

W 4  
S 18  
1906

Carvalho Filho, L. A. de

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina da Bahia

Em 31 de Outubro de 1906

PARA SER DEFENDIDA POR

**Leovigildo Gonçalves de Carvalho Filho**

Filho legítimo do Bacharel Leovigildo Gonçalves de Carvalho

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

AFIM DE OBTER O GRÃO DE DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

DAS PARALYSIAS ALTERNAS

Cadeira de Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas



BAHIA

OFFICINAS DO « DIARIO DA BAHIA »

101 — Praça Castro Alves — 101

1906



# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**DIRECTOR—Dr. Alfredo Britto**

**VICE-DIRECTOR—Dr. Manoel José de Araujo**

LENTES CATHEDRATICOS	SECÇÕES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Dr. J. Carneiro de Campos . . . . .	1.ª	Anatomia descriptiva
Dr. Carlos Freitas. . . . .	»	Anatomia medico-cirurgica
Dr. Antonio Pacifico Pereira. . . . .	2.ª	Histologia
Dr. Augusto C. Vianna. . . . .	»	Bacteriologia
Dr. Guilherme Pereira Rebello. . . . .	»	Anatomia e Physiologia patho- logicas
Dr. Manoel José de Araujo. . . . .	3.ª	Physiologia
Dr. José Eduardo F. de Carvalho Filho	»	Therapeutica
Dr. Josino Correia Gótiás . . . . .	4.ª	Medicina legal e Toxicologia
Dr. Luiz Anselmo da Fonseca . . . . .	»	Hygiene
Dr. Braz Hermenegildo do Amaral. . . . .	5.ª	Pathologia cirurgica
Dr. Fortunato Augusto da Silva Junior . . . . .	»	Operações e apparatus
Dr. Antonio Pacheco Mendes. . . . .	»	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Dr. Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia.	»	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
Dr. Aurelio R. Vianna . . . . .	6.ª	Pathologia medica
Dr. Alfredo Britto. . . . .	»	Clinica Propedeutica
Dr. Anisio Circundes de Carvalho . . . . .	»	Clinica medica, 1.ª cadeira
Dr. Francisco Braulio Pereira . . . . .	»	Clinica medica, 2.ª cadeira
Dr. José Rodrigues da Costa Dorea. . . . .	7.ª	Historia natural medica
Dr. A. Victorio de Araujo Falcão . . . . .	»	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular
Dr. José Olympio de Azevedo. . . . .	»	Chimica medica
Dr. Deocleciano Ramos. . . . .	8.ª	Obstetricia
Dr. Climerio Cardoso de Oliveira . . . . .	»	Clinica obstetrica e gynecologica
Dr. Frederico de Castro Rebello. . . . .	9.ª	Clinica pediatrica
Dr. Francisco dos Santos Pereira . . . . .	10.ª	Clinica ophthalmologica
Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira . . . . .	11.ª	Clinica dermatologica e syphi- lographica
Dr. J. Tillemont Fontes. . . . .	12.ª	Clinica psychiatica e de moles- tias nervosas
Dr. João E. de Castro Cerqueira. . . . .	»	Em disponibilidade
Dr. Sebastião Cardoso . . . . .	»	»

## LENTES SUBSTITUTOS

Dr. José Affonso de Carvalho (interino). . . . .	1.ª	secção
Dr. Gonçalo Moniz Sodré Aragão . . . . .	2.ª	»
Dr. Pedro Luiz Celestino . . . . .	3.ª	»
Dr. Antonino Baptista dos Anjos (interino) . . . . .	4.ª	»
Dr. João Americo Garcez Fróes . . . . .	5.ª	»
Drs. Pedro da Luz Carrascosa e J. J. de Calasans.	6.ª	»
Dr. José Adeodato de Souza . . . . .	7.ª	»
Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães. . . . .	8.ª	»
Dr. Clodoaldo de Andrade . . . . .	9.ª	»
Dr. Albino Arthur da Silva Leitão (interino) . . . . .	10.ª	»
Dr. Luiz Pinto de Carvalho (interino) . . . . .	11.ª	»
	12.ª	»

**SECRETARIO—Dr. Menandro dos Reis Meirelles**

**SUB-SECRETARIO—Dr. Matheus Vaz de Oliveira**

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses dos seus auctores.



DISSERTAÇÃO

---

**DAS PARALYSIAS ALTERNAS**

(Estudo succinto da etiologia, symptomatologia e diagnostico dos syndromas de Weber, Millard-Gubler e Benedikt)



# PROLOGO

« Celui qui met au jour ses pensées  
« pour faire briller ses talents doit  
« s'attendre á lá severité de ses criti-  
« ques; mais celui qui n'écrit que pour  
« satisfaire a une obligation qu'il lui est  
« imposé a sans doute de grands droits  
« a l'indulgence. »

(LA BRUYÈRE.)

**N**ão fosse o doutorando, por força de lei, obrigado a apresentar uma these, afim de receber o gráo de Doutor em Medicina, certamente, não arriscariamos a tão ardua empreza.

Não é o vão desejo de conquistar louvores, quando somos os primeiros a reconhecer o nosso demerito, nem de fazer alarde de habilitações que bem quizerámos possuir, mas que em verdade não temos, o que nos leva a trazer á luz da publicidade este humilde e acanhadissimo trabalho.

O estudo que se segue só tem de merecimento o cumprimento de um dever, sentimos e profundamente, não dispormos de vastos conhecimentos afim de desempenhar-nos, ainda que perfunctivamente, desse transcendente assumpto; comtudo resta-nos a intima convicção de termos envidado

todos os esforços para bem satisfazer as exigencias da lei.

Para melhor ordem no nosso estudo, dividiremos este trabalho em quatro capitulos: no primeiro, faremos algumas considerações geraes e historico das paralyrias alternas; no segundo, daremos ligeiras noções anatomo-clinicas e etiologicas; no terceiro, trataremos da sua symptomatologia; no quarto, estudaremos o seu diagnostico.

Resente-se a nossa these de uma falta que seria imperdoavel se não trouxessemos uma justificativa accetivel.

Não tem ella observações pessoaes em vista da falta absoluta de casos clinicos desta especie na cadeira de molestias nervosas: todavia, citaremos, no correr da nossa dissertação, algumas obser-

vações tomadas por pessoas de reconhecida proficiência.

Ao collocarmos o ponto final na derradeira pagina, não nos sentimos contentés, porque a escassez do tempo e os labores do sexto anno medico impediram a confecção de um trabalho mais ou menos completo.

Conscios do seu exíguo valor, com timidez nós o submettemos a apreciação dos illustrados mestres, servindo-nos de animação o lembrar-nos que os doutos são tão indulgentes e generosos, quanto são impertinentes os zoilos e os ignorantes.

Aos primeiros todo o nosso reconhecimento e respeito pelas censuras com que se dignarem de honrar-nos, a estes uma simples expressão de desdem.





## CAPITULO I

### Considerações geraes e historico

**N** dos mais interessantes e delicados capitulos da pathologia nervosa é, sem duvida, o que diz respeito ao estudo das paralyrias alternas.

Sob a denominação de hemiplegia ou paralyria alterna, comprehende-se um conjuncto symptomatico que tem por caracter commum a coexistencia de uma hemiplegia de um lado com a paralyria de um ou mais nervos craneanos do outro lado, dependentes de uma lesão unica.

Segundo esta se manifesta mais ou menos acima da região pedunculo-bulbar, o aspecto clinico apresenta-se differente. Alguns typos foram isolados, e, segundo a valiosa opinião do professor Charcot — insigne chefe da escola da Salpêtrière, recebem o nome do auctor ou dos auctores que pela primeira vez os estudaram de uma maneira methodica e precisa, embora, algumas observações do mesmo genero fossem anteriormente publicadas.

O valor semiologico destas paralyrias é muito importante, pois, são ellas a manifestação clinica de lesões bulbo-ponto-pedunculares.

Existem paralyrias alternas motrizes e paralyrias alternas sensitivas.

Tres são as variedades mais frequentes: as paralyrias alternas superiores dos typos Weber e Benedikt e a paralyria alterna inferior do typo Millard-Gubler; é sob esse triplice ponto de vista que versará o objecto do nosso minguado trabalho.

O eminente professor Raymond, estudando as paralyrias alternas assim se exprime: «O typo clinico de paralyria alterna superior ou syndroma de Weber ou melhor ainda syndroma peduncular, caracteriza-se por uma hemiplegia sensitivo motriz da face e dos membros do typo central, isto é, interessando somente o facial inferior, associada a uma paralyria completa ou parcial do terceiro par do lado opposto.

«O typo classico de paralyria alterna inferior ou syndroma de Millard-Gubler ou melhor ainda syndroma protuberancial inferior, caracteriza-se por uma hemiplegia sensitivo-motriz dos membros associada á uma paralyria que attinge de uma parte o motor ocular externo com extrabismo interno, de outra parte o facial com todos os caracteres da paralyria de origem nuclear ou troncular.»

Do que acabamos de ver, cumpre-nos dividir as paralyrias alternas em duas classes: as que dependem de uma lesão que se apresenta no trajecto das vias pyramidaes e da faixa de Reil ou feixe sensitivo ao nivel dos pedunculos cerebraes (estas paralyrias accommettem as vezes o feixe pyramidal não

ainda entrecruzado e o nervo motor ocular commum na sua sahida do nevraxo); ellas trazem o nome do sabio allemão Weber, quem primeiro apresentou um exemplo de localisação unica e perfeitamente nitida.

Este distincto medico, em 1863, publicou sobre a pathologia do pedunculo cerebral uma magnifica memoria, na qual assignalava a coexistencia da hemiplegia de um lado do corpo com a paralytia do motor ocular commum do lado opposto.

Em 1891, Charcot, em uma bellisimá lição propoz a denominação de syndroma de Weber á paralytia alterna superior.

Em 1894, porém, d'Astros, estabeleceu que este syndroma, quatro annos antes de Weber, fôra bem estudado por Gubler e propoz então a denominação de syndroma de Gubler Weber.

Na segunda classe, são estudadas as paralytias produzidas por uma lesão bulbo-protuberancial.

O syndroma protuberancial por excellencia é a paralytia alterna do typo Millard-Gubler ou syndroma protuberancial inferior: paralytia facial total do lado da lesão com hemiplegia cruzada. Mas isto não pode ser realisado senão por uma lesão inferior ao entrecruzamento das fibras do facial, isto é, por uma lesão da metade inferior da protuberancia.

Se a metade superior é attingida, a hemiplegia é total e cruzada.

Em outros termos, quando a lesão assesta-se na parte inferior ou bulbar da protuberancia, o quadro clinico se revela por uma hemiplegia dos membros de um lado e uma paralytia da face do lado opposto. A hemiplegia dos membros, é mais ou menos accen-

tuada e apresenta de uma maneira geral o aspecto das hemiplegias de origem cerebral; quanto a paralyasia da face que observamos do lado opposto a hemiplegia, é toda differente e apresenta nitidamente os caracteres das paralyasias nucleares ou periphericas.

