

Contribuição ao conhecimento das paralisias periféricas, múltiplas, uni-laterais, dos nervos craneanos (Síndrome de Villaret) (*)

por

Octavio de Magalhães

Dentre as doenças do sistema nervoso que registramos em nossos arquivos, no Instituto Biológico Ezequiel Dias, três destacamos pela relativa raridade entre nós :

1.º — Um caso de doença de Thomsen ou Miotonia Congenita, enfermidade familiar. Temos, desse caso, um registro cinematográfico.

2.º — Um caso de Mioclonia laringéia, expressiva de uma lesão mesencefálica.

3.º — Um caso de síndrome de Villaret que constitúe o assunto do presente trabalho.

A observação que vamos publicar, tem tríplice interesse. O primeiro é que o paciente era meu antigo cliente de u'a moléstia pulmonar rotulada de bacilose de Koch, em período de evolução secundária (tuberculose exudativa bi-lateral) e que realmente se tratava de uma micose pulmonar, pelo *Neogeotrichum pulmoneum*.

O segundo é que, muitos anos após, de novo nos procurou, por uma tentativa de morte de que foi vítima e da qual resultou um síndrome realmente raro de lesão nervosa, de origem traumática, tendo escapado milagrosamente, de um ferimento por bala na carótida primitiva, com formação consecutiva de uma aneurisma arterial. — Entre uma e outra moléstia, teve um acidente gástrico, a que adeante nos referiremos.

Finalmente, o terceiro aspecto do caso é que, firmado o diagnóstico de aneurisma da carótida primitiva, de origem traumática, encaminhei o doente para um cirurgião, dado o sofrimento acusado pelo paciente, para única

(*) Trabalho do Laboratório de Fisiologia da Faculdade de Medicina da U.M.G. e do Instituto de Radium de Belo Horizonte.

* Recebido para publicação em Setembro de 1946.

terapêutica salvadora que julgamos útil: a intervenção cirúrgica, no saco aneurismático, a qual teve êxito surpreendente..

Vejamos a observação:

Doente *P. Costa*, com 40 anos, casado, brasileiro, natural de Belo Horizonte, negociante abastado. Teve 6 filhos vivos, fortes. A mulher nunca teve abôrto. O paciente mede 1,60 m de altura, tem 60 kg de pêso, é de constituição robusta e temperamento extravertido. Já pesou 80 kg. Das moléstias da infância, só se lembra de ter tido sarampo. Tem 4 irmãos vivos e fortes. Não tem pais. A mãe morreu de u'a moléstia de coração e o pai, de um abcesso hepático. Aos vinte e poucos anos, nos procurou, no então Instituto Ezequiel Dias, de Belo Horizonte, com um síndrome de tuberculose bacilar demonstrado pela ausculta, percussão e radiografias, mostrando estas um processo pulmonar evolutivo, exudativo, nos lóbulos superiores dos dois pulmões. Nesta época, o paciente apresentava escarros hemoptoicos frequentes, mas não hemoptises verdadeiras.

O exame do escarro, feito repetidas vezes, com ou sem homogenização e sementeiras, com inoculação em cobaias, foi, porém, sempre negativo para bacilo de Koch. Obtivemos, por outro lado, pelos exames diretos e culturais em Sabouraud, culturas puras e abundantes do *Neogeotrichum pulmoneum*.

O Wassermann, no sangue, foi negativo. A febre era vespertina, com suores noturnos, palidez da face e das mucosas, embora em bom estado de nutrição geral.

Firmado o diagnóstico de micose pulmonar e submetido ao tratamento ioduretado, pela via intra-venosa e oral, curou-se o paciente rapidamente nunca mais tendo apresentado qualquer sintoma pulmonar, mesmo durante a moléstia atual.

O exame radiológico dos pulmões, mostrava o desaparecimento das lesões.

Há 9 anos, nos procurou pela segunda vez, com uma sintomatologia de úlcera estomacal, confirmada pelos exames do suco gástrico e pelo raio X, tendo se curado dessa segunda moléstia e levando, daí por diante, vida normal, embora agitada pelos trabalhos e principalmente pelas diversões e noitadas.

