

Mioclonias no decurso da encefalite letargica ⁽¹⁾

Dr. Sarmiento Leite Filho

A encefalite letargica é assunto de actualidade palpitante que nos interessa a nós, clinicos e higienistas.

Conhecemos todos os variados aspectos sob os quais se apresenta, as variegadas roupagens com que se enfeita e dissimula.

A fôrma classica, na simpleza costumeira, com a triade sintomologica caracteristica: **febre, paralisias oculares, sonolencia**, é de diagnose quiçá facil, não requerendo farta messe de argucia e estudo para sua diferenciação.

Outro tanto não direi dos feitiços modais de variedades desusadas.

Interessantes, sob duplo ponto de mira, são as modalidades frustas, anômalas, atípicas, incompletas, mal acabadas, em cuja feitura por vezes participam phenomenos insolitos e esquisitos.

E atarantado acha-se por feitas o esculapio, constricto entre o receio do exagero, de diagnosticar a cada passo, leviamente, o "**morbns novus**", e a inquietação de deixar passar despercebidas fôrmas atípicas e espurias da molestia, por se desacompanharem elas do cunho caracteristico da modalidade vera.

Essencialmente polimorfa e proteiforme é a encefalopatia insolita.

E não é de surprezar, pois que o acommetimento de um órgão tão importante, qual o encefalo, cujas funções são complexas e variadas, origina por força fenomenologia multifaria.

Desde o padrão classico, com a tripeça corriqueira, até ás fôrmas oligo e monosintomaticas, passando por longa fieira de tipos intermediarios e intercalares, todos os matizes se observam e fazem jús a detencoso estudo.

Fôrmas sem letargia, sem oftalmoplegia; fôrmas polineuríticas, mioclonicas, coreicas; fôrmas mentais simulando a demencia precoce catatonica, a confusão mental e até a psicose de Korsakoff; fôrmas vestindo as roupagens da síndrome de Parkinson, verdadeira ou bastarda; tipos acompanhados de tremuras, estremecimentos coreicos ou movimentos coreo-atetoticos; fôrmas com reacções meningeas, leves ou francas; enfim modalidades mascaradas sob o disfarce de infinitas doenças outras, são bastas feitas encontradiças e veseiras.

E nesse **mare magno** de tipos clinicos mal acabados e definidos, é de vêr o embaraço do médico pouco afeito aos moldes bizarros e estranhos em que se vasa a encefalopatia curiosa.

Neuraxite epidemica ousou apelidá-la Chauffard, dada a tendencia do morbo de espraiar-se pelos departamentos varios do neuraxe e acantonar-se em qualquer deles.

Dentre as curiosas manifestações motoras anormais, hiperkineticas, intervindas no decurso da encefalite letargica, sobressaem com frequencia as **mioclonias**.

Abalos de musculos ou de segmentos musculares, rapidos, ritmicos, breves, as mioclonias caracterizam-se pelo apparecer subitaneo, intermitente e espaçado.

Tais clonias musculares individualizam-se pelo caracter continuo ritmico dos sacudimentos; poder-se-ia, por assim dizer, cronometrar ao infinito o intervalo quase sempre identico que separa os tremulos entre si.

O que lhes imprime feição propria é a instantaneidade da contração simil á produzida pela electrização dos musculos.

Muito ao contrario dos espasmos mioclonicos, as coréas, de caracter mais amplo, incoerente e aritmico por comum, incrementam-se e intensificam-se pelos movimentos voluntarios, conturbando-os; ao

(1) Comunicação lida na sessão ordinaria da Sociedade de Medicina, do dia 26 de novembro de 1920.

revés, minguam ou se esvaecem, graças a eles, as descargas clônicas.

Igual influência exercem o sono e até certo limite a vontade sobre tal tipo de coreóides.

Generalizadas a todo o corpo, afectando agrupamentos musculares ou músculos isolados, localizadas a um membro ou estendidas a varios deles, parciais, bilaterais ou dimeiadas, as mioclonias figuram grande inconstancia e variabilidade na distribuição topografica.

Instabilidade de localização é sua característica maior. Nas sacudidas musculares se observam todos os graus de contração: **fibrilação** (mioclonia múltipla fibrilar), **onda muscular** (miocímia) e **sobresaltos de todo o corpo do musculo** (mioclonia). Assim os discrimina Ramsay Hunt.

Muito dissemelhantes na fisionomia clinica são os choques musculares, do tipo clônico, no curso da encefalite epidemica. Ora satélites do evolver do morbo, passando não raro despercebidas e apagadas no meio dos outros sinais da encefalite classica e completa, ora surdindo depois da cura, durante a convalescença ou muito tempo após, como sequelas longinquas, as **mioclonias** evidenciam, assim, uma **fôrma precoce** e outra **tardia**.

Bastas feitas, porém não sempre, destacam-se as mioclonias como sinais primaciaes do repertório clinico e constituem quase que a só e unica manifestação da modalidade frusta, mal acabada, do morbo.

Grave ou ambulatorio, letal ou saravel, eis outro modo de ser de similar disturbio motor.

