

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS LOCALIZAÇÕES CEREBRAIS (*)

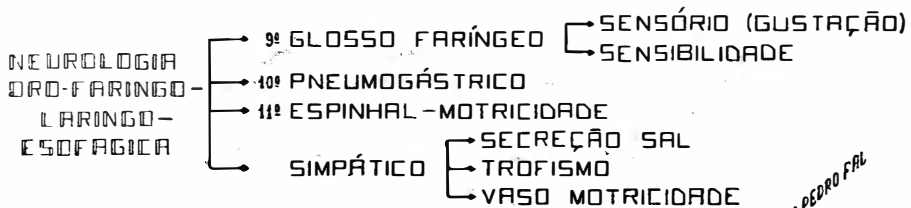
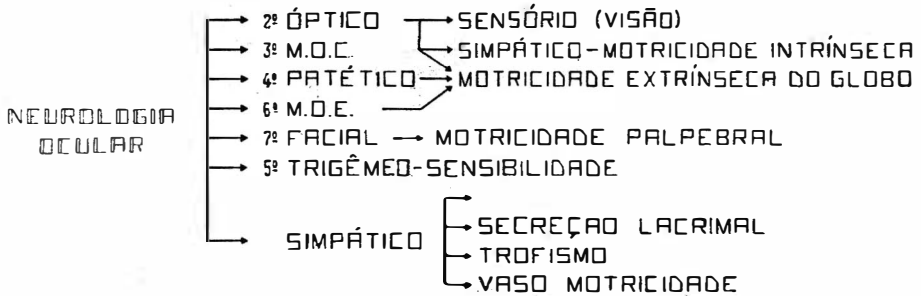
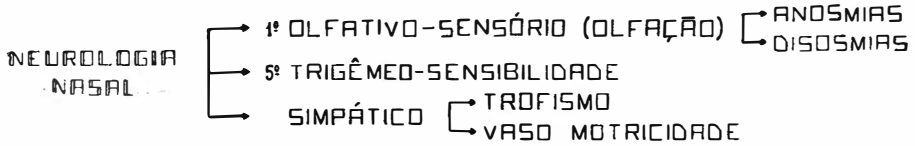
DR. PEDRO FALCÃO — Ribeirão Preto — S. Paulo

Por estarem abrangidos todos os nervos cranianos no estudo que me compete, deliberei, para metodização, analisá-los pela ordem anatômica, ou seja a da emergência de suas raízes dos centros nervosos, indo de diante para trás. Assim, exporei em primeiro lugar a contribuição que pode ser obtida pelo estudo dos olfativos; depois, a fornecida pelos: II, III, IV, V, VI e VII pares, além do simpático, no terreno da oftalmologia propriamente; depois, os informes do acústico, com seu elemento sensorial e o do equilíbrio labiríntico; e, finalmente, os esclarecimentos dados pelos últimos pares cranianos em seus diversos territórios de inervação. (esquema 1).

Ao rinologista, os transtornos da sensibilidade nasal interna — com hipo ou anestesia, hiper e parestesia, na ausência total de causa rinogênica propriamente — podem induzir ao diagnóstico de lesão no trajeto dos dois ramos superiores do trigêmeo; entanto, com maior precisão, irei estudar esta contribuição através do aparelho ocular, onde os mesmos ramos nervosos vão ter com abundância de filetes. De passagem, e para que apenas se possa ajuizar o valor de tal inervação em sua correlação com os grandes centros nervosos, direi que foi sobre sua exploração físiopatológica que Bonnier assentou as bases da “centroterapia”, em certo tempo deturpada pelo “célebre” Asuero. Entretanto, a contribuição maior que vem ao rinologista é fornecida pela função sensorial decorrente do 1.º par — o olfativo. Como sabeis, numa zona bem delimitada da porção mais alta do nariz, de cada lado do septo, concha superior e parte da média, as fibras olfativas se dirigem para os orifícios da lâmina crivada do etmoide, ganham os bulbos olfativos que repousam sobre as goteiras do mesmo nome, e daí alcançam seus núcleos centrais.

