

PRIMEIRA SECÇÃO

Trabalhos originaes de medicina e cirurgia.

Sobre algumas manifestações tardias de encephalite epidemica.

Por *Fabio de Barros*

Cathedratico da Faculdade de Medicina.

Se a encephalite, sob fôrma epidemica, após uma copiosa colheita de victimas, por toda a parte, começou de rarear nos quadros nosographicos, suas sequelas ou suas manifestações tardias se fazem cada vez mais contradicções, formulando novos problemas de pathologia nervosa ainda a espera de solução scientifica definitiva.

Onde quer que tenha passado o flagello, arrebatando vidas, ou deixando enfermos, escoados mezes, ou decorridos annos, começaram de apresentar-se ás clinicas os portadores de syndromos neurologicos, mentaes ou geraes, cuja intima relação com um anterior accommettimento de encephalite a argucia dos medicos estabeleceu com rigorosa precisão.

São taes os varios typos de syndromo excito-motor (bradicinesias, myoclonias, choreas, tremores); ou syndromo parkinsoniano, cuja observação e descripção deu origem a essa controversia, mais de interesse especulativo, a respeito da unidade, ou da dualidade das manifestações parkinsonianas; phenomenos paralyticos, hypertonicos, espasmos de torsão; disturbios de ordem geral, repercutindo sobre as funcções respiratorias, circulatorios, thermogenicas, ou sobre as do aparelho glandular endocrino; constituindo cada uma dellas outros tantos capitulos interessantes de pathologia, que não perderam nem perderão actualidade emquanto se não achar o valor da incognita que elles encerram, des-

coabrindo-se a verdadeiro etiologia de cada uma dessas manifestações e o intimo mechnismo da sua producção. Nessa ardua tarefa se empenham os mais illustres nomes da neuriatria, na clinica e no laboratorio, observando, analysando, experimentando.

Emquanto isso, multiplicam-se os casos clinicos em que um exame bem orientado descobre a consequencia de uma aggressão mais ou menos longinqua pela encephalite epidemica, a demonstrar que o perigo da infecção não desaparece com a cura do surto agudo do mal, mas póde exurgir de inopino, da sua latencia, sob novas modalidades, que, nem por differentes entre si e acaso, do episodio primitivo, deixam de ter uma origem commum.

O que mais poderia surprehender é a variedade de fôrmas distinctas que affectam essas manifestações tardias, dependentes de uma causa univoca, e algumas das quaes continuam, quasi sem solução de continuidade, o insulto primitivo, constituindo, assim, uma fôrma prolongada delle; outras, que explodindo após um intervallo mais ou menos dilatado, se apresentam como um quadro morbido novo, aparentemente autonomo.

Evidentemente as differenças morphologicas que extremam os varios typos de movimentos involuntarios, que constituem boa parte das fôrmas tardias da encephalite, bem como a diversidade de outros syndromos observados, impõe a convicção de que cada um delles obedece a um determinismo physiopathologico proprio, dependentes de lesões anatomicas que não podem ter sempre a mesma localisação. Se taes syndromos se pódem apresentar isoladamente, ou combinados nas mais variadas associações, reconhecendo, ao

mesmo tempo, uma causa longinqua unica, de que são a consequencia tardia, o facto encontra explicação sufficiente na grande diffusão das lesões histologicas determinadas pelo virus infectante, e cujos limites se traçam, de um lado, na corticalidade cerebral (o que justifica os disturbios mentaes concomitantes ou subsequentes ao surto agudo), e de outro lado nos varios segmentos medulares.

Sem voto na solução das complexas questões suscitadas a respeito do assumpto, quaes, a exemplo, a da natureza do virus, a da sua persistencia, que parece demonstrada, a da pathogenia mesma das manifestações tardias, o que queremos é trazer, no interesse scientifico, o nosso pequeno contingente pessoal ao accervo de observações colhidas aqui e ali.