A fôrma mioclonica da encefalite letargica, apartada por Sicard e Kudelski (encefalite de tipo mioclonico), foi bem estudada após por Bollack, Litvak, Bernard, Carnot, Levaditi e Harvier, Comby (fôrma coreóide), Roger e Aymés (síndrome hemimioclonica alterna, resquicio de encefalite epidemica), Lereboullet, David (fôrma mioclonica e após letargica da encefalite), Pierre Kahn (fôrma interessante de encefalite sucessivamente neuralgica, psiquica, coreóide, mioclonica, letargica, com sequencias hemimioclonicas), Olmer, Brouardel, Gallavardin, Lhermitte, Sainton, Roger (a fôrma mioclonica da encefalite epi-

demica, encefalite letargica), Mouriquand, Froment, Bériel, Sabrazés, ainda Sicard e Kudelski (encefalite epidemica de predominancia mioclonica abdomino—diafragmatica; encefalite mioclonica com paresias e hipertônias musculares transitorias; encefalite mioclonica localizada ambulatoria; encefalite hemimioclonica do tipo alterno; mioclonia ocular encefalitica), Sicard e Litvack (encefalite mioclonica e coréa electrica de Dubini), Ramsay Hunt (a mioclonia múltipla aguda inficciosa e a mioclonia múltipla epidemica, encefalite epidemica) e muitos outros; seria longo e fastidioso enumerá-los todos.

A encefalite mioclonica, no estado de pureza, estereotipa-se destarte. Após fase prodromica caracterizada por febre moderada, lassidão, quebrantamento, cefaléa, **dôres** lancinantes, fulgurantes, acometendo todos os segmentos do organismo, porém com predilecção electiva para a nuca, os segmentos braquiais e intercostais, abrem a scena morbida e preludiam o instaurar dos abalos mioclonicos.

Revelam-se então as **mioclonias**, traduzidas em contrações musculares, ora rapidas, explosivas, de tipo de ritmo electrico, ora mais lentas, e desacompanhadas de tremulos fibrilares. Assaltam elas a musculatura dos membros, da face, do diafragma, frequentemente localizadas de preferencia na **região abdomino-diafragmatica**, porém com tendencia, bastas vezes, á generalizarem-se.

Simetricas ou desimetricas, acometendo um musculo ou grupo de musculos, localizadas ou generalizadas, todas as variantes se verificam.

E' de ver, então, no **tipo abdomino-diafragmatico**, um phenomeno curioso e interessante: como sob a acção de uma corrente electrica, o abdome retorce-se e agita-se de modo extraordinario e caprichoso, determinando movimentos de retração e de basculo do cavo epigastrico, a cicatriz umbilical contorce-se e enrugase, denotando-se ainda sob a pele ondas musculares intermitentes e espacejadas.

Brouardel, Harvier e Levaditi observaram á radioscopia essas estranhas comoções musculares abdomino-diafragmaticas.

Em muitos casos a cinta **abdomino-dia-**

fragmatica é a séde quase exclusiva das succussões mioclônicas.

Determinam bastas vezes **solução**. **Dufour** filiou á encefalite aguda uma epidemia de **singulto espasmodico** cuja dura era de um a quatro dias; viu onze casos em dois meses (o solução epidemico - Soc. Méd. Hôp., 20 de fevereiro de 1920).

Tomás Reilly verificou, em varios casos, sinal quase identico ao atrás descrito. Consiste ele na **contração convulsiva rítmica dos musculos abdominais**, na visinhança da oitava e nona costela. Simula amiude o movimento muscular do singulto; apenas é unilateral.

Em dois casos affectava o trapezio.

Encontra-se tanto nos casos benignos como nos graves.

Frequente é a localização da mioclonia no aparelho ocular.

Ricaldoni, ao tratar das **distonias musculares**, no decorrer da encefalite, refere-se a ela, citando o **pestanejo**, o **borboletear continuo das palpebras** (**papardeo continuo en aleteo de mariposa**), enconradiço amiude no **periodo de remissão** da encefalite letargica.

Tilney e Howe consignam igualmente o **pestanejamento**, como expressão da mioclonia encefalitica.

Sicard descreve uma **mioclonia ocular**, caracterizada por movimentos rítmicos dos olhos.

Localização frequente é a das convulsões mioclônicas na face; simulam em casos tais o **hemi-espasmo facial**, bem descrito por Brissaud.

Em casos citados por Sicard e Kudelski, o hemi-espasmo facial se delatava em basculo, ora á direita, ora á esquerda.

Instabilidade de localização, dizia eu em outro passo, é a característica maior desse tipo de coreóides.

Assim em departamentos musculares varios, ora aqui, ora acolá, primando pela inconstancia e volubilidade, se desenca-deiam os estremecimentos mioclônicos, rapidos e explosivos.

Perturbações delirantes, do tipo de delirio onirico ou caótico, resaem, não raro, no cortejo sintomatico da fórmula acabada, lidima, da encefalite mioclonica.

