

FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO

Serviço clínico do Prof. Rubião Meira, no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

UM CASO DE SYNDROME PARKINSONIANA POST - ENCEPHALICA

OBSERVAÇÃO DO PROF. RUBIÃO MEIRA

J. L., 38 annos, portuguez, empreiteiro, vindo de Pitangueiras, é recolhido, em 9 de Dezembro de 1922, á 2.^a enfermaria de medicina da Santa Casa, onde se acha no leito n.º 27.

Como "antecedentes hereditarios" nada se poude apurar e não tem importancia alguma em relação á molestia de que soffre. Dos "antecedentes pessoaes" releva notar que ha cerca de cinco annos teve o impaludismo e, em 1918, foi accommettido de um insulto da grippe que, então, reinou em São Paulo. Sempre de bôa saude. Nada de males venereos nem syphilis.

A sua "historia da molestia actual" é assim narrada: Ha cerca de um anno e meio começou a sentir fraqueza geral, falta de appetite, ligeira cephalalgia e febre. Ao lado disso, mal estar geral, rouquidão e impossibilidade de se entregar ao trabalho. Durou cerca de tres dias esse estado. Melhorado, embora ainda fraco, teve de fazer uma viagem e por essa occasião foi subitamente preso de um ataque ao tomar uma chicara de café, attribuindo toda a sua molestia "ao effeito do reflexo da chicara na vidraça do carro em que viajava" Diz o doente, que sentiu como que um choque no rosto lhe escurecer a vista e cahiu, então, por terra, com tremor em todo o corpo, sem perder, entretanto, a consciencia, pois recorda-se de tudo que se passou no momento, reconhecendo as pessoas que se achavam a seu lado. Levantado por dois companheiros, não poude, desde logo, permanecer de pé, devido ao tremor e por sentir tonturas. Conseguiu sahir do carro em que viajava, sempre amparado pelos dous amigos, mas na plataforma da estação novo tremor apparece, que desta vez não o joga por terra por estar seguro. Recolhe-se ao leito, onde fica por espaço de oito dias, mas se não sente bem com o repouso. Levanta-se sempre e sahe de casa, voltando novamente ao leito.

Sem dôres nem febre soffre somente, nessas occasiões, de rigidez no pescoço e no corpo. Somnolencia e impressão de estar com os

membros amarrados e adormecidos. Si fica sentado ou quieto, diz o paciente, somno pesado o invade, mas acorda-se facilmente.

Bocca ligeiramente torna, salivação abundante e tanta que escorre fóra dos labios, lacrimejamento constante. Não consegue fazer trabalho algum, por não ter livres os membros, executando todos os movimentos lentamente, muitas das vezes acompanhados de tremor. Quando procura levantar qualquer objecto os membros superiores chegando a certa altura ficam parados. Antes de adoecer falava com mais facilidade. Diplopia.

Durante 6 mezes mais ou menos, conseguiu ainda lêr e tomar por suas proprias mãos os alimentos, mas a pouco e pouco foi perdendo a vista e ficando impossibilitado, pelos tremores, de alimentar-se por si mesmo.

Eis a historia morbida de J. L.

O seu "estado actual" é o seguinte: Sempre immovel, somnolento, em decubito dorsal, com a cabeça ligeiramente inclinada para a direita, rosto immovel e inexpressivo, bocca continuamente entreaberta, deixando escorrer a saliva. Commissura labial direita levemente abahulada. Olhar sempre fixo, raramente piscando. Ligeira ptose das palpebras, mais accentuada á esquerda, lacrimejamento e tremor palpebral constante. Passa a maior parte do tempo dormindo, accordando entretanto com facilidade. Difficuldade em falar, sentindo como que a lingua presa, razão pela qual as palavras são lentas e monotonas. Voz fraca. Não tem dysarthria. Engole e mastiga com difficuldade e grande lentidão. Muitas vezes ao approximar a caneca de agua aos labios apparece um tremor labial muito accentuado, nas mandibulas e nos dedos, o que o obriga a tomar a agua aos goles. Rigidez dos musculos do pescoço. Realisa todos os movimentos, mas todos são executados com vagarosidade. Os membros superiores em estado catatonico, conservam durante muito tempo a attitude que lhes é imposta. Nos inferiores não existe. Mesmo em repouso existe tremor ligeiro nos musculos da face e nos dedos. Esse tremor incrementa-se ao movimento, tanto nos membros superiores como nos inferiores.

Quando sentado, tem a cabeça inclinada para a frente. Em pé, a sua attitude é de parkinsoniano.

