○	—
		abdominal inferior	○	—
		» medio	○	—
		» superior	—	—

Sensibilidade — Afóra umas ligeiras cryesthesias ao longo dos membros paralyzados não apresentava, apesar de exploração minuciosa, outras perturbações de sensibilidade, tanto subjectiva como objectiva. Sentia bem o contacto, a picada, o calôr, o frio, a pressão, a vibração, e sentia egualmente d'um lado e do outro. O sentido estereognostico tambem estava conservado.

Orientação e equilibrio — Era difficil pesquisar com segurança o estado da orientação e do equilibrio em virtude da accentuada paralysis. Mas levado o inquerito até onde me foi permittido pude concluir a integridade d'estas funcções.

Imprimindo a qualquer dos membros, tanto do lado paralyzado como do lado são, movimentos diversos, de flexão, de extensão, de adducção, de abducção, a doente, com os olhos vendados, identificava-os um a um e destrinçava em cada movimento a situação dos varios segmentos, mantendo o sentido dos movimentos passivos e das attitudes segmentares. Mandando attingir com o pé esquerdo a minha mão collocada a 50 centímetros acima do plano do leito a doente executava este movimento sem a mais leve incoordenação; a paralysis vedava a repetição da manobra no lado direito, mas o calcanhar esquerdo tocava o joelho direito sem o auxilio da vista e sem nenhuma hesitação. Realisando provas similares nos membros superiores não encontrei suspeitas de incoordenação.

Esphincteres — Não havia perturbações esphincterianas.

Orgãos dos sentidos — A olfacção, a gustação e a audição estavam integras. Notei uma pequena desigualdade pupilar com mydriase á esquerda.

Trophicidade e vaso motricidade — Ausencia de alterações.

Reacções electricas — Nem a excitabilidade faradica nem a excitabilidade galvanica de musculos e nervos contavam grandes perturbações.

Comecei por explorar a excitabilidade com as correntes faradicas nos seguintes nervos e musculos dos membros superiores e inferiores :

Membros superiores	{	<i>Nervos</i>	{	Mediano
				Radial
		<i>Musculos</i>	{	Bicipite
				Tricipite
				Flexôres da mão e dos dedos
				Extensôres da mão e dos dedos

Membros inferiores	{	<i>Nervos</i>	{	Sciatico
				Tibial
		<i>Musculos</i>	{	Gemeo externo
				Gemeo interno
				Tibial anterior
				Extensôres dos dedos
				Flexores dos dedos

e encontrei do lado paralyzado uma sensivel diminuição de excitabilidade em relação ao lado são.

Procurei a seguir a reacção á corrente galvanica nos mesmos musculos e nervos dos membros superiores e inferiores e obtive egualmente uma excitabilidade mais fraca á direita do que á esquerda. Não havia, no entanto, alterações qualitativas, eram simples modificações de quantidade, porque a formula $NF > PF$ conservava-se normal.

Linguagem — A linguagem estava um pouco perturbada. Quando a doente fallava espontaneamente contando, por exemplo, a historia da sua doença, algumas palavras eram mal articuladas, sobretudo e quase unicamente as palavras em que predominassem as linguaes *l*, *r* e *d*. Notei o mesmo defeito na palavra repetida e no canto, sem que em qualquer destas modalidades a phrase deixasse de sêr regularmente construida ou deixasse de existir a propriedade dos termos.

Era um defeito puramente motor, dysarítrico, em relação com a paresia da lingua, tanto mais que a linguagem interiôr se mantinha integra. A doente não sabia lêr nem escrevêr e não podia, por isso, sujeitar-se ás provas classicas, mas exe-

cutava perfeitamente todas as ordens que eu lhe dava, mostrando em bom estado os unicos centros da linguagem interior de que fazia uso.

Symptomas geraes e symptomas dos outros departamentos organicos —

Por via de regra apyretica de manhã a doente accusava todas as tardes temperatura febril oscilando entre 37,4 e 38,8. O apetite era bom e não se sentia enfraquecida no seu estado geral.

Apparelho digestivo. — O trabalho digestivo parecia regular ; havia uma ligeira obstipação. A lingua estava limpa, o figado apresentava os limites normaes e o colon descendente queixava-se ligeiramente com a pressão.