Esse syndroma é devido a existencia de uma lesão na protuberancia, á altura do nucleo do facial, lesão que interessa as vezes o nucleo ou as fibras radiculares que delle provêm e as do feixe pyramidal; supponhamos que esta lesão se asseste a esquerda da protuberancia, a paralyasia facial será á esquerda, a hemiplegia dos membros, ao contrario, será a direita, pois que as fibras do feixe pyramidal nas quaes se manifesta a lesão do lado esquerdo da protuberancia soffrem o entrecruzamento no bulbo, graças ao qual ellas innervam os membros do lado direito.

A paralyasia facial, pois, sob o ponto de vista dos seus caracteres objectivos, da sua extensão e das suas reacções electricas, comporta-se como a paralyasia facial peripherica.

Não é raro ver coincidir com essa paralyasia do facial uma paralyasia de outros nervos craneanos do mesmo lado, em particular do hypoglosso e do motor ocular externo.

Aqui ainda a explicação desta hemiplegia é fornecida pela anatomia da região, pelas relações que o feixe pyramidal, no seu trajecto bulbo-protuberancial, affecta com os troncos dos nervos facial, hypoglosso e motor ocular externo ou abducens.

Este syndroma de Millard-Gubler, muitas vezes, complica-se de paralyasia do sexto par e de perturbações da palavra com ou sem atrophia da metade

da lingua. Ha casos, porém, em que vemos o trigemeo e o auditivo participarem do syndroma.

Emfim, em alguns casos a lesão destes diferentes nervos, concomitante com uma hemiplegia dos membros do lado opposto, não coincide com uma paralyisia facial: não se trata mais do syndroma de Millard-Gubler, mas de uma hemiplegia alterna do motor ocular externo, do hypoglosso, etc.

Raymond, nas suas monumentaes lições clinicas, publicou um caso deste genero (hemiplegia direita coexistindo com uma paralyisia do motor ocular externo esquerdo).

Este distincto professor verificou ainda um caso de paralyisia alterna inferior assim constituida: hemiparesia sensitivo motriz direita, paralyisia total do facial esquerdo, paralyisia do motor ocular externo esquerdo e movimentos associados do recto interno, estreitamento da pupilla á esquerda, emfim uma paralyisia do masseter deste mesmo lado.

Finalmente, podemos as vezes observar certas modalidades clinicas, mui complexas, que são provocadas por lesões bilateraes da protuberancia. Assim é que Sigerson apresenta a seguinte classificação para estas paralyisias alternas bilateraes:

a) A paralyisia em X, constituida pela paralyisia das duas metades da face, coincidindo com a dos membros dos dous lados do corpo.

b) A paralyisia em Y, constituida pela associação da paralyisia das duas metades da face com a dos membros de um só lado.

c) A paralyisia em Y, invertido, cujos elementos são representados pela paralyisia de uma metade da face e pela dos membros dos dous lados.

d) A paralyisia em V, que se reduz a paralyisia das duas metades da face.

O syndroma de Gubler-Weber caracteriza-se pela associação de uma hemiplegia motora ou sensitivo motora com a paralyisia do nervo motor ocular commum do lado opposto; reconhece por causa uma affecção do pedunculo cerebral.

Este syndroma differe do de Millard-Gubler, não só pela participação do nervo motor ocular commum que, nas lesões protuberanciaes não é attingido, mas ainda pelo facto da paralyisia facial residir do mesmo lado que a dos membros e ter todos os caracteres da paralyisia facial de origem cerebral, tal qual vemol-a commummente na hemiplegia vulgar.

Para a realisacão do syndroma de Gubler-Weber, é preciso que uma lesão affecte o nucleo ou as fibras de um dos nervos do terceiro par e as do feixe pyramidal ao nivel do pé do pedunculo cerebral.

A paralyisia do nervo motor ocular commum, neste syndroma, pode ser completa ou parcial; neste ultimo caso, o musculo mais ordinariamente affectado é o elevador da palpebra.

Quando estamos em presenca de uma paralyisia incompleta do terceiro par, é muito provavel que a lesão resida no andar superior do pedunculo e não occupe por consequencia todos os nucleos do motor ocular commum; quando a paralyisia é completa, notamos que a lesão assesta-se no pé do pedunculo e attinge o terceiro par no ponto em que as fibras provenientes dos differentes nucleos tendem a se reunir para formarem o tronco do motor ocular commum.

Brissaud fez notar que as hemiplegias cruzadas

do syndroma de Gubler-Weber, nos casos de lesões em foco localizadas na parte interna do pedunculo, têm por caracter particular serem mais pronunciadas na face que nos membros.

Uma outra variedade de hemiplegia alterna, é a que Charcot propoz denominar syndroma de Benedikt; consiste na paralysis do nervo motor ocular commum de um lado e na hemiplegia com tremor do lado opposto.

Resta-nos assignalar ainda uma variedade de hemiplegia alterna extremamente interessante, tanto sob o ponto de vista clinico como sob o da physiologia pathologica do systema nervoso; não se trata mais em realidade de hemiplegia alterna, mas sim de hemianesthesia alterna. Os casos deste genero não são mui numerosos; é principalmente a uma licção do professor Raymond de 1896 que devemos o seu conhecimento; mais recentemente Benhardt publicou um novo caso. Esta hemianesthesia alterna manifesta-se ordinariamente pela perda da sensibilidade á dor e á temperatura, occupando de um lado do corpo um ou varios ramos do trigemeo e do outro lado uma porção mais ou menos extensa da superficie cutanea do tronco ou dos membros.

Sob o ponto de vista anatomo pathologico, a lesão reside frequentemente na protuberancia (uma lesão bulbar, segundo Senator, poderá dar nascimento igualmente a este syndroma).

Esta lesão protuberancial occupa principalmente o andar superior, a calotte, e determina uma alteração, não só dos nucleos e das fibras radicales do trigemeo como tambem de uma maior ou menor porção da faixa de Reil. Ora nos cortes da protu-

- berancia vimos que a raiz ascendente do trigemeo (o nervo sensitivo da face) está para traz e para dentro das fibras da faixa de Reil. Todas as fibras do trigemeo sensitivo emanam do ganglio de Gasser situado do lado correspondente, as impressões sensitivas que conduzem estas fibras vêm da metade homologa da face. Ao contrario, sabemos que o entrecruzamento das fibras sensitivas da faixa de Reil se processa ao nivel da região inferior do bulbo; as fibras desta faixa na protuberancia soffrem a sua decussação e conduzem as impressões sensitivas vindas da metade opposta do corpo. Logo as lesões protuberanciaes que attingem a faixa de Reil nesta região visinha ás fibras radiculares do trigemeo, acarretam uma hemianesthesia alterna: anesthesia de uma metade da face situada do lado da lesão, anesthesia dos membros, da metade do pescoço e da metade do tronco do lado opposto.

Tem-se acrescentado aos grupos precedentes uma ultima classe de hemiplegia alterna, cuja lesão se manifesta no bulbo ao nivel do corpo da oliva; ella interessa o feixe motor correspondente, acima do seu entrecruzamento bem como accommette as fibras radiculares do nervo hypoglosso destinado ao lado attingido; com relação a lesão, a paralyisia dos membros pertence ao typo alterno.

Esta ultima categoria de alterações cruzadas traz o nome de hemiplegia alterna inferior ou paralyisia alterna bulbar ou ainda syndroma de Revilliod-Goukousky; traduz-se em clinica por uma impotencia dos membros de uma metade do corpo e por uma paralyisia com atrophia e desvio da metade da lingua do lado opposto.

Este phenomeno tem a seguinte explicação: uma lesão interessando a medulla allongada no nivel do corpo da oliva, attinge a via motriz acima da decussação do seus feixes nervosos; accommette além disto a raiz espinhal do hypoglosso que já entrecruzado dirige-se para a periphéria do mesmo lado; os membros serão pois paralyzados do lado opposto da lesão, ao passo que deste mesmo lado, o compromettimento do hypoglosso traduzir-se-á por uma atrophia da metade da lingua adicionada a uma hemi-paralyzia com desvio para a porção atrophiada.

Estas perturbações do lado do 12.º par mostram que se trata de uma destruição nuclear e por consequencia intra-bulbar das fibras radiculares do hypoglosso pela propria lesão que altera a via pyramidal destinada a se entrecruzar mais abaixo.

Terminado assim o rapido estudo das considerações geraes sobre as paralyzias alternas, passemos a fazer resumidamente o historico dos seus diversos typos.

Não faremos, porém, um quadro completo das phases porque têm passado, desde as epochas as mais remotas até hoje, mas sim um pallido esboço historico, pois nos fallecem forças no desempenho de tão arduo emprehendimento.

A nção das paralyzias alternas é relativamente antiga.

Quando, em 1863, o sabio medico allemão Weber communicou á sociedade real de cirurgia de Londres, a observação de um individuo fallecido no seu serviço depois de ter apresentado no curso da sua existencia e em toda sua pureza o syndroma clinico caracteristico das alterações pedunculares que mais

tarde devia trazer o seu nome, a noção da alternancia dos symptommas era desde então já admittida na sciencia.

Já, com effeito, Andral em 1824, Gendrin em 1838 e outros notaveis pathologistas tinham notado que, nos casos de lesões dos pedunculos a symptomatologia das perturbações motoras e das alterações sensitivas se limitavam estrictamente ao lado do corpo opposto á lesão.

Andral escrevia em 1824: «Uma paralyisia completa do terceiro par sobrevindo no curso de uma affecção cerebral e coincidindo com uma hemiplegia dos membros do lado opposto indica que a lesão se acha ao lado da paralyisia ocular e no ponto onde o motor ocular commum passa muito perto e abaixo do pedunculo cerebral.»

Gendrin escrevia desde 1838, no seu excellent tratado de medicina: «O derramamento de sangue no pedunculo cerebral produz a suspensão da acção dos nervos que delle nascem, ao mesmo tempo que determina phenomenos de paralyisia e de anesthesia do lado opposto pelo intermedio da pyramide.»

Quatro annos antes de Weber, como já vimos no começo deste capitulo, o eminente professor Gubler, n'uma magnifica memoria sobre as paralyisias alternas, publicada na Gazetta Hebdomadaria dos Hospitaes do mez de Janeiro de 1859, indicara com a maior precisão a localisação da séde do processo pathologico nestes termos: «Sendo dado uma paralyisia do motor ocular commum esquerdo com uma hemiplegia total direita, dever-se-á diagnosticar uma lesão do pedunculo cerebral esquerdo.»