Ora, verificada pelo exame rinológico a ausência de qualquer causa (ozena, corpos estranhos, sinusites, lesões de natureza vária...) dum distúrbio da olfação, pode o especialista, pela análise dos elementos de

(*) Conferência pronunciada na “Associação de Medicina do Hinterlândia de S. Paulo” — Marília, no dia 6 de Junho de 1942; em complemento á do Dr. Carlos Gama (Diagnóstico e tratamento cirúrgico dos tumores cerebrais).



DR PEDRO FAL

que dispõe, chegar a conclusões valiosas. Assim, em presença de hipo ou anosmia, isto é, diminuição ou abolição total do olfato, pode ele, com a ajuda do olfatômetro de Zwaardemaker, ou das provas testemunhais de Elsberg, medir qualitativa e quantitativamente o **deficit** funcional de cada nervo olfativo, examinar o limiar da sensibilidade como o esgotamento à excitação; encontrar-se-á dêsse jeito, em condições de localizar um tumor cerebral, quer recalque o bulbo olfativo, dum lado ou doutro, quer lhe interesse apenas as fibras centrais. Igualmente, em presença de disosmia e, sobretudo, de cacosmia, (sensação de mau cheiro) pode o especialista concluir, com o afastamento total duma cacosmia objetiva, a existência da cacosmia subjetiva a caracterizar uma lesão central ou a presença de perturbação psíquica em evolução. E, para completar esta contribuição que o nervo olfativo fornece ao estudo das localizações cerebrais, quero mencionar a “Síndrome do Uncus”, (lesão da primeira circunvolução temporal), também de ordem central. Como sabeis, o fenômeno da hiperosmia determina a chamada “alucinação olfativa”, acarretando-a aquela síndrome muito frequente nos epiléticos, a qual é sempre elemento marcante duma aura, em crise comicial.

* * *

Agora, vou passar à parte que é capital na contribuição ao estudo das localizações cerebrais e que está afeta diretamente ao oftalmologista. Procurarei simplificá-la tanto quanto possível, sistematizando seu estudo como está apresentado no quadro sinótico. Assim, em primeiro lugar, estudarei o que pode dar de ensinamento a análise da função óptica, isto é, da visão sob seus vários aspectos, condicionada pela ação do 2.º par craniano — o nervo óptico, que é elemento exclusivamente sensorial. De passagem, chamo a atenção dos prezados colegas para a necessidade de distinguir na pronúncia, na grafia e na significação: — **óptico** referente à vista, escrito com **p** e pronunciado **ó-pti-cu**, o nervo que agora vou analisar; e **ótico**, referente à orelha, escrito sem **p** e pronunciado **ó-ti-cu**, o qual, logo mais, estudarei ao analisar o VIII par craniano. Sobre tal assunto, a quem se interessar, aconselho a leitura duma nota por mim fornecida aos “Arquivos Brasileiros de Oftalmologia”.

Para perfeita compreensão do assunto é indispensável o comentário da prancha n.º 1, por onde se verifica o seguinte: as várias fibras retinianas que coletam as sensações luminosas nos diversos sectores do campo visual, reúnem-se num ponto do polo posterior do olho, constituindo a papila, por onde atravessam a parede escleral, formando o nervo óptico propriamente dito. Este levando todas as fibras nervosas sensoriais de cada retina, se divide, no quiasma, dando um feixe direto, que margeia a borda externa do mesmo e o deixa pelo polo posterior do lado correspondente; e um feixe cruzado, que o atravessa na J'nha