O delirio mioclonico apresenta as características do delirio toxico e se individualiza por alucinações, ilusões e transtornos transitorios; nos casos mais graves exhibe sintomas da síndrome de Korsakoff (Ramsay Hunt).

Habitualmente guarece sem resquícios.

Por vezes, no entanto, subsistem sequelas mioclônicas por largo espaço ou disturbios hipertonicos e pareticos que cedem sem detença.

Ramsay Hunt, sob a rubrica de **mioclonia multipla epidemica**, discrimina um tipo de encefalite, individualizado por **mioclonia** e **miocímia multiplas**, **dôres lancinantes** e **delirio**.

Ha mais ainda. No transcorrer da encefalite letargica epidemica, não só se revelam as **mioclonias espontaneas**. **Estremecções clônicas dos musculos** avultam, com frequencia **provocados**.

Sainton deslindou e descreveu o **mioclono provocado**, na encefalite, despertando-se pela percussão de determinados grupos musculares.

Explodem logo os tremulos, quais os espontaneos. Em tudo aparentam com eles similitão.

Ricaldoni muito estudou a mioclonia provocada e discriminou um fenomeno interessante, a **cervico—reacção mioclonica** da encefalite, que se poderia com justeza denominar **sinal de Ricaldoni**. Consiste ele em acordar, pelo percutir dos musculos do pescoço e parte superior do torax, uma propensão mioclonica latente.

A encefalite mioclonica é tipo clinico definido.

Evolve quer no estado de pureza, quer entreverada com outros sintomas, oculares, letargicos ou delirantes.

Certos autores chegam a asseverar que as succussões mioclônicas, pelo menos na fase epidemica actual, são mais frequentes e useiras que as manifestações oculares ou letargicas (Sicard).

Pierre Marie e Mlle. Gabrielle Lévy, sob o rotulo de "**síndreme excito-motora da encefalite epidemica**", enfeixaram as **manifestações motoras anormais** sobrevindas no decurso dela, em que, a par das coréas ritmadas, bradicinesias, parkinsonismo, tremores, resaltam as **mioclonias**.

Sob a mascara do **paramyoclonus multiplex de Friedreich** e da **coréa fibrilar de Morvan** também sóe patentear-se a encefalopatia em lide, qual fórma frusta ou esporádica.

Até a **coréa electrica de Dubini**, que uns aproximam outros apartam das mioclonias, teria para muitos relações de parentela com a encefalite epidemica.

E' que, a exemplo da histeria em eras de antanho, a encefalite letargica afigura-se hoje o vero proteu da neuiriatria.

Já vai longo esse discretear.

E' chegado o comenos propicio de contar o caso clinico que ora observo no "Hospital".

Capitulei-o de "**encefalite letargica, fórma remorada**", em que, a par dos sinais classicos, quase de todo apagados e delidos, resai a insolita **manifestação mioclonica ocular**, expressa em **blefaro-espasmo clinico**.

Quanto sei, é, de tal estalão, o **primeiro caso**, scientificamente diagnosticado no Rio Grande do Sul.

Sóbe assim de ponto o valimento dessa comunicação.

Obs. — G. S., com 15 anos de idade, solteira, de côr mista, natural deste Estado, de profissão domestica, baixou á 16." Enfermaria do Hospital (Clinica Neurologica) aos 16 de novembro de 1920.

Antecedentes de familia, de pouca monta. Pais mortos de doença ignorada.

Possue uma tia, viva e forte.

Uma irmã morreu "**variada da cabeça**" (sic).

Antecedentes pessoais, sem importancia. Sempre foi forte, sadia; apenas teve pneumonia o ano passado.

Menstruada aos trese anos, sempre appareceu com regularidade o catamenio; ha cinco mezes amenorréa.

Interrogada a paciente sobre a **historia da doença actual**, respondeu, com clareza e precisão, que se iniciou ela ha 4 meses, mais ou menos. Estando entregue aos afazeres habituais, é assaltada de chofre por **dôr de cabeça intensissima**, na região frontal. **Cefalalgia**, pois, foi o primeiro sintoma sentido pela paciente.

Sonolencia invencivel empolgou-a em seguida; a cada momento era acometida de

crises de sono, mal se assentava; em pé mesmo adormecia; a posição, porém, preferida pela paciente era a de cócoras, e nessa postura incomoda dormia horas a fio.

A chamados insistentes da familia, despertava da modorra em que se achava sopitada, para logo recair em sonolencia, tanto cessassem os estímulos externos.

A' noite melhorava da hipersonia; achava-se mais esperta.

Até hoje ainda dorme, de quando em vez, maximé para a tarde; são, porém, mais espacejados os acessos de narcolepsia.

Logo ao adoecer, contemporaneamente á **cefalalgia** e á **hipersonia**, mostraram-se **desordens oculares**: a paciente enxergava duplo, vendo em duplicado objectos e pessoas, o que bastante a impressionava.