Apparelho circulatorio — Leves e fugazes palpitações de quando em quando. O pulso era um tanto frequente, 98 elevações por minuto, pouco amplo, mas regular. As tensões medidas pelo oscillometro de Pachon nas duas radiaes deram em ambas os mesmos resultados: TM 14, Tm 8. A ponta do coração batia no 4.º espaço junto do mamilo e os ruidos cardiacos ouvia-os

endurecidos e metallisados, sobretudo o 2.º ruído aortico.

Apparelho respiratorio — Nada encontrei que pudesse reputar de anormal.

Apparelho renal — Os pontos renaes eram indolorès á pressão. A diurese oscillava entre 1^l e 1,500, e a analyse clinica da urina, a que procedi, não me denunciou elementos anormaes.

— A Reacção de Wassermann feita no sangue deu um resultado fortemente positivo.

Historia da doença

Ha pouco mais de tres mezes a doente começou a sentir-se enfraquecida, ligeiras cephalaeas e ligeiras vertigens. A asthenia foi progredindo, os membros entraram a doer-lhe e, passados oito dias, acamou. Pouco depois de se deitar vieram-lhe fortes tonturas de cabeça, zumbidos nos ouvidos e formigueiros nos membros direitos. Alguns minutos durou este estado de entontecimento sem, no entanto, perder de todo a consciencia; quando recobrou por completo a sua normalidade mental os membros

direitos estavam paralyzados, a face repuxada para a direita, tinha difficuldade em fallar, entalava-se, se queria engulir e para localisar com rigor os objectos precisava de tapar o olho direito.

Não a accometteram perturbações esphincterianas; as tonturas, os zumbidos e os formigueiros desapareceram em poucos dias; a dysphagia e a dysarthria melhoraram consideravelmente até á entrada no Hospital.

Antecedentes

Afóra uma ligeira variola em creança a doente casou aos 20 annos sem enfermidades dignas de nota. Deu á luz 2 filhos em boas condições, um e outro saudaveis, e após estas duas gestações o marido foi incorporado nas fileiras militares. Quando voltou licenciado, ha aproximadamente 20 annos, trazia uma fórte rouquidão, placas nos labios e na lingua, caia-lhe o cabello e brotavam-lhe pelas pernas numerosas papulo-pustulas. Volvido pouco tempo a doente foi atacada d'uma rouquidão identica, de dôres de garganta, de erupção cutanea e mucosa; teve dois abôrtos seguidos, ambos de poucos mezes

depois um parto prematuro com nado morto, um filho de termo que morreu aos 2 annos com ataques, e por ultimo cinco filhos que ainda vivem e são regularmente saudaveis.

Na sua historia hereditaria não havia nada que merecesse registo especial.

DIAGNOSTICO

Os factos marcantes na symptomatologia da doente accusavam o systema nervoso, e de todos os factos o mais importante, o que mais salientava era a paralytia dos membros direitos, a hemiplegia direita. Tratava-se d'uma doença nervosa, e n'esta, como em todas as outras doenças nervosas o diagnostico é dominado por um problema capital, o problema da localisação ou dos elementos attingidos.

*
* * *

A hemiplegia póde ser a expressão d'uma perturbação nervosa funcional ou d'uma per-

turbação nervosa organica, pôde ser devida á hysteria ou ser motivada por uma alteração do protoneurone motôr.

É a primeira destriça a fazer, quasi sempre facil, por isso que os symptomas são bem differentes n'uma e n'outra natureza, como mostra o seguinte paralelo onde resumo as dissemelhanças mais importantes:

Hemiplegia hysterica

a)—A paralyasia affecta de preferencia as raizes dos membros.

b)—A face é ordinariamente respeitada, e quando existe paralyasia é systematisada e caprichosa.

c)—Os reflexos tendinosos e cutaneos estão normaes ou ligeiramente e passageiramente alterados. Não ha phenomenos clonicos ou são ligeiros e passageiros.

d)—Os movimentos automaticos não estão dis-

Hemiplegia organica

a)—A paralyasia predomina nas extremidades dos membros.

b)—A face é ordinariamente attingida e a paralyasia é fixa e total.

c)—Os reflexos tendinosos estão augmentados e os cutaneos abolidos. Ha signal de Babinski e phenomenos clonicos vivos e duraveis.

d)—Os movimentos automaticos estão dissociados

sociados nos movimentos voluntarios.

e)— Não ha movimentos automaticos pathologicamente associados aos movimentos voluntarios.

f)— As sensibilidades estão em geral profundamente tocadas, predominando o typo hemianesthetico.

nos movimentos voluntarios.

e)— Ha movimentos automaticos pathologicamente associados aos movimentos voluntarios.

f)— As sensibilidades estão em geral pouco tocadas.