média vai deixá-lo pelo polo posterior do lado oposto. Donde de cada polo posterior do quiasma saírem as cintas ópticas, cada qual constituída pela associação dum feixe direto e dum cruzado. Estas cintas (fascíolas) vão até os centros primários sub-corticais: tálamo óptico, corpo geniculado externo e tubérculos quadrigêmeos anteriores. Dêstes últimos de cada lado partem as fibras de união com o M. O. C. as quais regulam os movimentos da pupila; dos dois primeiros centros as fibras, com o nome de “radições ópticas de Gratiolet”, dirigem-se para o cortex cerebral, no lóbulo occipital, em parte da cisura calcarina, formando a chamada “esfera visual de Munck” — que é o centro cortical da visão. Se, ao lado da descrição dêste trajeto caprichoso, acrescentar que a disposição das fibras, dentro do mesmo nervo óptico e formações adjuntas, obedece a colocação precisa e constante, então melhor compreenderéis o valor de seu estudo para diagnóstico de qualquer acometimento no trajeto que vai do globo-ocular até a cisura calcarina. Assim, pela mesma prancha n.º 1, perceberéis que as fibras retinianas do campo temporal do olho direito (em azul), por exemplo, e que são as que recebem as impressões luminosas vindas do lado oposto, da esquerda por conseguinte, se colocam na porção externa do nervo e vão, **sem cruzamento**, para os centros nervosos superiores do mesmo lado direito; isto, em conjunto ao feixe interno do olho esquerdo (nasal-em azul), e que, seguindo a borda interna do nervo correspondente, cruza no quiasma, para se juntar às fibras do outro olho, as quais recebem as impressões do mesmo lado esquerdo. Por onde se conclue que, não fugindo à lei orgânica do cruzamento das percepções, todas as impressões apreendid

nos centros ópticos superiores verticais do lado direito; e vice-versa. Além disso, as fibras retinianas que partem da mácula, e que dão a visão nítida dos objetos — a chamada visão central — também são distribuídas nos feixes respectivos com a mesma precisão que as fibras da periferia da retina, sofrendo igualmente um cruzamento parcial no quiasma. E’ de notória distinção o trajeto seguido no quiasma pelas fibras maculares e pelas periféricas, conforme se vê na estampa, cruzando estas em sua porção anterior e aquelas na posterior. Dêste apanhado anatômico, tiram-se as seguintes conclusões, que representam bem as diversas localizações cerebrais dos acometimentos às vias ópticas: uma lesão num nervo óptico propriamente dito, isto é, no trajeto do globo ocular até o quiasma, determinará abolição total da visão do olho correspondente; uma lesão mediana sagital do quiasma interessará os feixes cruzados, determinando uma hemianopsia (cegueira numa metade do campo visual) heterônima bitemporal, pois as metades externas de ambos os campos visuais ficarão cegas por terem sido lesadas as fibras que lhes correspondem isto é, as nasais da retina de cada lado. Se, porém, a lesão fôr bem anterior, no quiasma, o que é encontrado em certos tumores da hipófise,

(é um dos sintomas caraterísticos da acromegalia) tal hemianopsia se verificará só nos campos periféricos; ao passo que, se fôr mais posterior, poderá lesar só os feixes maculares, dando a mesma hemianopsia heterônima bi-temporal, porém só central; como pode a lesão atingir todo o quiasma no sentido antero-posterior pela linha mediana, dando a mesma manifestação hemianópsica total. Além dêste tipo de hemianopsia heterônima bi-temporal, só por eventualidade rara se pode verificar correspondente heterônima bi-nasal, e isto por lesão (em geral por bala) que atinja os dois centros corticais ao mesmo tempo; o percurso dos feixes diretos (vide fig.) explica claramente o motivo disto. Se a lesão se fizer no polo posterior do quiasma ou na fasciola correspondente, observa