Citava grande numero de observações, entre as

quaes é mister lembrar a de Luton, onde o syndroma era muito claro e attribuia a este complexo o nome de paralyasia alterna superior.

Não pode subsistir a menor duvida sobre a paternidade real do syndroma peduncular. O merito de ter fixado o typo clinico das paralyrias do pedunculo cabe ao professor Gubler e d'Astros foi bem inspirado quando em 1894 revendicou para o illustre medico de Boujon a honra de ligar o seu nome ao syndroma peduncular alterno.

No correr de nosso trabalho serviremos da denominação de syndroma de Gubler-Weber para designar o typo clinico cuja lesão se assesta no andar inferior do pedunculo cerebral, reservando a denominação de syndroma de Millard Gubler ás alterações do andar protuberancial inferior, segunda grande classe de syndroma alterno sobre a qual falaremos opportunamente.

Na sua importante e conscienciosa memoria, Gubler, menciona a these de Kœchlin sobre um caso de tuberculose da região do pé do pedunculo com produção de hemiplegia; relata a observação de Luton em que se vê uma massa tuberculosa do pedunculo e da protuberancia do lado direito occasionar uma paralyasia directa do motor ocular commum com uma hemiplegia cruzada dos membros.

Quanto ao professor Weber o seu grande merito é ter analysado com methodo e apresentado em toda sua pureza o typo absolutamente schematico da paralyasia alterna por alteração peduncular; o seu nome deve, pois ficar legitimamente associado ao de Gubler.

Desde a epoca do sabio medico Weber que as

observações de syndroma alterno peduncular se multiplicam e os casos já observados são mui numerosos para achar guarida neste estudo.

Ao lado do syndroma de Gubler—Weber, assignalaremos uma outra variedade de syndroma peduncular descripto por Benedikt de Vienna.

O primeiro documento a respeito deste syndroma data de 1889.

É uma memoria em que o professor Benedikt, estudando o mecanismo e a pathogenia do tremor, relata tres observações que chamam a attenção pela natureza de um tremor intercurrente a phenomenos singulares de paralysis, e fundamenta um syndroma até então desconhecido, que propõe denominar—uma hemi-paresia com paralysis cruzada do motor ocular commum e com tremor das partes paralyzadas.

Permaneceram sob silencio estes factos divulgados por Benedikt até Março de 1893, epoca em que appareceu o resumo de uma lição, que na Salpêtrière, fez o professor Charcot sobre um caso, que, se lhe deparou em condições identicas aos que Benedikt relatou na sua memoria.

Estudando o original syndroma o conspicuo corypheu da pathologia nervosa apontou e sancionou-lhe o logar entre as paralysis alternas; encarou-lhe a evolução clinica e a localisação anatomica; e, por fim, em honra ao auctor que primeiramente o descreveu, deu-lhe a denominação de syndroma de Benedikt.

Depois, em Abril de 1900, secundado do professor Charcot, publicou Gilles de la Tourette uma notavel memoria sobre o syndroma de Benedikt, á

qual acompanham duas observações inéditas. Estas, ainda que sem o testemunho da autopsia, fazem-lhe jus a documentos de valia; a natureza dos casos e as avisadas minucias que as inteiram, são de notavel contingente á elucidação da historia clinica do syndroma.

Realmente, o professor Gilles de la Tourette põe em confronto ás suas observações, as de Benedikt e as de Charcot, examina-as e nellas se estribando, esboça o quadro clinico do syndroma de Benedikt, aborda-o por todas as suas faces.

O historico dos syndromas alternos pedunculares ficaria incompleto se ao lado das observações de hemiplegia alterna por lesão peduncular real, não relatassemos os casos dos auctores que observaram a paralyisia alterna verdadeira, simulada de todas as partes por alterações organicas ou mesmo por perturbações puramente funcçionaes, extranhos uns e outros a toda alteração do meso-mesencephalo.

Nesta ordem de factos mencionaremos o caso de Hypocrates em que se vê uma simples suspensão do fluxo catamenial provocar numa joven nevropatha a apparição de uma hemiplegia cruzada que cedeu aliás rapidamente antes da funcção momentaneamente perturbada.

Sem remontar a litteratura medica, vemos nos factos modernos, o primeiro caso serio de falsa paralyisia peduncular alterna observada em 1873 por Jackson. Trata-se de um caso de syndroma peduncular de Gubler-Weber simulado por dous focos distinctos de lesões syphiliticas accommettendo o terceiro par direito e os membros do lado esquerdo.

Na autopsia encontrou-se duas lesões independentes dos pedunculos.

Vem em seguida o facto de Morvaud, em 1876, em que duas esquirolas osseas, provocaram por compressão encephalica o apparecimento de um falso syndroma alterno.

O terceiro typo de syndroma alterno de que nos vamos occupar, traz os nomes de Millard e Gubler.

Quasi simultaneamente foi elle descripto em 1855 por Millard que chamou a attenção sobre este typo morbido e Gubler em 1856.

Charcot assim se exprime: «Sé o trabalho de Gubler é de alguns mezes posteriores aq de Millard, é mister reconhecer que Gubler achou o nome de paralyasia que devia para o futuro lhe servir de signal e fixou definitivamente o syndroma por um complexo de observações apropriadas.»

Andral, em 1848, no seu curso de pathologia medica, escreve: «Encontram-se observações extremamente raras em que a paralyasia da face foi opposta a dos membros; é preciso admittir que nestes casos existia uma dupla lesão.»

Pelo que acabamos de ver, o illustre auctor não conjecturava o exacto limite topographico das lesões que produzem a paralyasia alterna mesocephalica; é, pois, a Millard e Gubler que a sciencia deve a localisação, na protuberancia, da variedade de hemiplegia cruzada que traz o seu nome.

Existe um outro typo de hemiplegia alterna protuberancial estudado pelos professores Raymond e Cestan em 1903. Este syndroma é constituido por uma paralyasia dos movimentos de lateralidade dos globos oculares, associada a uma hemiplegia que

atinge mui ligeiramente a força motriz e se manifesta, ao contrario, por perturbações da funcção da motilidade voluntaria (incoordenação, hemiathetose, asynergia cerebellosa, tremor) e por perturbações mui profundas da sensibilidade subjectiva e objectiva (formigamento, anesthesia cutanea e articular das extremidades, perda do sentido stereognostico). Este typo clinico recebeu o nome de syndroma de Raymond-Cestan ou syndroma protuberancial superior e tem o seu logar assignalado ao lado do syndroma protuberancial inferior de Millard-Gubler.

Ha na litteratura medica uma serie de observações simuladoras do syndroma de Millard-Gubler por lesões ou perturbações funcçionaes estranhas á ponte de Varole.

Eis em ligeiros traços o que nos foi possivel dizer a respeito deste capitulo.







## CAPITULO · II

### Ligeiras noções anatomo clinicas e etiologicas

**N**ão seria de boa norma, encetando este capitulo altamente interessante consentirmos, permanecesse no animo de quem nos lê, a minima confusão no tocante ao estudo anatomo-clinico da protuberancia e dos pedunculos cerebraes.

Antes, porém, de entrarmos no seu desenvolvimento; julgamos conveniente fazer um summario topographico do isthmo do encephalo.

Sob esse nome comprehende-se uma porção de massa encephalica, que une o cerebello ao cerebro e este ao bulbo rachidiano. Repousa elle na gotteira basilar do occipital, abaixo do cerebro, para diante do cerebello e acima do bulbo rachidiano.

Visto por sua face inferior, o isthmo do encephalo nos apparece sob a forma de uma massa volumosa, a protuberancia annular, da qual emergem quatro prolongamentos: dous lateraes que são os pedunculos cerebellosos medios e dous anteriores que constituem os pedunculos cerebraes.

Se examinarmol-o, porém, por sua face superior,

observamos que elle é constituido: 1.º para traz, por dous outros prolongamentos do cerebello, os pedunculos cerebellosos superiores, os quaes são unidos um ao outro por uma delgada lamina de substancia nervosa, a valvula de Vieussens; 2.º para diante, por quatro eminencias arredondadas que recebem o nome de tuberculos quadrigemeos.

Abaixo destes tuberculos, acha-se um canal de direcção antero-superior—canal ou aqueducto de Sylvius, o qual faz communicar o quarto ventriculo com o ventriculo médio do cerebro.

Nos lados, emfim, o isthmo do encephalo apresenta-nos um sulco antero-posterior, o sulco lateral do isthmo, que divide este orgão em dous planos ou andares, um inferior e outro superior.

Do fundo deste sulco nasce uma lamina de substancia branca, de forma triangular, a qual se dirige em seguida para cima e desaparece abaixo dos tuberculos quadrigemeos—é o feixe triangular do isthmo ou faixa de Reil.

Vejamos agora o que diz respeito á constituição anatomica dos pedunculos cerebraes e da protuberancia annular.

Os pedunculos cerebraes ou crura cerebri dos auctores inglezes e allemães, situados na parte mais anterior do isthmo do encephalo, constituem a porção das vias nervosas centraes que, divergindo sob a forma de duas columnas brancas, ligam a protuberancia aos hemispherios cerebraes por intermedio das camas opticas. Elles levam, pois, ao cerebro feixes de fibras provenientes da medulla, do bulbo, do cerebello, da protuberancia annular.

A região dos pedunculos cerebraes é de summa

importancia em clinica, pois liga os elementos nobres do encephalo a todos os outros departamentos do nevraxo.

Elles deixam no seu afastamento um espaço angular—onde se vê, da face interna que limita esta loja, emergir o terceiro par ou nervo motor ocular commum. No vertice deste angulo os dous nervos do terceiro par são estrictamente implantados na face interna do pé do pedunculo: o que explica que uma lesão accommettendo esta região, interesse conjunctamente as fibras do pyramidal e as fibras ou nucleos do motor ocular commum e produza uma paralyisia alterna, constituida pela paralyisia do motor ocular commum do lado da lesão e pela hemiplegia do lado opposto.

Uma lesão do pé ou base do pedunculo, seja qual for a sua natureza, pode acarretar o syndroma de Weber, o que é facilmente explicado pelas relações do feixe pyramidal com o terceiro par craneano. Percebe-se, da mesma maneira que, em certos casos raros de tumores volumosos, os dous nervos possam ser compromettidos simultaneamente, constituindo uma dupla hemiplegia alterna.

Quando se pratica sobre o pedunculo cerebral um corte transversal, pode-se distinguir, para diante dos tuberculos quadrigemeos, duas regiões bem distinctas: uma anterior, ventral ou pé do pedunculo, a outra posterior, dorsal ou calotte. Estas duas regiões são separadas por uma substancia negra—o locus niger de Sømmering.