Quer dizer, a hemiplegia organica exteriorisa-se sempre por um conjuncto de symptomas graças ao qual é possível distingui-la da hemiplegia hysterica.

E porquê?

Porque a hemiplegia organica representa sempre uma aggressão do protoneurone motór e, portanto, uma inibição das mesmas funcções.

Ensina a physiologia que o protoneurone motór ou systema pyramidal conduz a excitação da motilidade voluntaria como exerce influencia phrenadora sobre o tonus e sobre a motilidade reflexa, e no quadro physiopathologico do

protoneurone motor entram, por isso, constantemente :

- a paralysisia*
- as modificações do tonus*
- a hyperreflexia tendinosa*
- a areflexia cutanea*
- as syncinesias*

— um grupo de symptomas a que póde chamar-se o syndromo do protoneurone motor ou syndromo hemiplegico.

Na minha doente saltava rapidamente a natureza organica da hemiplegia porquanto ella apresentava do lado hemiplegiado :

- a) paralysisia accentuada nas extremidades ;*
- b) reflexos tendinosos exaggerados ;*
- c) reflexos cutaneos abolidos ;*
- d) clonus do pé ;*
- e) dissociação dos movimentos automaticos na flexão combinada da coxa e do tronco ;*
- f) syncinesias de Klippel e Woil, de Strümpell, de Raimiste ;*
- g) ausencia de perturbações da sensibilidade objectiva.*

*

* *

O protoneurone motor é muito longo, estende-se da corticalidade cerebral aos nucleos da calotte pedunculo ponto bulbar e aos cornos anteriores da medulla. E apresentará em todo este percurso o mesmo cortejo symptomatico, objectivar-se-ha sempre pelas mesmas perturbações indifferente á localisação pathologica ?

Há, como ainda agora mostrei, um quadro de symptomas fundamentaes que apparece por assim dizer typicamente todas as vezes que o protoneurone motor está alterado, sem depender da parte do neurone atingido, mas alem d'estes symptomas ha outros variaveis que a elles se juntam e que dependem do ponto em que a alteração se installou. Quer dizer ao lado dos factos geraes que marcam a aggressão do neurone ha factos locaes que particularisam uma determinada altura do neurone, ao lado do esquema commum ha variedades regionaes. Não basta dizer syndromo hemiplegico ou syndromo do protoneurone motor ; para estabelecer rigorosamente um diagnostico de séde é preciso juntar um determinativo da região.

A minha doente afóra o syndromo hemiplegico direito apresentava como perturbações mais salientes

o desvio conjugado dos olhos para a direita
a paresia da metade esquerda da face
a dysarthria

E o que esclareciam estas perturbações sobre a região atingida, em que altura do protoneurone motor permittiam ellas fixar a alteração?

* * *

O protoneurone motor toma origem na circumvolução frontal ascendente e no lábio correspondente da scisura de Rolando, distribuindo-se os centros motores ao longo da circumvolução n'um sentido contrario ao do seu governo peripherico, os centros da face e do membro superior occupando a parte mais baixa da circumvolução e os centros do membro inferior agrupando-se na parte mais alta.

Os cylindros-eixos d'aqui emanados cruzam

o centro oval, convergem para o segmento posterior da capsula interna, aquelle segmento da capsula interna que é murado interiormente pela camada optica e exteriormente pelo nucleo lenticular, passam juntos ao andar inferior do pedunculo e depois uns atingem os nucleos motores pedunculo-ponto-bulbares (grupo cortico-nuclear), e o maior numero desce aos córnos anteriores da medulla (grupo cortico-medullar).

Enquanto caminham juntos os dois grupos de fibras occupam, um em relação ao outro, situações dignas de nota. Na capsula interna o grupo cortico-nuclear, destinado á cabeça, passa ao nivel do joelho e da parte mais anterior do braço posterior e o grupo cortico-medullar fica para traz do grupo precedente, primeiro as fibras do membro superior e na porção mais recuada as fibras do membro inferior. No pé do pedunculo o grupo cortico-nuclear segue pelo quinto interno e o grupo cortico-medullar caminha nos tres quintos medios. Mas, já no pedunculo as finalidades dos dois grupos começam a extremar-se.