ta ou esquerda, conforme se trate do polo esquerdo ou direito respectivamente (há cruzamento, como já mostrei); e mais: se a lesão fôr anterior à chegada das fibras aos tubérculos quadrigêmeos anteriores, ao lado das perturbações sensoriais, pròpriamente ditas (hemianópsicas), ainda se observarão distúrbios da motilidade do esfíncter iriano; ao passo que, se a lesão fôr posterior, nenhum distúrbio nessa esfera existirá, de vez que o ciclo de tais reflexos ficará inatingido. Se as lesões forem mais recuadas ainda, isto é, se atingirem as radiações de Gratiolet ou o próprio centro visual na cisura calcarina (o que em tempo de guerra é relativamente frequente pelos traumas diretos, projéteis, granadas, etc.), então surgirão as chamadas hemianopsias em quadrante. Conforme já referí, na “esfera visual de Munck”, projeta-se, no cérebro, precisamente a dupla retina, donde uma lesão da borda inferior da cisura calcarina dar uma hemianopsia em quadrante superior, e vice-versa. E, se uma lesão vai atingir as comunicações da zona cortical óptica com outras partes do cortex observar-se-ão a cegueira cortical, a cegueira psíquica ou amnésica, e a própria alexia (na qual o doente não entende mais a escrita). A pesquisa de tais distúrbios sensoriais é feita pela perimetria, quando se pretende medir o campo visual periférico, e isso por intermédio de grande variedade de perímetros; é feita, também, pela campimetria central, quando se deseja obter o campo visual central, para o qual se utiliza a tela de Bjerrum, geralmente; e pelas várias escalas oftalmométricas, quando se quer medir a acuidade visual. Para terminar, direi que, além das hemianopsias já vistas, também são estudados, pelo mesmo princípio e com os mesmos aparelhos, os escotomas retinianos vários, sejam positivos ou negativos, concorrendo tal estudo grandemente para a elucidação de certas localizações cerebrais. A “reação pupilar hemiópsica de Wernicke”, também chamada “hemicinesia de Hess”, constitue, pesquisada com aparelhagem apropriada, um bom elemento de elucidação de diagnóstico cerebral. As medidas tomadas para as várias côres, de acôrdo com os

modernos estudos de Balado, Malbran e outros, também constituem elementos de valia para determinação de lesão das vias ópticas; não obstante ainda não haver perfeita união de vista quanto a sua interpretação.

* * *

Vistas, assim, em síntese, as possibilidades de uma localização cerebral por acometimento ao sensorio visual, passarei em análise a contribuição que pode oferecer o estudo da motilidade intrínseca ocular. Por tal se compreendem os movimentos de acomodação do cristalino e de contração ou dilatação do esfíncter pupilar.

Tal motilidade é puramente reflexa, constituindo a origem do neurônio centrípeto algumas células da retina disseminadas, tanto nas regiões maculares, como nos demais campos retinianos. Como disse ao estudar o elemento sensorial, o 3.º par entra em estreita comunicação com o nervo óptico por intermédio das fibras que chegam aos tubérculos quadrigêmeos anteriores; donde parte o neurônio centrífugo, que se dirige para o músculo ciliar e para a íris, constituindo o elemento de motricidade da acomodação, em combinação de equilíbrio antagônico com o simpático. A íris possui um músculo constritor — o esfíncter da íris — constituído por fibras circulares, innervado pelo M. O. C.; e possui um pequeno músculo dilatador, innervado pelo simpático, que penetra no globo com os nervos ciliares longos. A singeleza deste estudo apenas permite dizer que, sob a influência da luz, seguindo o circuito descrito acima, a íris se contrai (miose) pela excitação do M. O. C.; esta contração produzida pela luz constitue o reflexo-motor. Tal reflexo, pelo cruzamento de seus neurônios sensitivos, dá margem a que a luz incidida num olho promova a contração da pupila do outro olho (é o reflexo consensual). E, funcionando como máquina fotográfica, à proporção que o cristalino aumenta sua convexidade e aproxima o foco visual, a pupila se contrai. Da mesma forma, a convergência, que é um movimento parcialmente voluntário por estarem os centros do M. O. C. em conexão com os centros corticais superiores da inteligência, também determina miose. São justamente os reflexos foto-motores, isoladamente ou em associação com outros elementos de pesquisa os que maior interesse despertam nos neuro-oculistas.

Enumerarei os sinais de Argyll-Robertson e de Adie, e as síndromes de Weber e de Claude Bernard. O sinal de Argyll-Robertson é a perda do reflexo luminoso, havendo conservação do reflexo de acomodação. Foi tido como característico da tabes e da paralisia geral, mas, em tese, pode ser julgado sinal de sífile nervosa. O sinal de Adie é quase o Argyll-Robertson, porém num só olho, acarretando anisocoria, isto é, desigualdade de tamanho das pupilas. Como sinal, indica a existência de uma infecção neurótropa; e, associado à abolição dos reflexos tendinosos, constitue a síndrome de Adie. A síndrome de Weber é asso-

ciação de paralisia do M. O. C. com hemiplegia do lado oposto; sua existência indica lesão no pé do pedúnculo cerebral, na emergência dos nervos do 3.º par. E a síndrome de Claude Bernard-Horner, em que há miose unilateral, enoftalmia e redução da rima palpebral — significa paralisia do simpático.