Revelou-se um mês e tanto a **diplopia**, para então esvanecer. Tonteiras incomodavam-na por vezes. Quer acordada, quer dormindo, mantinham-se oclusas as palpebras, necessitando de grande esforço para apenas soerguê-las (**blefareptose hipotonica**).

Ha uns tres meses, um mês, portanto, após o inicio da molestia, começou a **pis-car**, manifestou-se **pestanejamento** continuo e incessante que persiste até hoje.

Esta perturbação motora bastante a embaraça.

Queixa-se ainda de **dôres nas palpebras**, que prefaciaram o instalar do pestanejo. Astenia geral.

Em ocasião alguma patentearam-se delirios ou alucinações.

Segundo informações de parentes, é de crer que G. se mantivesse **sub-febril**, durante o evoluer sub-agudo do morbo.

Perdura ainda cefaléa. Anorexia.

Exame da deente. — A paciente é de estatura normal para a idade, emagrecida, de habito hipoestenico, compleição franzina, grácil. **Facies** melancolica, entristecida.

Não se notam desvios da columna vertebral. Equilibrio não conturbado, em qualquer das posições, vertical, horizontal, cócoras.

O que desde logo atrai a olhada, da impressão de conjunto, e salienta-se notorio é o **palpebrismo**: as palpebras animam-se de

tremulos breves, ritmicos, intermitentes e espacejados, figurando o adejar, o voo da mariposa; **mariposeio das palpebras**, na expressão feliz do Prof. Austregesilo.

A espasmos tremulinas se geram subitamente nas asas do nariz e musculos zigomaticos.

Mioclônias, pois, evidenciam-se e manifestam-se. Predominam nas palpebras.

Ha blefaro-espasmo clonico, que se atenua pelo fixar da mirada, a ponto de delir-se.

Orientação perfeita. Sinal de Romberg ausente.

Tono muscular não parece modificado.

Marcha aparenta-se normal, não disturbada. Apenas não se nota a flexibilidade da andadura habitual.

Não se verificam, em G., paralisias, dismetria, diadococinesia, asinergia, ataxia.

Como desordens da motilidade, além das **mioclônias**, revela-se ligeira **tremura** dos dedos, as mãos estando estendidas.

A lingua, propelida fóra das arcadas dentais, é agitada de leve **tremulação fibrilar**. Não se notam atetose, ticos, espasmo, contratura. Sinal de Kernig ausente.

Executa-se normalmente a motilidade passiva.

Sensibilidade subjectiva: a paciente queixa-se de **dôres** nas palpebras, nas pernas.

Objectiva superficial: tactil, termica, dolorosa, integra.

A profunda: muscular, ossea, dos troncos nervosos, articular, etc., não modificada.

Estereognose, noções do sentido muscular (n. das posições segmentares, do movimento activo e passivo), perfeita.

Reflectividade. — Reflexos superficiais, plantares, plantitibiais, planti-crurais, faringeos: presentes; abdominais ou de Rosembach: exaltados.

Reflexos profundos. Reflexos patelares, aquilêus, algo vivos; da munheca, do bicipite, do tricipite, etc. algo exagerados, maxime á direita.

Fenomeno de Babinski e variantes: Schoeffer, Mendel-Bechterew, Rossolimo, Troemner, Oppenheim, Austregesilo-Esposel, ausentes.

Clono do pé, mão, rotulo e masseter, não se verifica.

Não apresenta a paciente **perturbações troficas**.

Órgãos dos sentidos. Visão. O exame, praticado pelo Prof. Victor de Britto, delatou o seguinte: reflexo pupilar á luz ou fotomotor, preguiçoso; convergente, consensual e acomodador, existentes, porém **quase imperceptíveis, muito tenues**.

Ha **paresia da acomodação**, pois, e inversão do sinal de Argyll-Robertson.

As pupilas são medianamente dilatadas, iguais, de contornos regulares, medindo uns 4 milímetros nos varios diâmetros; **mi-driase, portanto**.

Isto quanto á **musculatura intrínseca** do globo ocular.

O estado da **musculatura externa** é também alterado: a excursão dos globos oculares para fóra denuncia-se incompleta; no esforço extremo nota-se ainda uma faixa triangular de conjuntiva de cerca de 1 milimetro e meio, quando sabemos que, normalmente, no individuo hígido, o limbo corneano desaparece por completo sob o vertice do angulo formado pela junção das bordas palpebraes.

E' flagrante o ligeiro grau de **paresia dos musculos rectos externos**.

Em outras direcções, para cima, para baixo, para dentro, parecem integros os movimentos dos bolbos oculares.

Na direcção extrema do olhar, ao guinar a paciente os olhos para fóra, patenteia-se ligeiro **abalo nistagmiforme**.

Agudeza visual perfeita; V=1 em ambas as bandas.

Fundo do olho normal, sem alterações da papila. Quanto á olfação, audição, gustação, nada de estranho a assinalar.

Os aparelhos viscerais — circulatorio, respiratorio, digestivo, genito-urinario, nada de anormal apresentam. Esfintêres integros.

Pulso — 90 batimentos ao minuto.