Caminha pendendo o corpo para um dos lados e procurando apoio, sempre a olhar para o chão, e si desvia daqui a vista vae á terra.

Tem atrophiados os musculos da perna direita, mas dependendo de fractura que soffreu e que occasionou tambem ligeiro encurtamento desse membro.

Estado psychico sem maiores alterações.

Reflexo rotulianos exaggerados. Babinski presente. Reflexos cutaneous intactos. Sensibilidade normal.

Nada de anormal para o lado dos principaes aparelhos.

O exame dos olhos, feito pelo distincto collega Dr. Pereira Gomes, revelou o seguinte: Pupilas normaes. Ligeira turvação dos crystallinos. Fundos oculares normaes. V. O. D. e V. O. E. 1/6. Paresia do R. I. e do R. E. do O. E. Diplopia homonyma. Abalos crystal informes de cansaço na visão de lateralidade.

Wassermann negativa no sangue e no liquido cephalo-rachidiano.

Nada de anormal nas urinas.

Nesse estado acha-se ainda o doente, sem alteração para peor nem para melhor.

*
* *

Não ha necessidade de debater o espirito nas dobras da discussão para se chegar, com acerto, ao diagnostico presente. Elle resalta claramente ao estudo, mesmo ligeiro, dos phenomenos apresentados. O cortejo pathologico em scena é o bastante para estatuir a diagnose.

Não foi, portanto, com o intuito de firmar um juizo clinico que resolvi escrever esta observação. E' que a molestia é de conhecimento recente. Verdade é que se a considera como tendo existido em outras eras, mas passou despercebida pela época. Nos escriptos de Hippocrates encontra-se a descripção de estados lethargicos, acompanhados de tremor e febre. Em todos os tempos um ou outro clinico mostrava casos do mal, sem interpretal-os. Foi, porém, só em 1916, que a "encephalite lethargica" como entidade morbida começou de se mostrar e dahi para cá tem feito parte de estudos dos interessados na evolução da sciencia. De 1916 a 1923, espaço de 8 annos, a sua bibliographia tem enriquecido os annaes da medicina. E' uma das mais ricas. Em toda parte trabalhos surgem, e discussões se enterreiram, phenomenos morbidos são descriptos, tudo annunciando o afan de se penetrar fundo no objecto e retirar-lhe o que ha de desconhecido.

Designações diversas têm-lhe sido propostas: encephalite lethargica, encephalite epidemica, nevravite epidemica, encephalo-myelite diffusa, encephalite ophthalmoplegica primitiva com narcolepsia, estupor epidemico, encephalite myoclonica, baseando-se uns no facto de predominar a somnolencia, outros na contagiosidade do mal e o seu apparecimento epidemico, outros ainda na associação da somnolencia ás paralyrias oculares, outros mais, na predominancia de myoclonias. Como quer que seja, e chame-se a molestia como se queira, o que porém convem sobresahir é que a somnolencia não é o seu phenomeno fundamental, mas sim o facto de sua transmissibilidade, ao ponto de se tornar hoje uma molestia de notificação obrigatoria.

Em todos os centros adiantados tem sido a encephalite epidemica objecto de pesquisas, de observações, e trabalhos sobre trabalhos se vêm accumulando. Não ha memoria, por mais brilhante que seja, capaz de compendiar a somma de conhecimentos edificados sobre a molestia. Entre nós, entretanto, pouco se tem publicado.

Não tenho á mão a bibliographia nacional para dizer o que ha de feito. Sei de pouca cousa; entretanto, conheço o trabalho do Dr. Cassio de Rezende que, clinico avantajado em Guaratinguetá, escreveu em o "Brasil Medico" em 1920, uma observação e a observação do dr. Raul Azevedo que, no "Jornal dos Clinicos" tratou de um caso "de forma myoclonica" De Minas Geraes, a esse mesmo jornal envia nota de um doente o Dr. Allú Marques. No "Brasil Medico" os drs. Teixeira Mendes e Studart escrevem sobre um caso que tiveram, já não querendo falar da communicação que á Academia Nacional de Medicina fez o pharmaceutico Orlando Rangel sobre o tratamento e que ali levantou o pó da controversia.