Encararei, agora, a motilidade extrínseca ocular. Pela ação dos quatro músculos retos — superior, inferior, externo e interno — e dos dois oblíquos, grande e pequeno. o globo ocular realiza todos os movimentos necessários à perfeita visão. A sinergia dos músculos de ambos os olhos faz que as imagens retinianas de um olho sejam sobrepostas às do outro, promovendo o que se chama visão binocular. Qualquer distúrbio dêste equilíbrio determina diplopia, pois as imagens apreendidas por um olho não coincide mais com as do outro, fazendo que o individuo enxergue duas, em vez de uma. A êste distúrbio sensorial corresponde outro de tipo motor — o estrabismo, que pode ser paráltico ou não. Quando as diferenças de visão dum olho e doutro, produzidas por ametropias, são pequenas, de forma que o aparelho de acomodação procura corrigi-las estabelecendo a visão binocular, surge então a heteroforia, produzida pelo excesso de esforço dêste aparelho, e que se manifesta por mal estar, cefaléia e até vômitos. Ao lado dêstes distúrbios, apenas subsidiários para o estudo que procuro fazer, os nervos que dão motricidade aos músculos já citados podem ser lesados ou acometidos em seu trajeto desde os centros de origem. Assim o M. O. C. — que inerva o R. S., o R. Inf. o R. Int., o pequeno oblíquo e o elevador da pálpebra superior — pode ser lesado em sua emergência do pedúnculo, como mostrei na síndrome de Weber. Se o acometimento fôr na fenda esfenoidal, encontra-se a síndrome oftalmoplégica de Rochon-Duvigneau — paralisia ocular total puramente motora; se o mesmo abranger o olfálmico de Willis, a paralisia se tornará sensitivo-motora; e, se o trauma ou o tumor alcançar o buraco óptico, haverá paralisia total sensitivo-sensório-motora.

O motor ocular externo, que inerva exclusivamente o músculo reto externo, pode ser lesado só ou em associação. A síndrome de Gradenigo, na qual o M. O. E. é paralisado ao mesmo tempo em que aparecem otite média supurada e dôres têmpero-parietais do mesmo lado, é típica duma lesão da ponta do rochedo. Ainda, como exemplo de localização, agora na parte inferior do pé da protuberância, cito a síndrome de Millard-Gübler, em que a paralisia do reto externo se associa à periférica do facial do mesmo lado e à hemioplegia alterna.

* * *

Analisarei, agora, a sensibilidade e o trofismo do aparelho ocular, sob a dependência do 5.º par craniano — o trigêmeo, em conexão com o simpático.

Concomitantemente o trigêmeo dá sensibilidade à córnea e aos demais elementos oculares por intermédio dos vários ramos do oftálmico de Willis. Neste território, o sinal de Oppenheim, que é a anestesia isolada da córnea, constitue elemento de indicação certa e prematura dum tumor do ângulo ponto-cerebelar. Pela ceratite neuro-paralítica adveniente a certas intervenções no trigêmeo ou a tumores do mesmo, pode-se ajuizar de sua localização, se retro-gasseriana ou não. Além de colaborarem no trofismo, êstes nervos atuam como vaso-motores, e secretores para o aparelho lacrimal.

Finalizando, mencionarei o reflexo óculo-cardíaco de Aschner, que bem mostra a conexão do trigêmeo com o centro do espinhal, produzindo o arco reflexo que promove a bradicardia pela compressão do globo ocular.