Pressão arterial pelo oscilometro de Pachon: Mx = 14

Mn = 7

PD = 7

Temperatura axilar: 37°, 2 C ao primeiro exame; nos dias subsequentes a paciente mantem-se apiretica.

Reflexo oculo-cardiaco de Aschner: presente e algo exagerado; o pulso que batia

a 90, baixou a 78, após compressão dos bulbos oculares.

Estado mental e linguagem, sem distúrbios a assinalar.

A paciente tem noção perfeita do lugar, meio e tempo. Capacidade e nível mentais de acôrdo com a cultura rudimentar.

A memória é boa, tanto retrograda, como anterograda.

Associa bem as idéas; é atenta ao que se lhe diz e ao que se lhe pergunta, atenção estável.

Humor deprimido.

Não se lhe notam delírios nem alucinações.

Provas de laboratório.

Exame de urinas:

Volume remetido 10 ocm.cs.

Aspecto quase límpida

Côr amarelo ambar

Cheiro normal

Consistência fluida

Reacção francamente ácida

Densidade a + 15.° C. 1016,0

Albumina não tem

Pseudo-albumina não tem

Açúcar não tem

Pigmentos biliares não tem

Ácidos biliares não tem

Sedimento: Pequena quantidade de côr branca suja; ha algumas células epiteliaes, poucos leucocitos, varios cristais de oxalato de calcio e acido urico.

Exame de fezes: ha poucos ovos de tri-cocefalo dispar.

Exame de sangue:

Reacção de Wassermann: francamente negativa 0 0 0.

Hematias: 3.700.000 por mm.³

Leucócitos: 6.250 por mm.³

Relação globular: 1:592

Formula leucocitaria:

Polinucleares neutrofilos..... 58,0%

Linfocitos..... 16,2%

Grandes e medios mononucleares.. 10,0%

Fôrmas de transição..... 2,6% ..

Fôrmas não caracterizadas..... 3,2%

Dosagem da hemoglobina.....60%

Exame do líquido cefalo-raqueano. Pela raqueocentese, praticada pelo Prof. Esteves,

jorraram 40c.³, de **liquor**, claro, límpido, cristalino qual agua de rocha, em **hipertensão**.

Submetido no laboratorio aos exames costumeiros (Reacção de Wassermann, citologia, albuminose, dosagem de glicose), eis o que revelou:

Reacção de Wassermann francamente negativa, mesmo com a dose de 3 cc.³. de liquido.

Linfocitose: a ausencia de elementos celulares não permite a determinação citologica.

Albuminose: positiva fraca.

Açúcar: 1,gr. 20⁰/100.

Ha **hiperglicorraquia**, pois.

Como interpretar esse caso?

A principio se impõe ao justo um diagnostico retrospectivo.

Pelo interrogatorio da paciente ficámos enfronhados de que avultaram, ao inicio, no scenario morbido, tres fenomenos primaciaes e salientes: **estado sub-febril, sonolencia, paralisias oculares**, expressas na **dupla blefaroptose** ou antes **blefaroparesia** (paresia do elevador da palpebra por acometimento incompleto e parcial do 3.° par craneano) e **diplopia**, por comprometimento de algum dos rectos. Amainada a fase aguda da infecção, restaram sequelas miasmaticas, delatadas no exame ocular, realizado a 18 de novembro: **paresia da acomodação, inversão do Argyll-Robertson, paresia do recto externo** em ambas as bandas, portanto **desordens pareticas**, tanto da musculatura intrinseca como da extrinseca dos globos oculares.

Ainda abalos **nistagmiformes**, leves e esboçados, na direcção extrema do olhar para fóra, denotando **miastenia dos rectos externos**.

Dos **tremores nistagmiformes** devemos distinguir o **vero nistagmo**, dois fenomenos diversos na significação patologica.

"Do **nistagmo** usualmente se distinguem as **contrações nistagmiformes**, que sóem manifestar-se em havendo paresia da musculatura ocular, quando o doente aponta o olhar na direcção do musculo debilitado.

Sobre serem menos rapidos e menos amplos que no legítimo **nistagmo**, estes movimentos, que se fazem por choques inter-rompidos, não vão de um lado a outro da

órbita, mas apenas da posição de repouso para uma direcção" (Aloysio de Castro).

Portanto, recapitulando, eis a sumula do que apurámos: **estado sub-febril, sonolencia, oftalmoplegias** que resumiram toda a molesta, anteriormente.

Hoje meras **paresias oculares**.

Sinto-me apto a rotular o presente caso de **encefalite letargica**. E direi porque.

O genio epidemico, a epoca de aparecimento do morbo, no inverno, a ausencia de qualquer outro sinal de afecção organica do neuraxe que pudesse quicá explicar a symptomologia multifaria, a negatividade de todos os exames laboratoriais, que militassem em prol de afecção sifilitica do sistema nervoso, o estudo acurado e consciencioso, que fiz, de numero relativamente avultado de casos (20), perquirindo, esmiuçando os menores sinais, corroboram tal diagnose.

A **hiperglicorraquia** mais a revigora.