MOLÉSTIA ATUAL

O acidente do qual resultou o síndrome nervoso ao qual nos referimos particularmente nesta observação, deu-se em 26 de dezembro de 1938, em Belo Horizonte, às 8 horas da manhã. Contou-nos o paciente que, estando sentado num café, num bairro da capital mineira, dele se aproximou, sorrateiramente, um desafeto e, à queima-roupa, de frente, disparou-lhe uma arma de fogo, cuja bala êle supôs, a princípio, ter entrado pela bôca. Assinalou que o projétil não o apanhou inteiramente sentado, pois, quando percebeu a intenção do criminoso, tentou levantar-se, apesar de ligeiramente alcoolizado e voltou ligeiramente a cabeça para o local de onde se encontrava o adversário, isto é, para o lado esquerdo, tentando enfrentá-lo. No momento em que ouviu o estampido da arma, de nada mais se apercebeu. Quando deu acôrdo de sí e pelo que mais tarde foi informado, soube ter caído pesadamente ao solo e transportado, pouco depois, para o Pronto Socorro Policial de Belo Horizonte. Só às 6 horas da manhã do dia seguinte, tendo sido informada, pôde ser visto por pessoa de sua família. Já então, se encontrava na Casa de Saúde São José, para onde o haviam transportado, após ligeiro curativo adesivo, feito no Hospital do Pronto Socorro da cidade.

O paciente, segundo fomos informados, apresentava um ferimento de bordos chamuscados, único, de penetração por bala, ao nível do terço anterior, lado esquerdo do maxilar inferior, região mentoniana, sem orifício de saída. Dêste orifício, escorria sangue em abundância. Havia um extenso hematoma, que cobria principalmente toda a região lateral esquerda do pescoço, tórax e espádua, extendendo-se pelo tórax, região anterior, quase até à região da linha bimamilar. O paciente foi apanhado inconciente e mesmo quando solicitado, ao despertar, não reconheceu a família, imediatamente.

O pulso estava filiforme e não foi possível mesmo, durante muitas horas, retirar o doente do verdadeiro estado de choque, no qual se encontrava. Quando começou a reanimar-se, apresentou intensa agitação, sem poder articular palavras. Era incapaz de mover os braços, que caíam pendentés, quando se sentava na cama, apoiado pelos enfermeiros. Não conseguia engulir nem alimentos sólidos ou líquidos, e assim permaneceu por espaço de 72 horas. Apresentou também desvio acentuado na língua para o lado direito. Perda, por muito tempo, da sensação gustativa.

Logo ao chegar ao Hospital São José, lhe foram feitas transfusões de sangue, injeccões de sôro, tônicos, calmantes, etc., ali permanecendo o paciente durante 15 dias, em observação. A palavra tornou-se-lhe ininteligível, a voz rouca, bi-tonal, tendo uma das vistas se tornado menor que a outra.

Voltou à casa e a falta de experiência da família, pela ausência de compreensão do que dizia, tornou-o irascível e começou a apresentar então fenômenos de excitação nervosa o que levou a família a supô-lo com uma psicose. Quabrava objetos domésticos, maltratava pessoas da família, fugia da casa, não se submetendo a qualquer espécie de terapêutica. Foi internado no Hospital São Vicente de Paula, a 2 de Março de 1939 e operado pelo Dr. Afonso de Almeida Magalhães, que lhe extraiu a bala, prêsã junto ao corpo da terceira vértebra cervical (vide radiografia). O paciente julgava que a permanência da bala no organismo era a causadora de tudo o que so-