* * *

Ao iniciar o estudo da contribuição do otologista às localizações cerebrais, devo salientar que todas as aquisições são produto da exploração do 8.º par — o ótico, acústico ou auditivo. Nervo exclusivamente sensorial, é constituído por dois elementos fundamentais: o **nervo coclear**, que recebe no canal espiral de Rosenthal do caracol as impressões auditivas colhidas no órgão de Corti, transmite-as ao gânglio do mesmo nome, e, dêste, leva-as aos núcleos de substâncias cinzenta central, penetrando pelo sulco bulbo-protuberancial; e o **nervo vestibular**, que recebe no utrículo, sáculo e canais semi-circulares, as impressões destinadas à manutenção do equilíbrio e, após formar o gânglio de Scarpa, se dirige para os centros nervosos superiores (núcleos de Deiters, Schwalbe e Bechterew). Assim, bem distintas são as atribuições do coclear — a audição; do vestibular — o equilíbrio.

Através de numerosas provas, perquire-se o perfeito desempenho do coclear, constituindo a audiometria elemento de grande valia equiparável à perimetria ocular, de que vos falei anteriormente. Além das provas da voz cochichada, da fala normal e da gritada (dentro de suas regras constitue o meio fisiológico mais racional para pesquisa e medida da audição no homem), utilizam-se aparelhos outros, mais ou menos complexos, todos com a mesma finalidade — medir e registrar a capacidade auditiva. Com tal instrumental sonoro, especialmente com os diapasões, estabeleceram-se então, numerosas formas de pesquisas com o objetivo de localizar qualquer lesão: se no aparelho transmissor, receptor ou nos centros superiores. Supérfluo é dizer, como o fiz para o olfato, que se examinam as orelhas clinicamente antes, e, depois, se as estudam isoladamente ou em conjunto. Das provas mais usuais, quero me referir às de Rinne, Weber e Schwabach. Estas provas são feitas com um diapasso de 128 vibrações duplas por minuto (dó natural). Assim, no Weber, se colocado na frente ou no alto

da cabeça o cabo de um diapásão vibrando, por exemplo, o doente, que está surdo do lado direito por lesão do aparelho de transmissão, percebe o som mais intensamente do lado lesado. Diz-se então que o Weber está lateralizado para a direita. Na prova de Rinne, compara-se o tempo da percepção do som por transmissão óssea, (cabo do diapásão sobre a mastoide) e por transmissão aérea (diapásão livre diante do conduto externo). Normalmente, a transmissão aérea é mais prolongada que a óssea. A prova é feita do modo seguinte: — logo que o doente deixou de ouvir o diapásão aplicado sobre a mastoide, coloca-se o aparelho diante do conduto, e marca-se o número de segundos em que o som ainda fôr percebido. Diz-se, então que o Rinne é positivo de tantos segundos (mais dez segundos, por exemplo). Se a audição está invertida, (caso patológico., a aérea é mais curta que a óssea, e diz-se que o Rinne é negativo, igual a mais tantos segundos, de acôrdo com os dados colhidos. Na prova de Schwabach as medidas são feitas para transmissão óssea, porém comparadas com um elemento testemunhal, que é a duração de audibilidade considerada normal do diapásão. O resultado pode ser encurtado ou prolongado e é expreso em segundos.

O equilíbrio labiríntico, que é a sensação de nosso corpo em relação ao mundo espacial, na qualidade de elemento puramente automático, é pesquisado através de suas relações com os centros motores oculares extrínsecos, observando as várias modalidades do tremor dos olhos, conhecido com o nome de nistagmo ocular. É importante saber que o equilíbrio cerebelar, longe de permitir a impressão de relação espacial, apenas confere o chamado equilíbrio primário, isto é, dos próprios segmentos do corpo entre si, de sua tonicidade, etc. Para pesquisar qualquer distúrbio do vestibular — que é o nervo do equilíbrio — recorre-se, pois, à excitação de seus diferentes centros de origem na orelha interna, e observam-se os resultados oculares do nistagmo. A vertigem e a tontura, como sejam elementos incapazes de fornecer dados grandemente diferenciados, ficam em plano secundário, embora não desprezadas, pois a direção da queda do paciente representa, em certos casos, elemento de orientação diagnóstica de valia. Pelas provas de rotação, utilizando-se cadeiras giratórias, baseadas todas no padrão de Bárány, promove-se a excitação do labirinto vestibular, observando-se seus efeitos nistágmicos oculares. Grahe (Mayor) idealizou e executou uma mesa de pesquisa, na qual, pelas posições variadas em que pode ser colocado o doente a examinar, excitam-se separadamente os diversos elementos labirínticos, sistematizando-se assim um exame preciso e rigoroso. Além da excitação pelo movimento passivo do doente, em giros ou balanços, ainda pode ela ser promovida no labirinto pelas diferenças de temperatura — o que de-