A encefalite letargica, sabemos, é uma **mesencefalite**; no mesencefalo, portanto nos **pedunculos cerebrais** demora a lesão elementar, característica, a **infiltração linfocitaria perivascular**, que pôde no entanto de aí espriar-se para outros recantos do neuraxe.

A lesão essencial, porém, assesta-se lá, no mesencefalo.

Agora, quando ela falta, diz Tommaso Senise, *mutatis mutandis*, si inexistem os sintomas capitais da doença (**paralisias oculares**, e o **sono excessivo**), de tudo se poderá tratar, menos da assim dita "encefalite letargica".

E' facil de compreendê-lo.

Ensina-nos a anatomia normal ou patologica que os nucleos do 3.º par (os mais frequentemente lesos na encefalite) se assestam na vizinhança do aqueduto silviano e espalham suas raizes através do **nucleo vermelho de Stilling**, com frequencia comprehendido.

De aí a constancia das oftalmoplegias.

As paralisias oculares são ao extremo frequentes na encefalite letargica, assevera de Lapersonne. E' mais pelas manifestações oculares que pela sonolencia e os outros sintomas que conseguimos, não raro, diagnosticar essa doença (de Lapersonne).

Achard e Netter avaliam em 70 a 75 por cento a proporção das paralisias oculares na encefalite. De Lapersonne, no entanto, e a maioria dos oftalmologistas, julgam muito maior a frequencia delas.

Incompletas, parciais, dissociadas, tal a característica.

Por isso é que muita vez passam despercebidas e um exame atilado nem sempre logra vislumbra-las.

Não raro tambem a gravidade do estado geral inibe de proceder ao exame funcional imprescindivel para reconhecer sintomas tais como diplopia ou paralisia da acomodação. Tanto a musculatura extrinseca como a intrinseca são lesas com assiduidade, em graus diversos, sós ou associadas.

Dentre as desordens paraliticas da musculatura interna, sobressai a da **acomodação**.

O reflexo fotomotor pôde ser conservado, havendo então inversão do sinal de Argyll-Robertson.

Em tres entidades nosologicas sóe encontrar-se, segundo Marfan, a **paralisia da acomodação**: botulismo, difteria e **encefalite letargica**.

"A verificação das paralisias oculares só permite, bem entendido, um diagnostico provavel e algumas vezes retrospectivo; pela clinica e o laboratorio é mister enfeixar um grupo de provas para afirmar a **encefalite letargica**; porém eu creio que na síndrome complexa as perturbações motoras oculares ocupam o lugar mais importante" (de Lapersonne).

Ora, parece-me, não é preciso mais para documentar e ractificar a diagnose que fiz, mudos se revelando os exames clinico e laboratorial. "**Encefalite letargica**", dissera eu, tão tipica e frisanse se patenteia.

Mesmo que assim não fôra, á mingua desse ou daquelle sinal, poderíamos aplicar a lei, formulada pelo Prof. Austregesilo, a respeito da "**narcolepsia infectuosa epidemica**":

"Toda vez que se nos depararem quadros clinicos nervosos organicos ou funcionais, que sejam infectuosos, epidemicos ou não e que se não possam filiar ás infecções conhecidas, pelas provas de laboratorio, te-

mos o direito, ao menos no momento actual, de diagnosticar encefalite letargica”.

Resta ainda a manifestação insolita, a **mioclonia ocular, o blefaro-espasmo clônico**.

Não ha mister perscrutar alhures a causa de tal disturbio, quando ela tão perto está, visível e patente.

Filiando-o á encefalite letargica, ter-se-á aclarado a patogenia dele.

Tudo o que disse passos atrás servirá para corroborar, sancionar tal asserção e considerar o **palpebrismo** foreiro da encefalite.

Quando no Rio, observei no “Ambulatorio de Clinica Neurologica”, a cargo do Prof. Austregesilo, caso semelhante a esse. Tratava-se de paciente que, vindo de Portugal, desembarcara **febril e sonolento**. Depressa cederam esses fenomenos, só persistindo manifestações oculares incomuns, pelas quais fôra internado na enfermaria do Prof. Abreu Fialho.

Consistiam elas em **abalos mioclonicos da palpebra, dos olhos, com tremor ocular**.

Fôra levado ao “Ambulatorio de Clinica Neurologica”, porque apresentava sintomas de tumor cerebral: cefalea, vertigens, etc.

O exame do liquido cefaloraqueano revelou 1,60 de açúcar (hiperglicorraquia), corroborando destarte o diagnostico de “**encefalite letargica**”, de “**fôrma mioclonica**”.

—o—

Essa exuberancia de citações mais revigoram a diagnose que fiz. “**Encefalite letargica, com sequelas mioclonicas, de predominancia ocular**”.

Tal o caso clinico sobre o qual vazei essa dissertação para algo relatar acerca de “**mioclonias no decurso da encefalite letargica**”.

Porto Alegre, novembro de 1920.