Ao passo que o grupo cortico-medullar atravessa o pedunculo e a protuberancia sem se

partir, as fibras cortico nucleares distanciam-se do caminho commum a diversas alturas, o que levou Dejerine a chamar-lhes fibras aberrantes da via peduncular, passam para a calotte pedunculo-protuberancial, descem pela fita de Reil mediana e pela camada interoliviar do bôlbo e terminam, ao mesmo tempo que se entre-cruzam, nos nucleos craneanos motores do lado opposto, ocular commum, ocular externo, facial, hypoglosso, glosso-pharingeo, e nos nucleos dos flexores e dos rotadores da cabeça.

Logo na região do pé do pedunculo abandonam a via encephalica e passam para a calotte primeiro as fibras que atingem o nucleo do oculo-motor commum e depois as fibras que descem aos nucleos do oculo-motor externo e do espinal, fibras oculogyras e cephalogyras; mais abaixo, na região da protuberancia, tomam o mesmo destfno as fibras que servem os nucleos motores do trigemeo e parte dos nucleos motores do hypoglosso e do vago-espinal; e, mais abaixo ainda, nas immediações do sulco bulbo-protuberancial, seguem equal caminho as fibras que vão para os nucleos do facial e para os nucleos motores do glosso-pharingeo, do espinal e do hypoglosso.

As fibras que chegam ao bolbo, tanto cortico nucleares como cortico medulares, soffrem uma decussação incompleta, e enquanto as primeiras param nos nucleos dos rotadores e dos flexores da cabeça, as segundas dividem-se em tres feixes, um feixe pyramidal directo que desce pelo cordão anterior da medulla do mesmo lado, um feixe pyramidal cruzado que obliquía para a parte posterior do cordão lateral do lado opposto, um feixe homolateral que caminha no cordão anterior do mesmo lado, e terminam todos elles nos córnos anteriores da medulla.

Estas disposições das fibras aberrantes desprendendo-se da via encephalica e penetrando na calotte a diferentes alturas explicam as multiplas modalidades que se juntam ao syndromo hemiplegico; consoante a alteração se localisa aqui ou alem da mesma maneira se exteriorisa por um ou outro symptoma.

Assim é que, occupando as fibras oculogyras e cephalogyras o quinto interno do pé do pedunculo, uma hemiplegia peduncular carece de estender-se na sua lesão ás fibras mais internas do pé para apresentar um typo de Foville, ou paralysisia oculogyra ou paralysisia cephalogyra ou paralysisia oculo-cephalogyra, e, desta-

cando-se da via encephalica para a calotte na parte inferior do pé do pedunculo estas fibras oculogyras e cephalogyras, a hemiplegia protuberancial precisa de subir na sua lesão até á calotte para ser acompanhada de paralyisia de Foville. Assim é que, emergindo as fibras radiculares do oculo-motór commum ao nivel do pedunculo depois de cruzarem no pé a via encephalica, uma hemiplegia peduncular (*syndromo de Weber*) terá no seu quadro paralyisias homolateraes do III par, e, emergindo as fibras radiculares do oculo-motór externo um pouco para cima do sulco bulbo protuberancial, depois de cruzarem a via encephalica, uma hemiplegia protuberancial inferior (*syndromo de Millard-Gübler*) contará como signal distinctivo uma paralyisia homolateral do VI par. Assim é que, as fibras cortico-nucleares do facial passando á calotte no terço inferior da protuberancia para, depois de cruzadas, attingirem o nucleo facial heterolateral, todas as lesões incidindo na via encephalica até ao segmento inferior da protuberancia acarretarão uma hemiplegia cruzada, com paralyisia do facial e dos membros do lado opposto (*syndromos capsular, peduncular e protuberancial antero-superior*); e, as fibras radiculares do

facial destacando-se para a periphéria ao nível do sulco bulbo-protuberancial, uma lesão do segmento inferior da protuberancia dará uma hemiplegia alterna, com paralyisia do facial do mesmo lado e dos membros do lado opposto (*syndromo de Millard-Gübler*).