O primeiro caso que observámos foi o de uma rapariga de côr preta, 16 annos de idade, serviçal. Nol-a enviou o dr. Plinio Gama. Apresentava o quadro classico da paralysis pseudo-bulbar associada a movimentos myoclonicos do orbicular das palpebras e biceps e crises intermitentes de soluços que se prolongavam, ás vezes, por mais de 24 horas ininterruptamente. O seu aspecto era de grande decadencia physica. A mascara inerte, atona, inexpressiva. Mal podia exprimir-se com sua voz nasalada, monotona, lenta ainda mais perturbada pela difficuldade de emissão de certos elementos syllabicos. Os labios arregaçados deixavam os dentes a descoberto. A propulsão da lingua fazia-se penosa e incompletamente. Pelos cantos da bocca escorria continuamente um fio de saliva viscosa. Deglutição muito embaraçada, difficultando a alimentação. Taes, em resumo, as manifestações morbidas que se apresentavam ao nosso primeiro exame no consultorio.

Fizemos recolher a paciente á 16ª enfermaria da Santa Casa para exames complementares. As pesquisas de laboratorio no liquido cephalo rachidiano revelaram ligeiro augmento da taxa de glycose e a normalidade dos demais elementos chimicos e cytologicos. Wassermann negativo no liquido e no sangue.

Procedendo a indagações junto á mãe da paciente, conseguimos colher que esta estivera internada dois annos antes no mesmo hospital de caridade, accommettida duma molestia febril, com perturbações da visão e irresistivel tendencia ao

somno, salivação abundante, soluço. Estas informações vieram confirmar a hypothese que, ao primeiro encontro com a doente, formuláramos, de estarmos em face de manifestações tardias da encephalite lethargica, do que, aliás, a paralysis bulbar é uma das fórmulas communs de terminação.

Já quasi em artigo de morte, deixou a paciente o hospital.

Trata-se na segunda observação de uma moça de 23 annos, moradora nas proximidades desta capital. Era uma parkinsoniana. Tremor de oscillações muito amplas generalizado aos quatro membros. Movimentos alternativos de flexão e extensão dos dedos da mão, movimento de pedal caracteristico. Curvada para a frente, andava sobre as pontas dos pés, com a tendencia irresistivel para accelerar o passo. Physionomia sem expressão, olhar fixo, tronco e cabeça como constituidos de uma só peça. Movimentos activos muito embaraçados, movimentos associados inexistentes, os passivos livres sem embargo de uma tal ou qual rigidez muscular, phenomeno de roda dentada á extensão do antebraço. Vivacidade dos reflexos tendinosos; plantar esboçado em flexão de ambos os lados.

O tremor, que levava a paciente a internar-se, apparecera um anno antes, no membro superior esquerdo, intermitentemente. Ao cabo de pouco tempo tornou-se permanente, ganhou rapidamente o membro homologo, irradiou para os inferiores, aggravando-se sensivelmente nos tres ultimos mezes. Não existe retropulsão. No liquido não se registrou lymphocytose, mas augmento da glycose. Wassermann negativo no liquido C. R., positivo no sangue.

Seis annos antes da molestia actual, a paciente que se entregava a seus afazeres domesticos teve que interrompel-os durante uma semana por uma indisposição a que não dera maior importancia. Diz ter tido pouca febre, mal estar geral, e, principalmente, turvação da vista e somnolencia. A's vezes via duplo; outras acontecia-lhe adormecer em meio do trabalho, que, por isso, interrompeu. Tudo, afinal, dissipou-se ao termo de oito ou dez dias, a paciente retomou as suas occupações, normalmente, até que ha um anno, isto é, 6 annos após áquelle episodio, começou de sentir os primeiros symptomas da molestia actual que a trouxe á nossa enfermaria. Em resumo, encephal-

lite epidemica não diagnosticada, aliás de fôrma benigna. Seis annos após, syndromo parkinsoniano puro, com início de tremor no membro superior esquerdo e rapida propagação ao braço e mão direitos e, emfim, aos membros inferiores.

Sem esperança de melhorar, a enferma abandonou o hospital depois de dois mezes de internação.

E' para notar a circumstancia de, neste caso, ajustar-se o syndromo parkinsoniano ao quadro da molestia de Parkinson, sem embargo da sua occorrença em um individuo moço, o que constitue excepção na fôrma classica. Como succede nesta, o tremor em nossa observada, iniciou-se pelos membros superiores, ganhou os inferiores e localisou-se, respeitando o pescoço e a face; havia predominancia do tremor sobre a rigidez; não se encontrou perturbação da motricidade oculo-palpebral, nem espasmos, nem trismus, nem disturbios da palavra e da mastigação. Ausencia de salivação e de retropulsão. Apenas a idade da enferma, e, sobretudo, a evidente existencia de uma encephalite anterior de 6 annos, permitem estabelecer uma differenciação clinica.