Bibliografia

A. Austregesilo — Fórmias frustas da encefalite letargica. Archivos Paranaenses de Medicina. Ano I, n.º 5, setembro de 1920. —

A. Austregesilo — Clinica Neurologica. —
Aloysio de Castro — Tractado de Semiotica Nervosa. —

David — Forme myoclonique et puis léthargique de l'encéphalite. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1920. —

Piero Boveri — Encéphalite épidémique et chorée de Dubini. Revue Neurologique. Année XXVII. N.º 3. 1920. —

Pierre Kahn — Forme interessante d'encéphalite successivement névralgique, psychique, choréode, myoclonique, léthargique, avec séquences hémimyocloniques. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1920. —

Pierre Marie e Mlle. Gabrielle Lévy — Le Syndrome excito — moteur de l'encéphalite épidémique-ses principales manifestations, chorée rythmée-bradycinésies et myoclonies — parkinsonisme. Revue Neurologique. Année XXVII, N.º 6, juin 1920. —

Roger (Henri) — La forme myoclonique de l'encéphalite épidémique (encéphalite léthargique). Journal des Praticiens. XXXIV Année. N.º 19 e 20; 8 maio e 15 maio 1920. —

Raul Azevedo — Um caso de encefalite letargica de fôrma mioclonica. Jornal dos Clinicos, 25 j. 1920. —

Roger e Aymés — Syndrome hémimyoclonique alterne, reliquat d'encéphalite épidémique. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpitaux de Paris, 1920. —

Sarmento Leite Filho — Encefalite letargica. Tese de concurso, setembro de 1920 —

Sicard — L'encéphalite myoclonique. Presse médicale, N.º 22, 14 avril, 1920. —

Sicard — Encéphalite myoclonique á secousses prédominantes abdomino — diaphragmatique. Soc. méd. des Hôp., 30 janvier 1920 —

Sicard — Encéphalite myoclonique avec parésies et hypertonies musculaires transitoires. Soc. méd. des Hôp., 30 jan. 1920 —

Sicard — Encéphalite myoclonique localisée ambulatoire. Soc. méd. des Hôp., 20 février 1920 —

Sicard e Kudelski — Encéphalite hémimyoclonique du type alterne. Soc. méd. des Hôp., 12 mars 1920 —

Sicard e Kudelski — Myoclonie oculaire encéphalitique. Soc. méd. des Hôp., 12 mars 1920 —

Sicard e Litvak — Encéphalite myoclonique et chorée électrique de Dubini. Soc. méd. des Hôp., 26 mars 1920 —

Sicard e Paraf — Hémimyoclonie épidémique ambulatoire. Revue Neurologique. Année XXVII, N.º 5, mai 1920 —

Frederick Tilney and Hubert S. Howe (New York). Epidemic encephalitis (encephalitis lethargica). June 1920 —

Ramsay Hunt — La mioclonia múltiple aguda infecciosa y la mioclonia múltiple epidémica (encefalitis epidémica). The Journal of the American Medical Association (edição espanhola). Octubre 1, 1920 —

Ricardoni (A) — La Encefalitis letárgica. Separata das "Anales de la Facultad de Medicina" — Montevideo — Julio y agosto 1920 —

F. de Lapersonne — Manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique. Presse Médicale, N.º 50, 21 juillet, 1920 —

Tommaso Senise — La letteratura più recente su l'Encefalite letargica. Studium, Rivista di scienza medica. Anno X., n.º 3. 20 Marzo 1920 —

Lhermitte — L'encéphalite léthargique. Anatomie et physiologie pathologiques, épidémiologie, formes myocloniques. Le Journal Médical Français. Tome IX. — N.º 3. Mars 1920 —

Sainton — Les aspects cliniques et le diagnostic de l'encéphalite épidémique. Journal Médical Français. Tome IX. — N.º 3. Mars 1920 —

Achard — Les rapports de l'encéphalite léthargique avec d'autres états morbides — Paris Médical. 10 Année. N.º 38. 18 septembre 1920 —

Achard — Formes cliniques de l'encéphalite léthargique. Paris Médical. 10 Année. N.º 38. 24 juillet 1920. —

Leonardo Bianchi — Le mesencefaliti. L'encefalite letargica o polio-mesencefalite. Studium. Anno X. N. 2. 20 fevereiro 1920—

Sainton — Myoclonus provoqué et manifestations cutanées au cours de l'encéphalite léthargique. Soc. Méd. des Hôp., maio 1920—

P. Kahn — L'encéphalite polymorphe. Soc. Méd. des Hôp., mai 1920 —.

Um dos discípulos queridos durante a minha interinidade na cadeira de clinica neurológica, acertei quando dizia de mim comigo que elle seria um dos mais devotados cultores da neurologia entre nós.

Já são varios os seus trabalhos, todos revelando inilludivelmente o accentuado pendôr do seu espirito para essa especialidade, sem duvida a mais nova e já uma das mais complexas e difficeis. E, como imprescindiveis se tornam ao neurologista solidos e variados conhecimentos de clinica medica, estou a entrevêr, desde agora, com as mais fundadas esperanças, o brilho de sua carreira profissional, assim no exercicio da clinica como no do magisterio.