*
* * *

Do que muito summariamente expús eu concluo:

- 1.º— que o caracter alterno da hemiplegia da minha doente e a sua paresia do hypoglosso me obrigam a localisar a causa responsavel da hemiplegia na metade esquerda do segmento inferior da protuberancia, interessando n'esta altura as fibras radiculares do facial homolateral, as fibras cortico-nucleares do hypoglosso e as fibras cortico-medullares hetero-lateraes;
- 2.º— que o desvio conjugado dos olhos para a direita obriga a alargar a causa

responsavel até á calotte, seja para considerar lesado o nucleo do oculo-motór externo esquerdo ou nucleo do hemi-oculo-levogyro de onde partem fibras que vão ao recto externo esquerdo e fibras que vão ao recto interno direito e actuum synergicamente na direcção esquerda do olhar, seja para considerar destruidas as fibras oculoogyras internucleares que unem estreitamente o nucleo do III par ao nucleo do VI par e, reciprocamente, o nucleo do VI par ao nucleo do III par.

O protoneurone motór foi, portanto, alterado nas visinhanças do sulco bulbo-protuberancial e por uma alteração que abrangeu o andar anterior e parte da região da calotte pontina.

É um svndromo hemiplegico protuberancial anterior e parcialmente posterior — *um syndromo de Millard-Gübler-Foville*.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

A causa d'esta hemiplegia não offerece duvidas. A syphilis impõe-se através de numerosos e decisivos factos :

- 1.º — a existencia de accidentes secundarios no marido ;
- 2.º — a repercussão posterior do secundarismo na doente ;
- 3.º — os abortos e o nado morto vindos a seguir a estes accidentes ;
- 4.º — o endurecimento e a metallisação dos ruidos cardíacos, sobretudo do segundo aortico ;
- 5.º — a fórte positividade da reacção de Wassermann no sangue ;
- 6.º — a ausencia de intoxicações e d'outras infecções.

Mas como produziria a syphilis esta hemiplegia depois de evolucionar perto de 20 annos em completo silencio ?

Eu afasto a hypothese d'uma hemiplegia por compressão originada em gommas osseas ou

meningeas ou mesmo intra-protuberanciaes porque a marcha da hemiplegia e a situação dos territorios alterados exclue a compressão. Eu afasto ainda a hypothese de obstrucção por uma embolia das arterias que irrigam a protuberancia, tronco basilar e seus ramos, porque, afóra não se explicar bem como um coagulo depois de atravessar as arterias vertebraes se fixe no tronco basilar que é muito mais largo, não havia lesão valvular ou aneurismal d'onde se destacasse uma embolia.

E fixo-me n'uma alteração do tronco basilar ou dos seus ramos, n'uma arterite. Arterite que levou á hemorrhagia ou ao amollecimento? Pela raridade com que a arterite syphilitica chega á ruptura e pela grande frequencia com que se thrombosa, pelos signaes que antecederam a hemiplegia, cephaleas, vertigens, asthenia dos membros direitos, eu julgo devêr inclinar-me para o amollecimento.

EVOLUÇÃO, PROGNOSTICO E TRATAMENTO

A doente foi submettida nas enfermarias da 2.^a Clinica Medica ao tratamento especifico pelo iodeto de potassio, pelo mercurio em injeções intra-musculares de benzoato e pelo arsenio sob a forma de injeções endovenosas de neosalvarsan. Este composto, apesar de nunca ultrapassar 0,^g15, não foi bem supportado provocando depois de cada applicação cepphaleas, mal estar e dores vagas.

Com a therapeutica indicada a febre passou, o que é mais um symptoma a reforçar o diagnostico etiologico, mas as perturbações nervosas pouco, muito pouco se modificaram.

Ao cabo de 3 mezes de medicação sub-continua apenas se havia attenuado ligeiramente a paralysis do olhar e o braço direito se flectia e extendia n'uma pequena amplitude.

E mesmo estas leves melhoras não as creio dependentes do tratamento. Quando a arterite leva ao amollecimento do tecido nervoso e consecutivamente á degenerescencia do feixe pyra-

midal o tratamento mostra-se absolutamente ineficaz a despeito da origem especifica da doença. A hemiplegia é definitiva e apenas se attenua com a reeducação lenta dos movimentos e com a massotherapie e a electrotherapia dos musculos e dos nervos attingidos.

VISTO
Thiago D'Almeida.

PODE IMPRIMIR-SE
Maximiano Lemos.