No andar inferior ou região do pé, de dentro para fora, vêm-se o feixe geniculado ou feixe motor da face que se termina nos nucleos motores bulbo-

protuberanciaes depois da decussação e que é destinado aos nervos voluntarios da face: mastigador, facial e hypoglosso; bem como o feixe pyramidal que das grandes cellulas do cortex cerebral ganha as cellulas dos cornos anteriores da medulla.

O feixe pyramidal é formado pelo conjuncto dos prolongamentos cylinder axis dos neuronios motores corticaes que põem em relação o cortex cerebral motriz com os cornos anteriores da medulla. Elle parte dos dous terços anteriores do braço posterior da capsula interna, passa pelo pé ou base do pedunculo cerebral correspondente do qual occupa tres quintas partes medianas; neste percurso o feixe pyramidal diminue de volume de cima para baixo, entrando na constituição dos nucleos de origem do motor ocular commum, do pathetico e da raiz motora do trigemeo. Quando a hemiplegia é dependente da lesão do feixe pyramidal neste ponto do mesencephalo, ha simultaneamente uma lesão do 3º par craneano; teremos um quadro clinico especial representado pelo syndroma de Weber.

Chegam as fibras motoras ao metencephalo, occupando a metade anterior da protuberancia. Descendo nesta parte ventral da ponte de Varole, as fibras cortico-protuberanciaes diminuem ainda de volume entrando na constituição do nucleo mastigador do trigemeo, do motor ocular externo e do facial, fornecendo tambem numerosos ramos collateraes destinados aos nucleos da ponte.

Uma lesão inferiormente collocada neste ponto do metencephalo, produzirá uma paralysisia do braço e perna de um lado e da face do lado opposto; isso, porque, já houve cruzamento das fibras do nervo

facial e não dos feixes pyramidaes. É o syndroma de Millard Gubler.

Da protuberancia annular, passam as fibras motoras para o myelencephalo formando um feixe espesso de cada lado da face anterior do bulbo; são as pyramides anteriores.

Cada feixe pyramidal passando pela medulla allongada, diminue ainda de volume entrando na constituição do nucleo do hypoglosso, do nucleo ambiguo (nucleo de origem motor para o nervo glosso-pharyngeo) e do pneumogastrico.

Chegadas á parte inferior da medulla allongada, as fibras motoras apresentam a decussação das pyramides.

As fibras de cada pyramide dirigem-se para diante e para dentro, entrecruzam-se sobre a linha mediana no fundo da fissura mediana longitudinal anterior, com as fibras do lado opposto, chegando ao cordão lateral da medulla espinhal, onde tomam a direcção longitudinal, constituindo o feixe pyramidal cruzado.

O feixe pyramidal directo ou de Turck entrecruza-se tambem com o do lado opposto no fim do seu trajecto pela commissura branca da medulla, de maneira que todas as fibras das cellulas corticaes chegam ás cellulas radicales dos cornos anteriores do lado opposto.

Na calotte, justaposta ao locus niger, notamos a faixa de Reil ou feixe sensitivo; o nucleo rubro de Stilling; ao redor do aqueducto de Sylvius os nucleos do motor ocular commum; e abordando a calotte, sob o pavimento do quarto ventriculo, os tuberculos quadrigemeos.

Estes tuberculos são em numero de quatro, dos quaes dous anteriores são as eminencias nates e dous posteriores as eminencias testes.

Tem-se, por muito tempo, considerado os tuberculos quadrigemeos como os nucleos de origem dos nervos opticos; admittia-se que a sua ablação unilateral acarretaria a cegueira do olho do lado opposto. Beaunis localisa nos tuberculos quadrigemeos anteriores os centros de coordenação dos movimentos associados dos dous olhos.

Assim Prus excitando pela electricidade os tuberculos quadrigemeos anteriores do cão, verifica os seguintes factos: a excitação da parte anterior ou da posterior de um tuberculo quadrigemeo não traz movimento algum do olho do lado correspondente, mas o do lado opposto se dirige para baixo e para dentro. Quando a excitação tem logar na parte interna de um dos tuberculos quadrigemeos, o olho do lado opposto se dirige para fóra. Quando se excita a parte externa dos tuberculos, os dous olhos se deslocam horizontalmente para o lado opposto. Pela excitação da parte media de um dos tuberculos quadrigemeos anteriores determina-se nystagmus e myosis. A mydriase, ao contrario, é as vezes observada na excitação da parte posterior ou lateral de um dos tuberculos quadrigemeos anteriores.

Toda excitação electrica de um dos tuberculos quadrigemeos posteriores traz o deslocamento dos dous olhos no sentido horizontal para o lado opposto com exophthalmia e nystagmus. Prus diz que existem nos tuberculos quadrigemeos anteriores centros motores postos em acção por excitações

ópticas. Bernheimer nega a existencia de centros reflexos para os movimentos dos olhos nos tuberculos quadrigemeos anteriores.

Para von Bechterew, porém, estes tuberculos têm relações estreitas com a função visual; gosa provavelmente o papel de centro reflexo por meio do qual as excitações visuaes podem actuar sobre a esphera motriz.

As raizes do motor ocular commum originam-se de um nucleo de substancia parda, situado abaixo do aqueducto de Sylvius, junto do sulco mediano da parede inferior do quarto ventriculo.

Desde que se origina, o nervo do terceiro par segue para diante, para cima e para dentro até aos lados das apophyses clinoides posteriores; perfura a dura-mater; penetra no seio cavernoso e na orbita pela parte mais larga da fenda esphenoidal, passando no anel de Zinn e divide-se em dous ramos, um superior e o outro inferior.

Dos dous ramos, por que termina na orbita o motor ocular commum, o superior segue para cima e para dentro até a face inferior do musculo recto superior, fornecendo um ramo a este musculo e outro ao elevador da palpebra superior; o ramo inferior fornece tres ramos ao recto interno, ao recto inferior e ao pequeno obliquo. Este ultimo apresenta a grossa raiz ou raiz motora do ganglio ophthalmico que vae innervar os musculos ciliar e constrictor da pupilla.

Em summa; o nervo motor ocular commum preside aos movimentos de elevação da palpebra superior, a todos os movimentos de elevação e de convergencia, a quasi totalidade dos movimentos

de abaixamento e a rotação do olho para fóra do seu eixo antero-posterior. Elle tem ainda sob a sua dependencia os movimentos do sphincter da pupilla e a função accommodativa.

A lesão pode interessar a totalidade ou parte de suas fibras bem como a totalidade ou parte de seus nucleos; donde as paralyrias do globo ocular subsequentes á implantação da lesão em um como em outro destes pontos.

A circulação arterial dos pedunculos cerebraes foi estudada por Duret em 1873 e mais recentemente por Alezais e D'Astros em 1892 e por Schimmamura (de Tokio) em 1894.

Com Testut, podemos classificar as arterias pedunculares em internas ou medianas e externas ou lateraes.

As arterias pedunculares internas, medianas ou centraes (arterias super-pedunculares de Duret), continuam a serie das arterias medianas da protuberancia.

Ellas nascem, em parte, da extremidade anterior do tronco basilar, em parte, da porção inicial da cerebral posterior; algumas provêm da communicante posterior. Seguindo um trajecto ascendente, penetram pela maior parte nos buracos internos do espaço perfurado posterior ou espaço interpeduncular; outras (arterias radicales) desapparecem no sulco do motor ocular commum e seguem de baixo para cima o trajecto deste tronco nervoso.

Chegadas á callotte peduncular, as arterias pedunculares internas distribuem-se ás differentes partes desta região, como sejam: a faixa de Reil, ao pedunculo cerebellososuperior, ao nucleo rubro,

aos nucleos de origem dos nervos motor ocular commum e pathetico.

Segundo Schinmamura, todas estas arterias pertencem a categoria das arterias terminaes, isto é, não se anastomosam entre si, nem no seu trajecto nem na sua terminação. O nucleo do motor ocular commum, em particular, tem uma circulação completamente independente, não communicando nem com a dos tuberculos quadrigemeos nem com a do nucleo opposto.

As arterias pedunculares externas ou lateraes, mui variaveis no seu volume e no seu trajecto, provêm ás vezes da cerebral posterior, da communicante lateral, da choroidiana anterior e da cerebellosa superior. Ellas penetram no pedunculo por sua face inferior e por sua face externa e se distribuem á região do pé, bem como á região externa da calotte.

Existe ainda um terceiro grupo arterial, arterias opticas, que, ganham a cama optica atravessando o pedunculo; da sua ruptura pode resultar um foco hemorragico com producção do syndroma alterno.

Entremos agora no estudo anatomo-clinico do mesocephalo.

A protuberancia annular, tambem chamada mesocephalo ou ponte de Varole, é a parte das vias nervosas centraes intermediaria ao bulbo, aos pedunculos cerebraes e ao cerebello.

Apresenta-se sob o aspecto de uma massa branca, de fórma cubica, repousando sobre a gotteira basilar. Ella é posta em communicação com o cerebello por intermedio dos pedunculos cerebellosos medios e occupa a parte central do plano inferior

do isthmo. Recebe este nome em virtude da disposição especial das suas fibras que, indo de um lado ao outro, cobrem a maneira de uma ponte ou de um semi-anel, os feixes longitudinaes do bulbo e dos pedunculos cerebraes que constituem as partes profundas do organo.

Podemos considerar, sob o ponto de vista anatomico, dous planos ou andares na protuberancia annular: um anterior ou ventral, o outro posterior ou região da calotte.

No andar anterior, encontramos os diversos elementos já estudados: o feixe geniculado ou motor da face, situado para traz e para dentro do feixe pyramidal; as proprias fibras pyramidaes que descidas dos pedunculos prolongar-se-ão até as grandes cellulas dos cornos anteriores da medulla.

Na calotte da protuberancia, existem conjunctamente feixes ascendentes ou descendentes observados na do pedunculo.

O mais importante, a faixa de Reil ou feixe sensitivo, é collocado na parte anterior da calotte, perto da linha média. Os pedunculos cerebellosos superiores ligam o cerebello ao cortex por intermedio dos tuberculos quadrigemeos, do nucleo rubro e da cama optica; enfim o feixe longitudinal posterior que representa a continuação do cordão anterolateral da medulla liga uns aos outros os differentes andares da columna cinzenta.

Nervos craneanos têm tambem a sua origem ou a sua terminação na protuberancia annular. Assim é que, da parte inferior e ventral, perto da linha média, saé o tronco do 7.º par (facial); mais perto ainda da linha média toma nascimento o nervo do

6.º par (motor ocular externo ou abducens); mais acima e para fóra apparece a origem do 5.º par (trigemeo).

O facial tem seu nucleo de origem na protuberancia (sulco bulbo-protuberancial) abaixo do soalho do quarto ventriculo, entre a oliva superior que está para dentro e a raiz descendente do trigemeo que está para fóra.

Convem notar que muitas vezes as lesões da protuberancia attingem igualmente o bulbo e que portanto a symptomatologia é bulbo-protuberancial.