Não são raras as eventualidades como esta em que só a historia clinica da doente fornece elementos de differenciação entre o syndromo parkinsoniano e a molestia de Parkinson. E' absolutamente fôra de duvida que ambas as especies se confundem por seus caracteres fundamentaes. O tremor, a rigidez, a perda da harmonia motora, fôrman a triade em que assenta o diagnostico numa e noutra circumstancia. A predominancia de certos signaes secundarios, mais frequentemente observaveis no syndromo de origem encephalitica, bem como a maneira de iniciar-se o mal e a sua evolução, levaram, como é sabido, a estabelecer uma dualidade entre as manifestações parkinsonianas. Temos para nós que não ha razões sufficientes e indiscutíveis para essa distincção. O criterio, já allegando do „contagio“ do syndromo parkinsoniano postencephalitico, perdoe-se-nos a irreverencia, afigura-se-nos pueril e insustentavel. O que é contagioso (nem seria preciso dizel-o), não é o syndromo, mas a molestia de que elle é uma expressão clinica e que transmittida a outro individuo tanto se pôde exteriorisar pelo tremor parkinsoniano como por qualquer outro grupo de symtomas. Não conhecemos, até agora, as determinantes da molestia de Parkinson descoberta e estudada pelos velhos autores.

A encephalite epidemica trouxe ao campo de observação um grande numero de factos novos, que mostram a possibilidade de apparecimento de um syndromo, de todo em todo identificavel á molestia de Parkinson, sempre que o processo de desintegração nervosa alcance determinados departamentos dos nucleos cinzentos da base.

Pode-se, aliás, relacionar esses factos recentes, ás antigas observações de syndromos parkinsonianos, em cujos portadores, se encontrou pela autopsia, um tumor da cama optica ou do pedunculo cerebral (Broca e Marinesco, Leroux, Dutil, Leyden etc.).

E' pois muito possivel que outras e differentes causas, agindo no mesmo campo anatomico, provocassem syndromos equipollentes e que o syndromo parkinsoniano post-encephalitico e a molestia de Parkinson venham a identificar-se como expressão clinica de uma mesma localisação nervosa.

Outra observação. Em meados de Setembro de 1927 fui procurado em meu consultorio por uma moça de 19 annos de idade, que, exercendo função publica fôra da capital, vinha pedir-me um attestado com o fim de obter prorogação da licença em cujo gozo se encontrava. Declarou-me não ter nenhuma molestia bem definida, mas invadira-lhe uma sensação geral de abatimento, de indisposição para o trabalho e que, a mais, era muita nervosa. A' primeira inspecção, emquanto a interrogava, notei-lhe um tremor meudo, de pequenas oscillações no braço e mão esquerda e certa fixidez do olhar. Raramente pestanejava. Inquirida a respeito do tremor, respondeu-me, com visível emoção que era o seu „nervoso“. Aliás o tremor tornara-se mais intenso. Começara a sentil-o tres mezes antes, não era continuo, augmentava com as emoções e com os movimentos intencionaes de braço ou da mão, embaraçando-lhe muito a actividade. Perdera a agilidade da respectiva mão, que sentia pesada. O tremor tornava-se mais evidente se a paciente estendia o braço com os dedos afastados uns dos outros. Os movimentos passivos faziam-se sem resistencia. Andando, o membro superior esquerdo não tinha movimentos, conservava-se em adducção, semi-flectido, colado ao corpo. Nenhuma perturbação da marcha, mas a cabeça e tronco são immoveis, o pescoço rigido. Força segmentaria muito diminuida

no membro affectado, Reflexos tendinosos vivos, reflexo plantar em flexão. Reflexos cutaneos igualmente vivos. Mentoniano ausente; a paciente queixa-se, aliás, de ter, ás vezes, ligeira difficuldade para mastigar. Nada de anormal nos dominios de facial. Pupillas eguaes, reagindo bem. A pessoa da familia, que acompanhava a paciente, informou-me que o tremor do braço impressionara a enferma, cujo character se tornara taciturno e que, por vezes, tirava-lhe o somno. Colhi ainda que a paciente gozara sempre boa saúde. Havia um anno, pouco mais ou menos, adoecera ligeiramente, mas fôra cousa sem importancia. A indisposição viera de repente, com pequena elevação thermica, ligeira cephaléa, visão dupla intermittente, dôres no membros superior esquerdo, principalmente nos musculos da região anterior do braço e na articulação escapulo-humeral correspondente. Alem disso somnolencia diurnia, contrastando com insomnia durante a noite.