termina um deslocamento maior ou menor, em sentidos variados, da endolinfa do aparelho vestibular e dos otólitos. Tais manobras, chamadas provas calóricas, efetuadas com substâncias líquidas ou gasosas, produzem nistagmo ocular, pelo qual se tiram conclusões clínicas de cada caso. Ainda o nistagmo ocular pode ser provocado por corrente elétrica (galvânica). E por todos êstes meios de excitação, sempre os resultados são interpretados através do nistagmo ocular, constituindo seus informes elementos de valia no diagnóstico diferencial das lesões cerebelares e labirínticas, como na localização de certos e determinados tumores.

Independente das provas de nistagmo, ainda se pode explorar o labirinto pelas chamadas provas dos movimentos reacionais dos membros (experiência dos braços estendidos, pesquisa do sinal de Romberg). Por elas se chega a conclusões idênticas às de pesquisa do nistagmo. E, sem entrar em minúcias, direi apenas que, pelos estudos de Brunner, Eagleton e outros, só com o exame do vestibular, podem-se localizar os tumores do ângulo-ponto-cerebelar, do próprio **vermis** cerebelar, dos hemisférios cerebelares, etc..

* * *

Prosseguindo na ordem de estudo dos nervos cranianos, alcanço agora o grupo final, representado pelos 4 últimos pares. Não obstante, independentes em suas funções como bem individualizados nos vários departamentos a que se distribuem, só me irão interessar maiormente por suas síndromes de associação, pois permitirão estabelecer localizações cerebrais, de acôrdo com os vários núcleos atingidos ou com os sectores vulnerados, sobretudo, em seus trajetos de vizinhança intra e extra-cranianos. Assim sendo, farei um rápido estudo (que vos interessará certamente) de cada um desses nervos, pois está baseado nas mais recentes aquisições anátomo-fisiológicas. Terminarei com a análise das principais síndromes de associação dos mesmos.

O **glosso-faríngeo**, a quem a fisiologia clássica emprestou foros de motricidade, é hoje considerado a rigor nervo sensorial — o nervo da gustação. De côrdo com os mais modernos trabalhos (Luciani, Escart, Pommé, Duguet, Caussé e outros; e, entre nós, Mangabeira Albernaz) sabe-se que até mesmo o músculo constritor superior da faringe é inervado pelo espinhal, donde o conhecido **sinal da cortina**, de Vernet, considerado ainda por muitos patognomônico de paralisia do glosso-faríngeo, continuar hoje com seu valor diagnóstico preciso... porém de paralisia do espinhal. A própria função gustativa, que classicamente se admitia diferenciada no terço posterior da língua e em seus dois terços anteriores, hoje, com a verificação anátomo-fisiológica de que a corda do tímpano e o nervo intermediário de Wrisberg constituem um ramo do próprio glosso-faríngeo, fica patenteada estar na dependência

exclusiva do IX par. As percepções gustativas, entretanto, são diferenciadamente apreendidas para o doce, o amargo, o ácido e o salgado em pontos determinados e certos da mucosa lingual, seguindo as fibras que recebem estas impressões, como se dá para os demais aparelhos sensoriais, um trajeto bem sistematizado no íntimo do próprio nervo glosso-faríngeo. Graças à contribuição valiosa dos neuro-cirurgiões, que praticando a secção intra-craniana do glosso-faríngeo em casos de neuralgia do mesmo, pois o IX par também possui fibras sensitivas, puderam observar a ausência completa de alterações motoras no território inervado por êle, sabe-se que êste nervo é exclusivamente sensitivo-sensorial. É possível que, com as numerosas observações que o atual conflito mundial fornecerá aos cirurgiões e aos clínicos, se venham dissipar as derradeiras dúvidas que ainda perduram a respeito da função do IX par.