As arterias da protuberancia annular se distinguem em medianas e lateraes.

As arterias protuberanciaes medianas, nascem da face superior do tronco basilar e cercam a protuberancia na linha média; são os vasos nutritivos dos nucleos dos 5.º, 6.º e 7.º pares. Estas arterias constituem pela sua ruptura o foco de predilecção das hemorragias protuberanciaes.

As arterias protuberanciaes lateraes, nascem igualmente da basilar e vêm perfurar a protuberancia em pontos diversos da sua periphéria.

Frequentemente vêm-se focos do mesocephalo espalhados fóra dos limites do orgão e o syndroma realiado affecta o typo bulbo protuberancial; ás vezes mesmo a paralyisia alterna resulta de uma lesão pedunculo-protuberancial.

Eis resumidamente, o que nos foi permittido dizer sobre a constituição anatomica dos pedunculos cerebraes e da protuberancia annular; passemos agora em revista o estudo da natureza das lesões productoras das paralyisias alternas.

Varias são as causas ás quaes devemos imputar

a existencia das hemiplegias alternas, pois sabemos não ser outra cousa mais que um conjuncto symptomatico essencialmente adstricto a uma localisação anatomica.

Para a boa comprehensão das perturbações causadas pelas lesões dos pedunculos cerebraes e da protuberancia, podemos escudados nas observações accuradas e concludentes dos mestres, inscrever entre as causas mais frequentes, a tuberculoze, a syphilis, focos de hemorrhagia e de amollecimento, tuberculos diversos, traumatismos e processos inflammatorios adstrictos aos orgãos que circumdam estas regiões.

Realmente, as alterações mais frequentes são as hemorrhagias, os amollecimentos e os tumores. Dentre os focos hemorrhagicos distinguiremos não só os que provêm da ruptura de um dos vasos arteriaes destas regiões, bem como os que resultam da diffusão do sangue na região visinha.

Os fócios de amollecimento, na grande maioria dos casos, são devidos: as arterites chronicas, atheroma, arterio-esclerose, embolias, etc.

A syphilis, que é um factor importante na genese das arterites cerebraes, é muitas vezes a causa primitiva dos amollecimentos destas regiões.

Todas as infecções e intoxicações que são capazes de produzirem a arterite cerebral podem ser encontradas nos antecedentes do doente.

Os tumores dos pedunculos e da protuberancia são relativamente raros. Observa-se ás vezes gomas syphiliticas, tuberculos diversos, gliomas e glio-sarcomas.

Dentre estes tumores, os mais frequentes são in-

contestavelmente os tuberculos e as gommas syphiliticas.

As lesões traumaticas destas regiões podem tambem dar origem ás paralyisias alternas.

D'Astros demonstrou que estes processos morbidos não são raros na pathologia do pedunculo cerebral.

Em summa, é muito difficil na maioria dos casos, poderiamos mesmo dizer na totalidade, apurar bem ao certo o papel que a cada uma destas causas cabe na genese da molestia. Todos quantos se entregam á clinica das molestias nervosas quotidianamente se esbarram contra esta resistencia que ha para levantar a anamnese perfeita de um doente portador de uma affecção nervosa.

Não será, portanto, para admirar que no estudo que empreendemos se encontrem grandes lacunas.







## CAPITULO III

### Symptomatologia

**P**ARA methodisar o estudo da syndromatologia das paralyrias alternas, devemos dividil-o em duas partes de accordo com a séde da lesão e teremos assim: a symptomatologia das paralyrias pedunculares alternas e a symptomatologia das paralyrias bulbo-protuberanciaes alternas.

O conhecimento das lesões que interessam a região dos pedunculos cerebraes, é de um certo valor pratico, porque muito nos auxilia a desvendar a semiologia das alterações pedunculares alternas.

Considerou-se, por muito tempo, a pathologia desta região do mesencephalo como resumida no syndroma de Gubler-Weber.

D'Astros, porém, demonstrou que ha dous typos symptomaticos extremos: o typo Gubler-Weber ordinario, no qual a hemiplegia e a paralyria do motor õcular commum são completas e totaes e a lesão se assesta no andar inferior do pedunculo ao nivel do bordo superior da protuberancia; o typo Benedikt,

no qual as paralyrias são incompletas e podem acompanhar-se de tremor; a lesão se assesta no andar superior do pedunculo e não actua senão por compressão e excitação das fibras pyramidaes.

O syndroma mais frequente e caracteristico de lesão peduncular é, sem duvida, o de Gubler-Weber. Uma lesão do pé do pedunculo, seja qual fôr a sua natureza, hemorrhagica, necrobiotica, syphilitica, etc., pode acarretar o syndroma de Gubler-Weber, o que é facilmente explicado pelas relações do feixe pyramidal com o terceiro par craneano.

E', portanto, este syndroma a expressão de uma paralyria directa do motor ocular commum com uma hemiplegia dos membros do lado opposto. Quanto á hemiplegia nada diremos; á ella se applicam todas as considerações que dizem respeito a hemiplegia capsular.

A paralyria do nervo motor ocular commum pode ser completa e accometter toda a musculatura interna e externa do olho (extrabismo externo, ptosis palpebral, mydriase, etc.), ou incompleta, apresentando-se muitas vezes sob a forma de uma ophtalmoplegia interna isolada.

Ha casos em que a paralyria se limita aos musculos externos do olho ou sómente a alguns da musculatura externa, não sendo interessadas a iris e a pupilla, o que se verifica quando é respeitado o nucleo do motor ocular commum.

Mais raramente observa-se uma ptosis palpebral isolada, com a qual quasi sempre coexiste uma paralyria do sexto par e uma paralyria total do facial.

A ptosis é, com effeito, um facto frequente. O nys-

tagmus paralytico é susceptivel de observar-se assim como a neuro-retinite.

Á esta paralyisia ocular póde, por sua vez, associar-se a paralyisia do motor ocular commum do lado opposto, que poderá ser completa ou mais frequentemente incompleta.

O estado da pupilla é variavel; ha ás vezes mydriase, outras vezes myosis; as reacções luminosas e accommodativas são abolidas.

A manifestação symptomatica póde duplicar-se, formando um syndroma duplo, o que se attribue a extensão progressiva da lesão causal; assim como provocar perturbações da sensibilidade, pois, já sabemos que a calotte peduncular encerra a faixa de Reil ou feixe sensitivo que leva ao cortex as multiplas impressões vindas da periphéria.

Muitas vezes a lesão peduncular não traduz-se por uma hemiplegia e sim por uma hemiparesia cruzada com tremor.

O sabio professor Benedikt estudando o mecanismo e pathogenia do tremor em geral, assignalou pela primeira vez um conjuncto symptomatico caracterisado por uma paralyisia do motor ocular commum e uma hemiparesia cruzada com tremor.

A esse complexo morbido deu Charcot o nome de syndroma de Benedikt.

O tremor que coexiste com a hemiparesia e caracteriza este syndroma, não é sempre um phenomeno contemporaneo e immediato. Apparece quasi sempre com ella, mas casos ha em que só se apresenta muito tempo depois.

Raras são as observações desse syndroma, limitando-se ás de Benedikt que pela primeira vez o

distinguiu das outras fórmulas da nosologia nervosa e ás duas do professor Charcot.

Todavia, diz Gilles de la Tourette, a figura clinica do syndroma é excepcionalmente delineada, sendo a analyse anatomica das mais instructivas em relação ás localisações da base do encephalo.

Benedikt estabeleceu baseado em tres observações, das quaes uma com autopsia, que o syndroma caracterisado pela paralytia do motor ocular commum com hemiparesia cruzada e tremor das extremidades paralytadas, é representado *post-mortem* por uma lesão localisada no pedunculo cerebral, ao nivel da emergencia do terceiro par.

Eis o syndroma de Benedikt observado na clinica do professor Charcot:

Um homem de 39 annos, de raça negra (Martínica), entrou para o serviço da clinica das molestias do systema nervoso. Nada de particular nos seus antecedentes hereditarios, a não ser uma infecção variolica aos 15 annos de idade.

A affecção começou ha dezeseis annos sem prodromos, por um ictus apoplectiforme subito, voltando o doente a si no fim de tres dias.

Apresenta uma hemiplegia direita completa, estrabismo externo do olho esquerdo com <sup>m</sup>ptosis da palpebra superior.

Dysarthria muito accusada que torna a palavra quasi incomprehensivel.

A hemiplegia á principio sem caracter especial, complicou-se ao fim de um anno de um tremor muito accentuado que appareceu de um modo progressivo, exagerando-se pouco a pouco.

A força muscular está relativamente conservada

no lado hemiplegico; não ha amyotrophia. Na face encontram-se os phenomenos denunciativos de um ataque ao facial inferior; os traços e a bocca desviados para a esquerda, desvio esse que se accentua quando o doente fala ou ri.

O tremor occupa todos os segmentos dos membros superior e inferior, não apresentando-se na face; durante o repouso adquire o character de movimentos athetoticos. Quando o doente quer executar um movimento, o membro em seu conjuncto e seus diversos segmentos apresentam abalos violentos, amplos e desordenados, sobre os quaes a vontade não tem a menor accção.

Marcha difficil e só realisada com o auxilio de um bastão.

Em repouso, sentado, em pé ou deitado, observa-se movimentos rythmicos e lentos do tronco e do pescoço, havendo uma especie de balanço do corpo no sentido lateral.

A sensibilidade geral está intacta á esquerda. Do lado hemiplegico verifica-se ao nivel dos membros e do tronco a perda da sensibilidade tactil e thermica e ausencia da funcção estereognostica. Analgesia. Ausencia dos reflexos rotuliano e achiliano dos dous lados.

Diminuição bem apreciavel do reflexo do punho e do cotovello; reflexo cremasterino normal á esquerda e abolido á direita; não ha trepidação epileptoide.

Olho esquerdo (lado opposto á hemiplegia): ptosis paralytica completa, estrabismo externo muito accusado, paralyxia completa dos rectos interno, superior e inferior. Pupilla pouco dilatada, mais larga

que a do olho direito, immovel á luz e á accomodação. Diminuição da acuidade visual  $V=1/7$ .

Olho direito (lado hemiplegico): ligeira ptosis; os movimentos para dentro são limitados e acompanhados de oscillações nystagniformes. Paralysis completa do recto superior e incompleta dos rectos interno e inferior. Pupilla immovel á luz e á accomodação. Ligeira diminuição da acuidade visual  $V=1/2$ .

A paralysis da accomodação que existe dos dous lados data do começo da molestia; desde o ictus necessita o doente de fortes lentes convexas para a visão proxima.

Nunca accusou diplopia por causa da oclusão permanente das palpebras do olho esquerdo.

Não ha desvio da lingua. Palavra escandida. Sensibilidade gustativa abolida á direita e enfraquecida á esquerda. Olfacção e audição normaes.