Não foi difficil estabelecer o diagnostico de syndromo parkinsoniano monobrachial filiado numa encephalite anterior de fórmula benigna e frusta, evoluindo em poucos dias, e dissipada quasi sem tratamento.

A doente voltou, ainda, algumas vezes á consulta. Retirou-se, depois, para uma localidade vizinha á capital, onde reside sua familia. Alguns mezes depois encontramol-a, casualmente, á rua. Andava com certa rigidez de movimentos, mais accentuada nos do membro crural direito. Fizemol-a parar propositadamente e dirigimos-lhe algumas perguntas relativas á saúde. Disse-nos que peiorára muito a principio. Sentia difficuldade em andar, o tremor tornára-se mais incommodo, embaraçando-lhe os movimentos activos do membro superior esquerdo, do qual nunca se propagára. Ultimamente melhorára e nutria grandes esperanças de completo restabelecimento.

Em começo de 1927 entrou para a 16ª enfermaria da Santa Casa uma rapariga, natural da Polonia, com 21 annos de idade, moradora na região colonial, apresentando o seguinte quadro clinico: temperatura 38°; soluço continuo que durou muitos dias; dôr intensa na região occipital e na espádua direita; ptose palpebrar, visão turva e, por vezes diplopia. Insomnia pertinaz. Tres dias após a internação vomitos que cederam ao

cabo de 48 horas. Passados alguns dias, paralysisa facial direita dissipada ao termo de duas semanas. Difficuldade de mastigação e deglutição a principio, depois trismus pouco accentuado e passageiro. Movimentos de diducção muito embaraçados. Protusão da lingua incompleta. Salivação abundante, verdadeira sialorrhéa. Hyperglychorachia. Em summa encephalite epidemica com evolução para a cura.

A paciente esteve hospitalisada quasi tres mezes, permanecendo, depois de restabelecida, ao serviço do hospital, na mesma enfermaria, sem apresentar nenhum outro signal de molestia, por espaço de quatro mezes. Retirou-se enfim para a região colonial. Em Junho de 1929 apresentou-se em nossa casa, pedindo uma carta de recommendação, pois queria empregar-se como enfermeira no Hospital S. Pedro. Engordára extraordinariamente, a ponto que não a reconhecemos. Disse-nos que nada mais sentira a não ser que urinava muito. Calculava em varios litros a urina emittada nas 24 horas. O exame de urina, que então lhe recommendei, accusava grande quantidade de assucar.

Tornei a encontral-a mais uma vez no Hospital São Pedro para onde entrára, não como enfermeira, mas com disturbios mentaes.

Não foi, aliás, o unico caso que me foi dado ver de psychopathia post-encephalitica. Tenho outros em observação nos serviços deste ultimo hospital e que constituirão materia de uma comunicação especial.

Com a apresentação destas observações não pretendemos nem de longe, concorrer para a solução dos complexos problemas que se prendem ás manifestações tardias de encephalite epidemica. Escolhemo-os dentre outras, que possuímos, por nos parecerem interessantes sob um ou outro aspecto e collaborarem em conclusões que estudos mais profundades do assumpto têm permitido. Vem ellas, ainda uma vez, demonstrar que a gravidade da encephalite epidemica não decorre, apenas, da gravidade do surto agudo, que póde, muitas vezes ser curado, mas da possibilidade de manifestações tardias, que soem apparecer muito tempo após o primeiro accommettimento.

Entre essas manifestações longinquas o syndromo parkinsoniano é dos mais fre-

quentes, e só se distingue do mal de Parkinson classico por caracteres secundarios e symptomas associados. Nas suas linhas geraes, como nos caracteres fundamentaes, ambas se confundem. Casos ha, entretanto, em que a morphologia clinica do syndromo parkinsoniano é identica da molestia de Parkinson, e nessas circumstancias, o unico elemento para o diagnostico differencial é a existencia anterior da encephalite.