Entre nós, o provector psychiatra Dr. Enjolras Vampré, perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, na sessão de 15 de Julho de 1920, faz considerações clinicas sobre oito casos que observou. Acha que as nevralgias intensas marcam, aqui, o inicio do mal, lembrando, ao terminar o seu estudo, o facto de estar a encephalite lethargica manifestando-se em São Paulo com certa intensidade quando no Rio as observações são em pequeno numero. E, perante a Faculdade de Medicina foi defendida uma these sobre o assumpto, pelo Dr. Clovis Peixoto, contendo a descripção de alguns casos.

Talvez haja mais trabalhos sobre a encephalite lethargica e com certeza os ha aqui no Brasil, mas é-me impossivel estar ao par da bibliographia nacional toda, cousa, aliás, muito mal organizada até hoje e de que ainda se não cuidou de fazer. O caso, portanto, que eu trago á luz da publicidade, tem o toque dos casos banaes na literatura estrangeira, mas na brasileira quero crêr que inda não tem semelhante.

Que se trata de encephalite lethargica não ha a duvidar. A symptomatologia indispensavel ao diagnostico se mostra em scena. Não se admite mais hoje a necessidade da tripeça morbida que **Econom** affirmava para individualisar o morbo: a "somnolencia" a "febre" e as "paralysias oculares".

Casos existem typicos da encephalite epidemica em que o delirio e a insomnia sobrepujam no quadro clinico, outros em que a febre não se mostra. Mais commumente encontradas são as perturbações oculares. Netter acha que existem em 70 a 75 por cento dos casos. Na opinião de Achard (L'encephalite lethargique — 1921) essa porcentagem deve ser ultrapassada. Dos phenomenos que constituíam os basicos e fundamentaes para a obra do diagnostico só conservam o

seu valor as paralyrias oculares. Entretanto, casos ha registrados em precisas paralyrias (paralyrias incompletas, parciaes, dissociadas e variadas no dizer de Sainton) se não se mostram patentes e só o occulista pode as descobrir. Mas o conjuncto morbido, a dissemelhança de symptommas, a variabilidade dos phenomenos pathologicos que se não podem enquadrar dentro de determinada molestia, bastam para se eliminar outros males e se firmar o diagnostico de encephalite lethargica. Não no nosso caso. A symptomatologia é rica. Ella é mesmo luxuosa. Vem armada com todos os seus requisitos. Impõe o juizo clinico. Não cria duvidas no espirito de quem quer que seja. E' imponente e majestosa. Nenhum outro estado morbido traz o seu scenario. Elle é mesmo vistoso. Quem ler com attenção a sua historia e fizer o seu exame conclue desde logo. Teve J. L. cephalalgia e febre; somnolencia, impressão de estar com os membros amarrados e adormecidos. O somno que o invade é pesado, mal fica quedo. Si o excitam acorda logo. Impossibilidade de fazer trabalho algum. Diplopia. Paralyria do R. I. e R. E. Que mais querer? Não basta para a diagnose? Creio que sim. Nem a clinica quer mais. Deante de uma molestia polymorpha por excellencia o se encontrar tantos elementos reunidos capazes de firmar o diagnostico é uma excepção. Não pode, portanto, haver duvidas sobre o juizo clinico.

Mas o caso é mais interessante ainda, e isto é o que o torna digno de archivo. E' que passada a phase que se poderá dizer, do "episodio primitivo" na linguagem de Pierre Marie e Gabrielle Levy ("Les syndromes excito-moteurs de l'encephalite epidermique", na "Revue Neurologique" n. 6—1920) installou-se a syndrome parkinsoniana. Está-se, pois, deante de um caso typico de "Syndrome parkinsoniana post-encephalitica". A syndrome se esboça tambem de modo evidente. Nada lhe falta. Não se diga que o paciente J. L. soffre da molestia de Parkinson tão somente. E' discutir "per absurdum". E o é, porque já está claramente demonstrado que elle teve a encephalite. Não se pôde pôr mais em discussão esse diagnostico.

Demais, a syndrome parkinsoniana é costumeira no desenvolvimento da encephalite lethargica. E' uma questão já bem estudada embora não esclarecida. Pierre Marie e Levy estabelecem conclusões acertadas a respeito, e quem lêr o seu trabalho fica illustrado sobre o objecto.

Classificam as formas porque pode a syndrome se mostrar, em "frusta" e "progressiva".

Na forma frusta o que domina é o tremor, localizado ou generalizado, com perturbação da palavra, da marcha, e rigidez "objectivamente apreciavel dos movimentos, effectuados por contracções intermittentes e ás vezes com grande lentidão" Na outra, a progressiva, a

dominante é a rigidez, sem o tremor, que só apparece na occasião dos esforços musculares voluntarios ou passivos. De sorte que na frusta o tremor predomina sobre a rigidez e na progressiva o principal phenomeno morbido é essa rigidez.