Devido aos movimentos desordenados do membro inferior, apresenta o doente varias escoriações nessa extremidade.

Como vemos pelo que fica exposto, o syndroma de Benedikt apenas se differencia do syndroma de Weber pela existencia do tremor no lado paralyzado e com a observação relatada exemplificamos os dous factos.

O começo destas duas affecções bem como o das paralysias protuberanciaes alternas, podem ser lentos, com cephalalgia premuntoria, formigamentos, zumbidos nos ouvidos, etc., ou subito e immediato, com um ictus que pode arrastar o paciente a um coma susceptivel de deixal-o sem consciencia durante alguns dias.

Dito isto, passemos em revista o que ha sobre a symptomologia das paralyrias bulbo-protuberanciaes alternas.

Foi, em 1855, como vimos no começo deste trabalho, que, Millard chamou a attenção sobre uma variedade de hemiplegia, da qual no anno seguinte Gubler fez um estudo completo sob o nome de hemiplegia alterna. Realmente, é a estes dous auctores que devemos o conhecimento das paralyrias alternas.

Não padece duvida tambem, que, quando um processo pathologico se assesta na parte inferior ou bulbar da protuberancia, provoque a apparição de um typo de syndroma alterno caracterizado por uma hemiplegia dos membros de um lado do corpo e paralyria facial do lado opposto; é o syndroma de Millard-Gubler.

Eis a razão anatomica deste syndroma: as fibras do facial se entrecruzam com as do lado opposto na espessura da porção bulbar da protuberancia annular, ao passo que as fibras motoras destinadas aos membros não se entrecruzam senão muito mais abaixo, nas pyramides. Ora uma lesão situada abaixo, desta decussação, determinará uma paralyria directa do nervo facial; mas, como ao mesmo tempo interessa os feixes emanados do corpo estriado, que só se entrecruzam ao nivel das pyramides, haverá tambem uma hemiplegia do lado opposto.

Nestes casos, como nas paralyrias periphericas, a paralyria do facial é pois directa e completa. Demais, os musculos perdem a sua contractibilidade electrica, o nervo se altera, sempre como nas paralyrias de origem peripherica. A razão disto está em

que no interior da protuberancia o nervo já está constituido, promovendo a lesão a separação de seu centro trophico, de seu nucleo de origem.

Como muito bem faz notar Grasset, não é mais o centro e sim o conductor que é comprometido, sendo a paralyasia alterna uma paralyasia cerebral para os membros e peripherica para a face.

Nas lesões cerebraes com hemiplegia, a paralyasia do nervo do septimo par, nunca é tão completa como no caso em que ha uma paralyasia traumatica ou rheumatismal do nervo ou quando a paralyasia depende de uma lesão da protuberancia acompanhada da paralyasia cruzada dos membros.

Na hemiplegia alterna devida á lesão da região bulbar da protuberancia, a paralyasia facial é tão completa, tão absoluta como se houvesse uma secção transversal ou uma destruição por compressão do nervo. Assim lesado, perde a sua excitabilidade propria, soffrendo a degeneração secundaria. Ao fim de alguns dias as excitações electricas não actuam com tanta intensidade sobre os musculos, ao passo que nas paralyasias cerebraes esta excitabilidade persiste sem haver amyotrophia.

Conjunctamente com a paralyasia facial, podemos observar na hemiplegia alterna inferior o comprometimento do motor ocular externo, do ramo motor do trigemeo, do grande hypoglosso e do auditivo.

De facto, a visinhança dos nucleos do facial e do motor ocular externo explica que o sexto par pode participar da paralyasia, sendo que muitas vezes este nervo será interessado isoladamente sem a participação do facial.

A paralyisia alterna, ao envez de limitar-se a uma hemiplegia de um lado e a uma paralyisia facial peripherica do lado opposto, com ou sem participação do motor ocular externo, pode interessar igualmente o hypoglossso do mesmo lado que o nervo do septimo par.

O distincto neuropathologista Raymond, nas suas interessantes lições clinicas apresenta um grandissimo numero de casos de paralyisias alternas inferiores:

*a)* Paralyisia do motor ocular externo associada a uma hemiplegia dos membros do lado opposto.

*b)* Anesthesia da face de um lado associada a uma anesthesia dos membros e do tronco do lado opposto.

*c)* Paralyisia alterna limitada ao dominio de innervação dos nervos craneanos.

*d)* Juxtaposição de uma paralyisia alterna motora e de uma paralyisia alterna sensitiva.

Gilbert Ballet apresentou á Sociedade de Neurologia de Paris um homem attingido de paralyisia alterna e dissociada da sensibilidade (esquerda para a face, direita para os membros) associada a uma paresia motora esquerda.

Brissaud nas suas preciosas lições clinicas relata um caso de paralyisia alterna muito interessante e raro: o corpo era atrophiado de um lado com integridade da face; do lado opposto a atrophia attingia o rosto.

Oppenheim observou um caso no qual a impotencia motora do lado opposto á lesão se combinava a paralyisia do motor ocular externo e do ramo mastigador do trigemeo.

Gellé demonstrou que a hemiplegia alterna pôde ainda realizar-se por uma paralyisia de um lado do corpo, associada ao compromettimento do nervo ou nucleo acustico do lado opposto.

Grasset descreve um typo especial de paralyisia alterna caracterizado pela paralyisia dos membros á esquerda e pela paralyisia do facial total e do hypoglosso á direita e do hemioculo-motor dextrogyro. É o typo Foville do syndroma de Millard-Gubler: a lesão tem sua séde na parte inferior da protuberancia. Trata-se de um individuo de dezeseis annos de idade, pertencente a uma familia de nevropathas, o qual não apresenta accidente algum anterior de interesse. Em fins de Janeiro de 1900, em perfeita saúde, uma manhã, ao levantar-se, sente-se fraco do lado esquerdo. Esta paresia se accentúa progressivamente, ao tempo em que apparece a paralyisia facial do lado direito e torna-se a palavra embarçada.

Em 31 de Maio, notava-se uma paralyisia dos membros á esquerda, marcha difficil, arrastando a perna, necessidade de apoio; braço esquerdo ao longo do corpo; o dynamometro marca 10 á esquerda e 30 á direita; reflexos rotulianos exaggerados dos dous lados; não ha perturbações da sensibilidade.

A face é desviada: a commissura labial direita é menos elevada que a esquerda; a metade direita do rosto fica immovel quando elle ri ou fala; os traços são menos pronunciados á direita; os liquidos escapam pela commissura labial direita. Ao mesmo tempo, o olho direito parece mais largamente aberto e mais saliente que o esquerdo; epiphora do mesmo lado; o individuo não pode fechar o olho direito

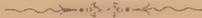
quer isoladamente quer ao mesmo tempo que o esquerdo; o véo do paladar é flácido, abaixado e desigual.

Ha, pois, paralyisia accentuada do facial superior e inferior direitos. O hypoglosso do mesmo lado é igualmente paralyisado e a lingua desviada á direita.

« Mas nosso doente, diz Grasset, apresenta demais um symptoma ordinario, mas que denota interesse: se lhe ordeno seguir meu dedo com os dous olhos, sem virar a cabeça, observo que os dous olhos seguem muito bem o dedo para a esquerda do individuo; mas para a direita não ultrapassam nem um nem outro a linha media (os movimentos de elevação e de abaixamento dos dous olhos são normaes). Então ha paralyisia do motor ocular externo direito e do ramo do recto interno do motor ocular commum esquerdo.» Neste caso e nos outros vê Grasset um typo especial ligado ao syndroma de Millard-Gubler e admite a existencia de um e outro prendendo-se a paralyisia alterna superior.

E' o typo Foville do syndroma de Gubler-Weber.

Aqui fazemos ponto e julgamo-nos dispensados de maiores considerações em virtude da amplidão que demos no começo do nosso humilde trabalho.







## CAPITULO IV

### Diagnostico

As dificuldades de que se acerca o diagnostico das molestias nervosas são numerosas e perfeitamente reconhecidas por todos os homens que se dedicam ao estudo da neuropathologia.

É tão eloquente e ao mesmo tempo tão sincera a linguagem com que o illustrado Dr. Torres Homem descreve essas dificuldades, que o melhor é deixal-o falar. Ouçamol-o: «O diagnostico das affecções do systema nervoso, é sem duvida alguma, a parte mais difficil da clinica, representa o escolho em que naufragam frequentemente o estudo, a illustração e a experiencia dos mais abalisados praticos. É, sobretudo, nas enfermarias de um hospital, onde o diagnostico passa mais tarde pelo cadinho depurador das necropsias, que devemos guardar muitas reservas nas opiniões que emittirmos para deste modo evitarmos constantes decepções.

Quantas vezes guiado, pelos preceitos que a Physiologia ensina e a observação clinica tem sancionado, o medico estabelece um diagnostico e entretanto o vê desmentido pela autopsia?

Quantas vezes os symptomas se apresentam tão desconnexos, tão tumultuarios, tão anarchicos e desparatados. que é impossivel formar um diagnostico mesmo de presumpção?»

É, pois, mui timidamente que nos vamos occupar de tão transcendente e complicado assumpto.

A hemiplegia alterna, seja qual fôr a sua variedade, offerece em geral, sob o ponto de vista do diagnostico da séde e da natureza da lesão, grandes difficuldades.

A investigação de uma paralyisia alterna implica, de uma maneira pouco mais ou menos constante, a existencia de uma lesão organica do bulbo, da protuberancia ou do pedunculo. Estas paralyisias têm um valor semiologico importante, porque segundo os nervos craneanos paralyisados podemos deduzir a séde das lesões.

Com effeito, a presença de uma hemiplegia associada a uma paralyisia do motor ocular commum ou do facial do lado opposto, implica quasi sempre a existencia de uma affecção peduncular ou bulbo-protuberancial. Lesões organicas e mesmo a hysteria podem, entretanto, simular os diversos syndromas de paralyisia alterna como veremos no correr deste capitulo.

Todo o processo pathologico que se manifesta no pedunculo, ao nivel das fibras do motor ocular commum ou do nucleo de origem, isto é, perto do entrecruzamento e que attinge de outra parte a via pyramidal antes da sua decussação, determinará a appareção de um syndroma especial, o syndroma de Gubler-Weber, caracterizado, como já vimos, por uma hemiplegia de um lado do corpo associada a queda da palpebra do lado opposto.

Este syndroma offerece notavel analogia com o syndroma de Benedikt, sendo que este apenas se differencia do primeiro pela existencia do tremor no lado paralyzado. O tremor é caracteristico, representando um intermediario entre o da hemi-choréa e o da hemi-athetose; parece-se ás vezes com o tremor da paralyssia agitante ou da esclerose em placas, exagerando-se sempre com os movimentos intencionaes.