Nenhuma outra molestia pôde apresentar-se, em suas manifestações tardias, sob tão variados aspectos, o que facilmente se explica pela diffusão das lesões anatomicas.



A intradermo-reacção de Casoni no diagnostico da echinococcia.

Pelo *Dr. Camará Fagundes*

Medico (S. Gabriel).

Diversos são os meios biologicos usados no diagnostico da echinococcia, como exame do sangue (pesquisa da eosinophilia), a sôro reacção de Weinberg e a reacção de Casoni. A eosinophilia é symptoma frequente no kysto hydatico, mas, como assignala Louis Ramona é um signal infiel, muitas vezes ausente na echinococcia confirmada ou evacuação do kysto, sendo além disso frequente em affecções de outra natureza.

A reacção de Weinberg ou de fixação do complemento, pesquisada no serum do doente, tem como antígeno o liquido hydatico.

Além de exigir uma technica complicada, mostra-se infiel segundo muitos pesquisadores.

Em diversos casos suspeitos de echinococcia tivemos occasião de proceder a intradermo-reacção de Casoni. Sua technica é de extrema simplicidade, absolutamente innocua e se manifesta positiva mesmo em casos de supuração e após a evacuação do kysto.

Technica: O liquido destinado a reacção de Casoni é o liquido de kysto hydatico, recolhido asepticamente e distribuido em empôllas de 1 cc. Injecta-se de 0,1 a 0,3 do conteúdo da empolla, intradermicamente, na face anterior do antebraço. A agulha deve ser fina e de preferencia com a seringa usada para injeccção de tuberculina. Como testemunha deve ser injectada no antebraço

opposto quantidade igual de caldo peptonado. Si a reacção fôr positiva, observar-se-a no ponto da injeccção uma zona de erythema, ovalar ou circular, tendo no centro uma outra zona de edema dermico, de bordos bem delimitados. Quando negativa nada se observa no logar da injeccção. Pôde a reacção, em certos casos, mostrar-se positiva alguns minutos após a injeccção; em outros apparece tardiamente, levando mesmo algumas horas para manifestar-se.

Foram os seguintes, em resumo, os casos observados:

1ª — Observação: J. B. C., 29 annos, branca, casada, residente no municipio do Herval.

Doente ha mais ou menos dois annos, accusando, a principio dôres de fraca intensidade, no hypochondrio direito; emmagrecimento. Internada na Santa Casa de Misericordia de Pelotas. Enfermaria Dr. Brusque. Examinamos a paciente com o Dr. Darcy Xavier, encontramos um tumor de grandes dimensões, do volume de uma cabeça de fêto a termo, arredondado, de superficie lisa, occupando toda a metade superior e direita do abdomen.

Caso suspeito de hydatidose. Eosinophilia 4 % (Dr. Pedro Martins). Casoni francamente positiva. Operada pelo Dr. Urbano Garcia em 6—3—929. Volumoso kysto hydatico do lobo direito do figado.

2ª — Observação: M. M., de 10 annos, branca, brasileira, residente em Arroio Grande.

Sente desde Agosto de 1928 dôres de fraca intensidade, inconstantes, no flanco direito e região umbilical; estado geral inalterado, accusando apenas anorexia. Internada na Santa Casa de Misericordia de Pelotas. Enfermaria Dr. Francisco Simões em 3—2—929. Pelo exame constantamos grande tumor, occupando o flanco direito, parte do epigastrio, extendendo-se até a região umbilical. É arredondado, de consistencia dura, de superficie regular, indolor á palpação, perfeitamente mobilisavel em todos os sentidos. Fremto hydatico muito nitido.

Intradermo-reacção positiva em quinze minutos. Eosinophilia 12 %. Operada em 7—2—929 pelo Dr. Darcy Xavier. Foi encontrado um volumoso kysto hydatico, preso por larga base de implantação á face inferior do lobo direito do figado.

3ª — Observação: A. P., 24 annos, branca, solteira, residente em Piratiny. Conta que, desde Junho de 1928 começou