Mas os casos frustos tendem a regredir, isto é, caminham para o desaparecimento dos symptomas. Qual das formas está aqui em esse doente J. L.? Elle tem a rigidez mas tambem tem os tremores. Demais, pelo tempo de evolução da molestia não se pode consideralo fazendo parte da forma frusta. Da progressiva tambem não. Em meu entender, elle está entre uma e outra dessas formas. Nem frusta, nem progressiva. E' uma forma que se poderia chamar de "estacionaria".

Essa syndrome post-encephalitica tem pois individualidade clinica perfeita. Mas se pôde confundil-a com a chamada molestia de Parkinson. Varios symptomas são sufficientes para separar a syndrome da entidade morbida, aliás mal conhecida sob os pontos de vista etiologico, pathogenico e anatomo-pathologico.

Basta o estudo de como se apresenta a rigidez para se firmar o juizo. J. A. Barré e Louis Reys ("Le syndrome parkinsonien post encephalitique" no "Le Bulletin Médical" 30 de Abril de 1921) estudam exuberantemente o diagnostico differencial e concluem que na syndrome parkinsoniana a rigidez tem predilecção e maximo facial, os musculos mastigadores são compromettidos e a localisação cervico-facial precoce é maior que a dos outros pontos; os tremores são differentes, e não existem perturbações vaso-motoras que são comuns na molestia de Parkinson.

De todo esse cortejo de symptomas resalta a possibilidade de se não confundir os dous estados morbidos — a syndrome parkinsoniana e a molestia de Parkinson.

Não entro, portanto, na discussão desse ponto porque está liquidado já em pathologia. Outros factos é que se não acham. Assim, por exemplo, como se considerar em cada doente a syndrome que occorre nos casos de encephalite epidemica?

Em regra, antes do apparecimento da syndrome parkinsoniana existem sempre os phenomenos de encephalite. Não começa insidiosamente e pode se mostrar de 3 modos, segundo o pensar de Barré e Reys.

1.º — Constitue a manifestação inicial e dominante da encephalite epidemica.

2.º — Desenvolve-se como sequela immediata desta molestia emquanto outras manifestações da encephalite ainda evoluem.

3.º — Póde apparecer tardiamente e durante a convalescença de uma encephalite que foi muito ligeira e que é preciso se procurar com cuidado.

Qual é o caso de J. L.? Evidentemente o segundo, que é o *typo* o mais commum. Mas, nem sempre é possível o estabelecimento de distincção, saber quando acabou a encephalite e começou a *syndrome* excito-montora. Mas, em regra, a *syndrome* parkinsoniana apparece depois (alguns dias a algumas semanas) do episodio primitivo encephalítico.

São essas as considerações que suggere o doente. Não convém eu desça a outras indagações porque não ha necessidade de repetir o que dizem os tratadistas. Quero apenas deixar assignalado e archivado nos annaes da nossa medicina um caso sobre que tanto têm discorrido os auctores estrangeiros e nós mais ou menos silenciado.

UMA PERICIA MEDICO - LEGAL

EXAME DE SANIDADE PHYSICA

NUM CASO DE LESÃO CORPORAL LEVE

Pelos Doutores Prof.

OSCAR FREIRE e FLAMINIO FAVERO

Nós abaixo assignados, Drs. Oscar Freire de Carvalho e Flaminio Favero, medicos, residentes nesta Capital, nomeados pelo Exmo. Snr. Dr. Adolpho Mello, M.M. Juiz de Direito da 1.^a Vara Criminal, para, procedendo ao exame de sanidade physica na pessoa de J. P., de 39 annos de idade, branco, natural de Portugal, casado, operario numa fabrica de anilinas residente á avenida N.^o n, respondendo aos quesitos abaixo transcriptos, damos a seguir o nosso parecer.

I

QUESITOS:

- 1.^o) Si do ferimento da mão esquerda do paciente resultou deformidade.
- 2.^o) Si desse ferimento resultou privação permanente do uso de organ ou membro.
- 3.^o) Si esse ferimento produziu incommodo de saude que inhabilitasse o paciente do serviço activo por mais de 30 dias.
- 4.^o) Qual o estado geral de saude do paciente actualmente.

II

Informa J. P que, no dia 22 de Agosto p.p., (1) ás 22 hs. e 40 min., recebeu na mão direita "uma pancada com um gancho de fechar

(1) Agosto de