Facil é o diagnostico differencial do syndroma de Benedikt com as hemiplegias ordinarias acompanhadas de tremor, pela ausencia da paralyssia do nervo motor ocular commum.

Desse modo excluimos facilmente a hemi-choréa e a hemi-athetose post-hemiplegicas, com as quaes o tremor peduncular apresenta muitas analogias.

Do mesmo modo fazemos a distincção clinica com a esclerose em placas, principalmente quando apresenta a forma hemiplegica.

O eminente professor Benedikt, procurando precizar a natureza dos tremores que se observam na paralyssia agitante e na esclerose em placas, os quaes notavel analogia apresentam com a congenere perturbação motora que se nota no syndroma de Benedikt, assim se exprime:

«Na molestia de Parkinson, os movimentos voluntarios interrompem, ao menos em principio, ou moderam o tremor, enquanto que na esclerose em placas esses movimentos provocam e exageram o tremor. Essas differenças symptomaticas caracteristicas indicam evidentemente um mecanismo differente. Num caso o movimento voluntario excita um apparelho moderador do tremor, no outro ou bem

este movimento paralyza este aparelho modêrador ou bem excita um outro aparelho provocador do tremor».

A paralyzia alterna do typo Millard-Gubler pode, num exame superficial, apresentar alguma analogia com a hemiplegia vulgar. É o que acontece nos casos de tumores multiplos do cerebro ou das meninges, e tambem em algumas hemiplegias quando ha contractura facial. Nestes casos, porem, pelo exame do doente notamos desvio da face para o lado são, com franca tortura-oris; ausencia do sulco naso-labial do lado paralyzado e accentuação do lado opposto; lingua desviada com a ponta dirigida para o lado paralyzado, etc. Não ha amyotrophias e a contractibilidade electrica permanece normal ou sem modificação sensivel, o que não acontece com o syndroma de Millard-Gubler, visto ser caracterizado por uma paralyzia facial peripherica, alternando-se com uma hemiplegia cruzada em relação á lesão.

Passemos agora a indicar os caracteres que permittirão distinguir a paralyzia facial de origem peripherica da que affecta o typo central; esta ultima é dissociada, ao passo que a paralyzia facial peripherica é total e accommette não só os musculos animados pelo facial inferior, como tambem os innervados pelo ramo superior (orbicular das palpebras, superciliar, frontal). Demais a paralyzia é cruzada em relação ao foco encephalico. Inversamente a paralyzia facial peripherica é directa e se manifesta no proprio lado da lesão.

Em ultimo lugar a reacção electrica dos musculos innervados pelo facial, ás diversas formas da

corrente, não soffre modificação alguma. Ao contrario, no caso de *paralysis peripherica* ou *paralysis infra nuclear*, a reacção electrica dos musculos faciaes, á corrente faradica, desaparece ou diminue, ao passo que a sua excitabilidade galvanica augmenta de intensidade.

A *paralysis alterna* descripta pelo professor Grasset sob o nome de typo Foville (*paralysis* dos membros de um lado, do facial total, do hypoglosso e do hemioculomotor rotador dos olhos do outro) apresenta alguma semelhança com a *paralysis superior* ou *syndroma de Gubler-Weber*.

A analogia com o *syndroma protuberancial inferior* é evidente e o proprio professor Grasset chama-o typo Foville do *syndroma de Millard-Gubler*, visto como foi aquelle auctor quem primeiramente o descreveu com clareza e precisão.

Aqui o diagnostico em qualquer dos typos não offerece difficuldade; basta dizermos que no typo de Millard-Gubler a *paralysis* dos membros alterna com a facial e lhe é homologa a *paralysis* ocular; no typo Foville do *syndroma de Gubler-Weber*, se a *paralysis* dos membros alterna com a ocular e lhe é homologa a *paralysis* facial, o nervo attingido é o motor ocular externo e não o motor ocular commum.

Ha na litteratura medica alguns casos isolados de *paralysias alternas* de origem *hysterica*.

Vejamos o que nos dizem as observações a este respeito.

A primeira observação de *syndroma de Gubler-Weber* de origem *hysterica*, pertence ao illustre professor Charcot, a quem nós devemos a maior parte

das aquisições da pathologia nervosa; esta observação fez parte de uma brilhante lição clinica do preclaro professor, inserta nos archivos de neurologia de Julho de 1891, a qual se refere a um caso de hysteria simuladora do syndroma de Gubler-Weber. Trata-se de uma joven rapariga de 18 annos de idade, que apresentava, ha muitos annos, uma quêda da palpebra superior do lado esquerdo, associada a paralysis completa dos membros do lado opposto, acompanhada de hemianesthesia. Demonstrou Charcot que não se tratava de uma paralysis organica, mas de um caso de hysteria. Os musculos rectos interno, superior e inferior e o pequeno obliquo eram intactos. A quêda da palpebra era uma falsa ptosis, um blepharopasmo hysteric; disto deram-nos testemunho o supercilio correspondente que é abaixado e não levantado, como soe acontecer para a ptosis de natureza organica e a anesthesia da cornea que acompanha o blepharopasmo. Além disto os caracteres tanto extrinsecos como intrinsecos encaminham perfeitamente o diagnostico da nevrose.

Assim é que neste caso devemos recorrer a verificação dos estigmas da nevrose, aos antecedentes nevropathicos e a evolução da molestia.

Higier, em 1893, relata uma observação de falso syndroma de Gubler-Weber, no seu trabalho sobre a gagueira hysteric.

Geraud e Remlinger, em 1897, apresentaram uma observação, na qual um soldado sem antecedentes hereditarios nem pessoas nevropathicos, apresentou no curso de uma febre typhoide de forma pouco grave, diagnosticada pela sero-reacção de Widal, um syndroma de Gubler-Weber cuja natureza

hysterica foi provada por uma crise convulsiva typica, por contrações rythmicas nos musculos paralyzados, augmentando quando o doente se sentia observado e pelo desaparecimento rapido do syndroma.

Assim, conhece-se hoje, que, desde os trabalhos notaveis de Guinon sobre os agentes provocadores da hysteria, a influencia das infecções e das intoxicações é de grande interesse nas manifestações hystericas.

O saturnismo, a syphilis e o paludismo podem tambem favorecer o apparecimento da nevrose.

A autopsia mostrou uma integridade absoluta da região bulbo-ponto-peduncular.

Bichelonne e Boucarut publicaram uma observação do syndroma de Gubler-Weber, cuja origem parecia dever ser ligada a hysteria.

O syndroma de Millard-Gubler pode tambem ser simulado pela hysteria—o Proteo, que na phrase do grande Sydenham, pode apresentar-se sob tantas formas quanto o cameleão.

O primeiro facto deste genero foi observado por Michaut em 1890. Trata-se de um homem de 35 annos de idade, que, em consequencia de uma perda subita do conhecimento, sobrevinda sem motivo, apresentou uma hemiplegia sensitivo motriz, associada a paralyssia facial do lado opposto.

Debove, Rendu e Gouraud observaram e publicaram alguns casos, nos quaes existia antes hemispasmo facial do lado da paralyssia dos membros que uma paralyssia facial do lado opposto; havia, pois, simulação de uma paralyssia alterna de aspecto hysterico.

Raymond fez publicar em 1892, na these de seu discipulo Tournant, uma observação de paralyasia alterna, na qual a paralyasia motriz dos membros de um lado era associada a uma paralyasia facial do lado opposto. Crocq e Marlow apresentaram um caso semelhante.

O diagnostico, portanto, das falsas paralyasias alternas de origem hysterica será sobretudo baseado na verificação dos estygmas da nevrose, na evolução da molestia e nos signaes clinicos apontados pelo professor Babinski para a differenciação entre a hemiplegia organica e a hysterica.

Além destas paralyasias podemos observar em clinica, outras que não são produzidas por lesões intra-pedunculares ou intra-protuberanciaes, isto é, hemiplegias independentes de lesões-bulbo-ponto-pedunculares.

Assim é que um hemiplegico por lesão cerebral pode, por exemplo, ter do lado opposto a sua hemiplegia uma paralyasia facial peripherica.

Rendu observou uma paralyasia alterna (paralyasia do terceiro par á esquerda e dos membros do lado direito) que era devida a um foco de amollecimento da circumvolução marginal e a exsudatos comprimindo o nervo motor ocular commum. Perroud descreve uma paralyasia alterna produzida por um amollecimento do hemispherio esquerdo e por um tuberculo da orbita esquerda.

Jackson assignala, em 1873, um caso manifesto de syphilis intra craneana, na qual houve hemiplegia esquerda por lesão cerebral direita e paralyasia do terceiro par direito de onde ptosis deste mesmo lado.

Vigouroux e Vignier, em 1899, apresentaram uma

observação produzida por uma pachymeningite suppurada, simulando o syndroma de Gubler-Weber, sobrevinda n'um alcoolata no curso de uma erysipela da face.

Menetrier e Bloch estudaram um caso de syndroma de Gubler-Weber, no qual o pedunculo era intacto e onde existia um volumoso tumor canceroso, occupando a região infero interna do lobo temporal, recalcando as circunvoluções temporaes inferiores e vindo fazer luz entre o chiasma do nervo optico para diante e o pedunculo cerebral para traz. Este tumor comprimia o motor ocular commum, ao passo que em cima recalcava a capsula interna. Tratava-se de um cancro secundario, consecutivo a um epithelioma mammario atypico.

Num caso de Joffroy, uma paralyisia do facial inferior do lado direito coincidia com uma hemiplegia flacida do lado esquerdo; á autopsia, verificou-se a existencia de um tuberculo no hemispherio direito e de outro no hemispherio esquerdo.

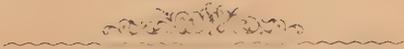
William Cecil Bosanquet relata uma observação na qual existia uma paralyisia alterna typica, tudo fazia crer numa lesão da protuberancia; á autopsia, ella estava intacta, mas existia num hemispherio um amollecimento limitado e no outro tumores secundarios a um thoracico.

Podemos, em fim, juntar aqui um caso observado por Scherb, no qual o doente tinha, de uma parte, uma hemiplegia cerebral, da outra, lesões esclerogommosas da base englobando o facial e o trigemeo.

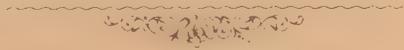
Eis quanto podemos dizer em relação ao ponto que nos aprouve escolher para ser o assumpto da dissertação da nossa these.

Aqui, pois, terminamos o nosso humilde trabalho, que se acha eivado de erros e imperfeições que não duvidamos reconhecer; mas resta-nos a intima convicção de que não poupamos esforços para superar os obstaculos que se nos antepuzeram em tão ardua tarefa: pelo que entregamol-o a criteriosa apreciação dos nossos illustrados mestres e competentes juizes e sejam estas as nossas ultimas palavras: *feci qui potui.*





PROPOSIÇÕES





# PROPOSIÇÕES

## ANATOMIA DESCRIPTIVA

### I

No cerebro temos as arterias lenticulo estriadas e as lenticulo opticas, sub-divisão das arterias estriadas externas.