De referência ao **pneumogástrico**, que os clássicos consideravam sensitivo-motor, tenho a esclarecer que, modernamente, só é havido como sensitivo. Com esta função, colabora como neurônio centrípeto para os reflexos laríngeos de defesa e proteção das vias aéreas inferiores e para os esofágicos, tomando parte ativa nos primeiros tempos da deglutição. Isto, apenas no território das especialidades estudadas.

O XI par — o **espinhal** — é nervo puramente motor. Seu ramo interno, bulbar, se anastomosa com o pneumogástrico ao nível do gânglio plexiforme; onde haver sido erradamente atribuída função motora ao pneumogástrico. A hemiparalisia do véu palatino e a hemiparalisia do laringe são devidas a sua lesão. O fato de suas fibras nervosas serem associadas às do pneumogástrico fez que se atribuisse a êste, durante muito tempo, a responsabilidade de tais paralisias. O sinal da cortina de Vernet, que é o repuxamento em forme de cortina que se observa na parede posterior da faringe, pode ser considerado patognomônico de sua lesão.

Finalmente, analiso o nervo **hipoglosso** — XII par — exclusivamente motor e que dá motricidade à língua. Sem entrar nas minúcias das paralisias parciais de cada um de seus ramos, pode-se indicar sua lesão pelo desvio da língua para o lado oposto, quando a mesma é ativamente protraída; desvio seguido, a **posteriori**, de atrofia de metade do órgão, na paralisia unilateral.

Como salientei ao iniciar o estudo dos 4 últimos pares cranianos, com a apreciação das síndromes de sua associação parcial ou total encerrarei esta exposição. Apenas menciono, sem comentários, as síndromes alterna de Avellis, de Schmidt, de Jackson e de Tápia, que são constituídas pela Avellis simples, com pequenas expansões combinadas à hemiplegia alterna. Ater-me-ei às chamadas síndromes ponto-bulbares — de Wallenberg e de Collet-Sicard; à mielo-bulbo-pontina de

Villaret e à síndrome de Garcin. Na de Wallenberg, geralmente por tumor da zona ponto-bulbar, são atingidas nas raízes do IX, X e XI pares, havendo paralisia unilateral de todos os territórios por eles inervados. Na síndrome de Collet-Sicard, estendendo-se a vulneração mais para baixo ao nível do bulbo, são, além das do IX, X e XI pares, atingidas as raízes do hipoglosso, associando-se à sintomatologia da síndrome de Wallenberg a paralisia da língua, do mesmo lado. Na síndrome de Villaret, na qual a vulneração alcança os 4 últimos pares ao nível do espaço retro-parotídeo, sendo já a lesão extra-craniana, também o simpático é comprometido, acrescentando-se à sintomatologia da síndrome de Collet-Sicard a de Caude Bernard do mesmo lado (enofthalmia, miose e redução da rima palpebral).

E, finalmente, a síndrome de Garcin — síndrome unilateral global dos nervos cranianos, em que todos os pares cranianos são atingidos por extensa lesão da base, determinando uma igualmente extensa sintomatologia sensório-sensitivo-motora unilateral, com a característica da ausência de hipertensão craniana e ausência de sinais de alteração motora ou sensitiva dos membros. Em geral, trata-se de uma meningite da base, e, frequentemente, o olfativo e o óptico são poupados.

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE UM CASO DE ALBINISMO COMPLETO DOS OLHOS

Dr. OROZIMBO CORRÊA NETTO — Poços de Caldas

Casos de albinismo dos olhos têm sido encontrados, se bem que raramente, em todas as raças do mundo já desde a mais remota antiguidade, parecendo mais frequentemente observados nas zonas tropicais e sub-tropicais.

Apezar de citarem os autores como sendo mais comuns no sexo feminino, os únicos 5 casos que observei no meu serviço, são todos do sexo masculino. Todos referiram ter tido notícia de haver albinos em seus antepassados, e em todos notei uma melhora da acuidade visual com o uso dos vidros esféricos convexos, em contradição com a maioria dos autores que têm assinalado a maior frequência de myopia nos albinos.

Os nossos casos são todos de indivíduos da raça branca, ao contrário da observação da maioria dos autores.