Myoclonias no decurso da encephalite lethargica, tal foi o trabalho apresentado a esta Sociedade, em uma das reuniões passadas e sobre o qual, no entender de seu illustre presidente, eu deveria emittir parecer. Ora, eu declaro, convencido embora da pequenissima autoridade que me cabe, e muito acima dos sentimentos affectivos que me prendem ao seu autor, que a minha opinião resultou immediata, franca e sincera, tão depressa terminei aquella leitura e pelo meu espirito passaram todas as reflexões que o assumpto suggeria. Delle transluz, evidente, o conhecimento perfeito que tem o autor sobre uma das mais interessantes questões medicas dos tempos actuaes, quando faz preceder a sua observação, o seu caso, de uma série de considerações muito bem traçadas a respeito da encephalite de von Economo.

Não estivesse tão frisantemente expresso o diagnostico, e em varias passagens de sua observação, talvez eu me atrevesse, concordando embora, de modo categorico, com a diagnose da encephalite, a objectar que se tratasse, no caso, do typo myoclonico. E digo-o assim, por ter sido essa a minha primeira impressão; mas voltando a nova leitura, fica-me no espirito a convicção de que o autor grande cuidado teve no classificar o seu caso quando diz, á certa altura: "Capitulei-o de encephalite lethargica, fórma remorada, em que, a par dos signaes classicos, quasi de todo apagados e delidos, resae a insolita manifestação myoclonica ocular, expressa em blepharo-espasmo clo-

PARECER

Illustres collegas.

Foi com sincero prazer, confesso, que recebi o bello trabalho clinico do nosso illustrado consocio Dr. Sarmiento Leite Filho.

nico." Ora, se assim é, afasta-se este typo, aliás excepcional, do typo verdadeiramente myoclonico, apontado em clinica por Sicard, entre outros. Tanto mais interessante, ainda sob este ultimo aspecto, o caso do Dr. Sarmento Leite Filho, quanto é certo que a elle coube, aliás com grande visão clinica, estabelecer o diagnostico, attribuindo os phenomenos residuaes do seu doente, á sua verdadeira origem.

E' muito logica e transparente a analyse clinica que conduziu o illustre collega áquelle diagnostico, ao qual não faltou o amparo da hyperglycose do liquido cephalo rachidiano e a verificação dos signaes oculo-pupillares, de tão grande valor semiotico, como se sabe.

Muito interessante seria a explicação do mecanismo physio-pathologico dos phenomenos myoclonicos, ao que parece figurando ainda no dominio de simples hypotheses e conjecturas.

Será de facto, como pretendem certos autores, a encephalite myoclonica, uma variante clinica apenas da encephalite lethargica? Será typo clinico autonomo, ou estarão ambos sujeitos ao mesmo grupo generico toxi-infeccioso, pergunta Sicard?

Eis ahi um novo problema a pedir solução e que nem á denominação anatomica dessa entidade nosologica, permite ainda estabilidade. Chamam-na ainda, poliomes-encephalite, isto é, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, um processo inflammatorio das estruturas pardas do mesencephalo. Ora se assim fosse, certa constancia deveria guardar o quadro clinico, embora susceptivel de algumas variações dentro de certos limites. A ophtalmoplegia extrinseca e intrinseca, mais ou menos accentuada e extensa, seria (e até bem pou-

co ainda o era) um dos signaes clinicos fundamentaes da encephalite. Quão longe, porém, está isto da realidade! Precisamente no typo myoclonico da encephalite, não revelaram as observações de Sicard nenhum signal ocular, traduzindo uma localisação mesocephalica. Forçoso será, pois, reconhecer, consoante a observação clinica, de par com a anatomia e physiologia pathologicas, não ser unica e muito menos exclusiva a topographia mesocephalica do processo pathologico: deve ser susceptivel de muito maior extensão e capaz de variadas localisações, ao longo do eixo encephalo-medullar, as lesões fundamentaes de tão interessante entidade nosologica.

Recentemente chama Widal a atenção para os possiveis phenomenos pyramidaes, traduzindo o ataque ou, pelo menos, a extensão das lesões aos feixes de projecção. Já não será só, então, segundo este conceito, uma aggressão exclusiva ás estruturas pardas do systema nervoso: encephalo, mesocephalo, medulla, raizes, eis as tantas localizações possiveis, embora de electividade variavel.

Neuro-axite, denominam-na outros; mesocephalo-mylite, lembram alguns, tudo indicando ainda que até mesmo na nomenclatura, não foi dada a ultima palavra, quer sob o ponto de vista clinico, quer sob o da anatomia pathologica.

Eis, as ligeiras considerações que o bello caso do collega Dr. Sarmento Leite Filho, me suggeriu, cumprindo-me agora felicitá-lo pela sua magnifica comunicação, esperando da sua mocidade, de seu ardor e de seu talento, uma collaboração activa nos trabalhos da nossa Sociedade.

Dr. R. G. Vianna