### II

As lenticulo-estriadas vão principalmente aos dous terços anteriores da capsula interna e ao nucleo lenticular.

### III

As lenticulo-opticas vão ao nucleó lenticular e a cama optica, assim como ao terço posterior da capsula interna.

## ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

### I

Tres pares craneanos contribuem para a motilidade do globo ocular: 3.º, 4.º e 6.º pares.

### II

O nervo motor ocular commum innerva os seguintes musculos: recto superior e elevador da pal-

pebra superior, por seu ramo superior; recto interno, recto inferior e pequeno obliquo por seu ramo inferior.

### III

O nervo motor ocular externo innerva o musculo recto externo, bem como o pathetico innerva o grande obliquo.

## HISTOLOGIA

### I

A medulla espinhal compõe-se de duas partes: a substancia branca e a substancia cinzenta.

### II

A substancia cinzenta é formada de fibras nervosas e de cellulas nervosas.

### III

A substancia branca é unicamente formada de fibras nervosas, que se dispõem em cordões: anterior, lateral e posterior, havendo tambem um grupo de fibras chamadas collateraes dos cordões.

## BACTERIOLOGIA

### I

O bacillo de Nicolaier é o elemento pathogeno do tetanos.

### II

O bacillo de Nicolaier é, devido aos seus esporos, assás resistente aos agentes de destruição.

### III

Esse bacillo actua por intermedio das toxinas que elle segrega.

## ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

### I

Hyperemia é o accumulo, nos vasos de um orgão ou de uma região qualquer, de uma quantidade de sangue superior a normal.

### II

As hyperemias dividem-se em dous grandes grupos: hyperemias activas ou arteriaes e hyperemias passivas ou venosas.

### III

A causa mais frequente das hyperemias activas são as perturbações vaso-motoras.

## PHYSIOLOGIA

### I

O coração é innervado pelo grande sympathico e pneumogastrico.

### II

O grande sympathico é geralmente considerado como um excitador dos movimentos cardiacos.

## III

Sendo os ganglios intra-cardiacos o centro e a origem da acção rhythmica do coração, é incontestavel que o grande sympathico tem uma acção manifesta sobre os movimentos cardiacos.

## THERAPEUTICA

## I

Anesthetics são agentes que têm a propriedade de abolir a sensibilidade.

## II

Elles podem ser divididos em locaes e geraes.

## III

Entre os anesthetics geraes o mais empregado é o cloroformio.

## HYGIENE

## I

As aguas impuras têm uma acção nociva sobre o organismo dos individuos que dellas fazem uso.

## II

As molestias contagiosas e infectuosas podem ser transmittidas por intermedio destas aguas.

## III

Entre as molestias transmittidas por estas aguas estão o cholera-morbus e a febre typhica.

## MEDICINA LEGAL

## I

O individuo que cae ou é lançado n'agua pode morrer por asphyxia, por syncope ou por uma congestão cerebral.

## II

A pallidez geral do corpo, uma grande quantidade de agua no estomago, a presença de uma espuma branca nas vias respiratorias, o estado de fluidez do sangue e a maior quantidade deste liquido nas cavidades direitas do coração, a cor violacea, a dureza e crepitação dos pulmões, a bocca semi-aberta, excoriações dos dedos e areia debaixo das unhas, são os principaes symptomas de asphyxia por submersão.

## III

As excoriações dos dedos provam que o individuo lutou contra a morte e estava vivo antes de cahir n'agua, porém, é um signal que depende da localidade em que a submersão teve logar, assim como a ausencia de areia debaixo das unhas não prova que o individuo não morreu afogado.

## PATHOLOGIA CIRURGICA

## I

Ferimentos por armas de fogo são soluções de continuidade produzidas por projectis postos em movimento, pela deflagração da polvora.

II

Os accidentes mais frequentes destes ferimentos são a febre traumática, a gangrena, o tetanos e a septicemia.

III

A exploração dos ferimentos por arma de fogo deve ser feita com maximo cuidado, afim de serem extrahidos os corpos extranhos que possam embaraçar a sua cicatrisação.

CLINICA CIRURGICA (1.<sup>a</sup> CADEIRA)

I

A situação dos pedunculos cerebraes explica que as feridas desta região são raras.

II

Nas feridas por armas de fogo, podemos verificar ás vezes lesões dos pedunculos cerebraes, coexistindo com despedaçamentos osseos mais ou menos importantes.

III

As lesões dos pedunculos cerebraes mais interessantes são produzidas por um traumatismo intra-orbitario.

CLINICA CIRURGICA (2.<sup>a</sup> CADEIRA)

I

Os tumores dos pedunculos cerebraes são relativamente raros, não obstante podermos observar gommas syphiliticas, gliomas e glio-sarcomas.

II

Os tumores dos pedunculos mais frequentes são incontestavelmente os tumores tuberculosos.

III

O numero e o volume destes tumores variam segundo os casos.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A trepanação é uma operação que consiste em perfurar um osso, tirando-lhe uma rodella por meio de uma serra circular chamada corôa de trepano.

II

Esta operação é uma verdadeira resecção.

III

Não differe das resecções senão pela forma da excrese.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A hemiplegia é um syndroma clinico essencialmente caracterisado pela abolição mais ou menos completa da motilidade voluntaria em uma metade do corpo.

II

Quando a lesão assesta-se no cortex ou quando o feixe pyramidal é comprido ou destruido em

seu trajecto encephalico, a hemiplegia é chamada cerebral.

### III

De todas as lesões encephalicas, é a hemorragia cerebral em cujo quadro morbido se patenteia a hemiplegia mais completa.

#### CLINICA MEDICA (1.<sup>a</sup> CADEIRA)

##### I

A hemiplegia de origem encephalica corresponde á uma lesão situada no hemispherio do lado opposto.

##### II

A hemiplegia é completa e total quando occupa simultaneamente a face e os membros de um mesmo lado.

##### III

É incompleta e parcial, quando limita-se a uma ou a duas das partes que ella accommette na forma commum.

#### CLINICA MEDICA (2.<sup>a</sup> CADEIRA)

##### I

O diagnostico exacto da hemorragia cerebral é muitas vezes difficil, porque alguns de seus symptomas primitivos (apoplexia, hemiplegia) e muitos dos secundarios (contracturas, espasmos, etc.) são communs a outras molestias cerebraes.

II

A interpretação destes phenomenos requer um conhecimento profundo da anatomia do cerebro e da circulação dos seus differentes territorios.

III

Nas hemiplegias organicas grande é o valor semiotico do exaggero dos reflexos tendinosos.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A auscultação é de grande importancia para o diagnostico de muitas molestias, especialmente para as molestias do pulmão e coração.

II

A auscultação póde ser mediata ou immediata, segundo é feita ou não com o uso do sthetoscopio.

III

Para que uma auscultação seja bem feita é necessario, além de outros requisitos, que o medico tenha o ouvido educado na arte de auscultar.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Chama-se vinho medicinal todo aquelle que tem em dissolução um ou mais principios medicamentosos.

## II

Os principaes vinhos empregados na preparação dos vinhos medicinaes são os brancos, os tintos e os espirituosos.

## III

O melhor processo de preparação dos vinhos medicinaes e o mais empregado é o da maceração; porém, quando o emprego do vinho é immediato ou que elle se altera facilmente, prefere-se preparamo-o derramando a tintura sobre elle.

## HISTORIA NATURAL MEDICA

## I

Os vermes intestinaes que mais commumente se encontram nas caeanças são: o ascarides lombricoides e o oxyurus vermiculares, pertencentes á classe dos nematoides.

## II

O ascarides lombricoides habita o intestino delgado e algumas vezes o grosso intestino e o recto.

## III

Estes vermes quando em grande quantidade podem determinar accidentes serios.

## CHIMICA MEDICA

## I

O ar atmospherico é uma mistura e não uma combinação.

II

Contem oxygeno, azoto, gaz carbonico, argonio, vapores de agua, etc.

III

E' por meio do ar atmosferico que chega á respiração, o oxygeno, elemento indispensavel a vida.

OBSTETRICIA

I

A eclampsia é um dos accidentes mais graves que podem accometter a uma parturiente.

II

Podemos dividir o ataque de eclampsia em tres períodos: periodo de invasão, periodo de convulsões tónicas; periodo de convulsões clónicas.

III

As causas da eclampsia têm sido divididas em dous grupos pelos auctores classicos: causas predisponentes e occasionaes.

CLINICA GYNECOLOGICA E OBSTETRICA

I

A albuminuria é um signal prodromico de alto criterio clinico da eclampsia.

II

A terminação da eclampsia pode ter logar pela cura, por molestias consecutivas ou pela morte.

III

O tratamento da eclampsia pode ser prophylatico ou curativo.

CLINICA PEDIATRICA

I

A syphilis hereditaria é uma das causas mais poderosas do rachitismo.

II

Existe rachitismo fetal.

III

O diagnostico do rachitismo não offerece difficuldades serias.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A cataracta é constituída pela opacidade do crystallino, quer total, quer parcial.

II

Ella pode ser lenticular ou capsular.

## III

As creanças podem nascer com a opacidade do crystallino, tendo assim a cataracta congenita.

## CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

## I

O cancro duro é o accidente inicial da syphilis adquirida.

## II

Manifesta-se em qualquer parte do organismo ao nivel do ponto de inoculação da substancia virulenta.

## III

A sua séde mais frequente é nas partes genitaeas.

## CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

## I

A pathologia do systema nervoso tem tomado grande desenvolvimento, graças ao estudo das localisações cerebraes.

## II

A clinica mais que a experimentação tem concorrido para este resultado.

## III

O diagnostico topographico das molestias cerebraes, só nos podem ser fornecido com o seu conhecimento.



## ERRATA

---

A' pagina 4, linha 32, onde se lê—estas paralyssias accommettem as vezes o feixe pyramidal, etc., leia-se—estas paralyssias são produzidas por lesões que accommettem conjunctamente o feixe pyramidal, etc.

---

A' pagina 6, linha 8, onde se lê—que interessa as vezes o nucleo, etc., leia-se—que interessa ao mesmo tempo o nucleo, etc.

---

A' pagina 13, linha 8, onde se lê—*reventicou*, leia-se—reivindicou.

---

A' pagina 34, linha 28, onde se lê—nucleo do motor ocular commum, leia-se—nucleo superior do motor ocular commum.



*Visto.*

*Secretaria da Faculdade de Me-  
dicina da Bahia, 31 de Outubro de  
1906.*

○ SECRETARIO,

*Dr. Menandro dos Reis Meirelles.*