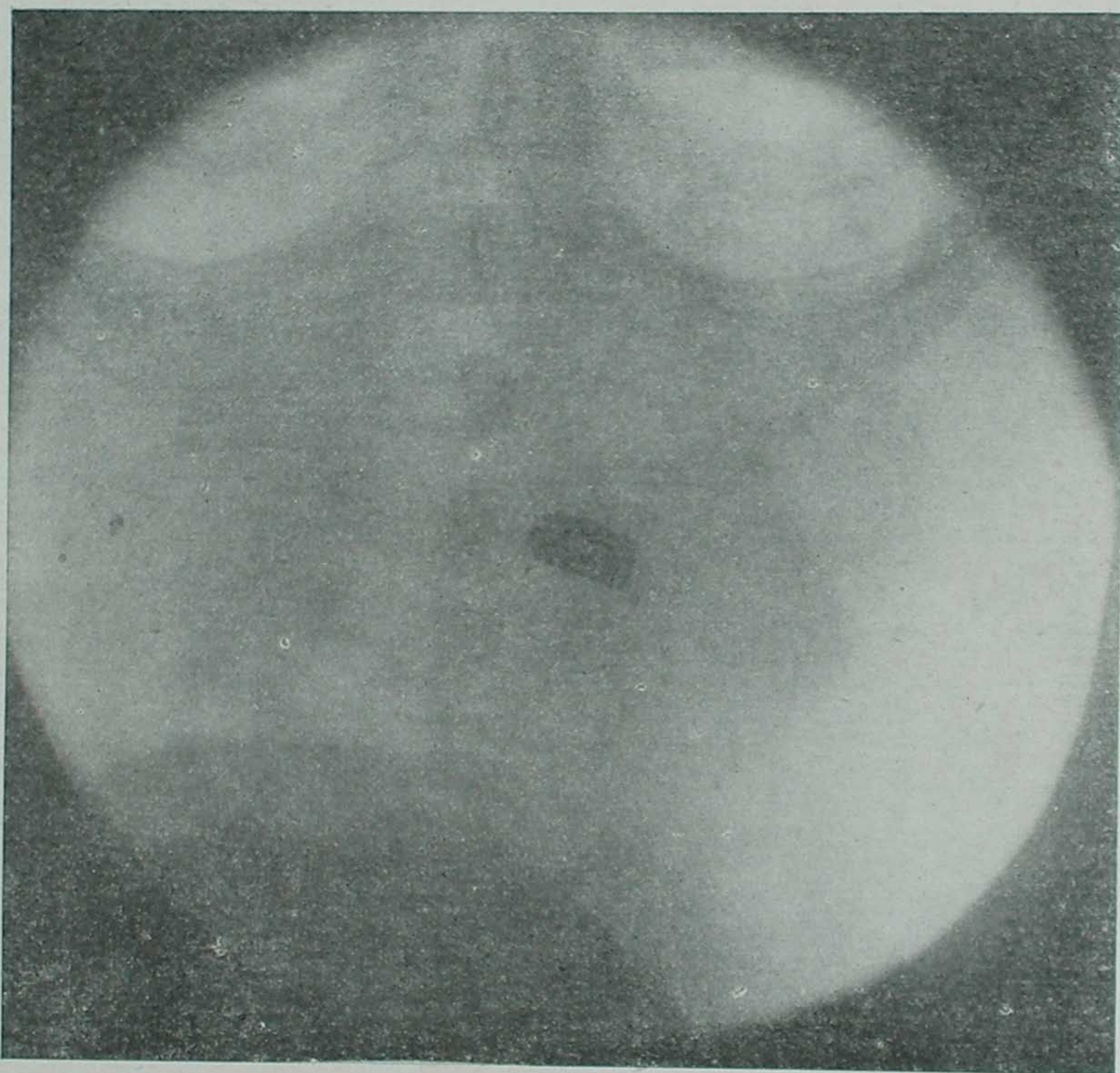


Fig. 1 — P. C. Costa
Radiografia da coluna cervical — 1938

fria. Nessa ocasião, ainda não era visível qualquer tumor do lado esquerdo, na base do pescoço. A operação correu sem inconvenientes e o paciente tornou à casa, achando que tudo estaria sanado.

Pouco tempo depois, notou que começava a crescer o tumor na base do pescoço, do lado esquerdo e que a voz continuava rouca, a palavra pouco in-

teligível, insônia e outro sintoma, o de batimentos cerebrais, que começava a sentir.

Procurou-nos em Maio de 1939, para uma indicação terapêutica que lhe melhorasse a situação. Nessa ocasião, o exame revelou o seguinte:

O paciente havia voltado à vida comum, sem que pudesse executar os trabalhos anteriores; continuava com a constituição robusta e a simples inspecção (vide fotografia), dava a perceber um tumor pulsátil do lado esquerdo, na base do pescoço.

Aparelho respiratório — o exame deste aparelho nada revelou digno de registro. A radiografia (vide laudo), não apurou paralisia do diafragma.



Fig. 2 — P. C. Costa
Radiografia do pescoço — Visto de lado — 1938

Aparêlho digestivo — nada foi possível apurar neste aparelho, salvo uma diminuição da sensação gustativa e uma hipoestesia do véu do paladar e da faringe (vide laudo), resíduo da lesão primitiva.



Fig. 3 — Doente P. Costa — Visto de frente

Nota-se na base do lado esquerdo do pescoço a saliência do saco aneurismático e comparativamente, a diminuição, à esquerda, da rima palpebral.

Tinha apetite e as digestões faziam-se normalmente. Não apresentava constipação.

Aparelho genito-urinário — nada de importante foi apurado. Funções normais e o exame de urina nada demonstrou, digno de ser apontado.

Aparelho circulatório — pulso cheio, rítmico, 75 a 80 por minuto. O coração tinha bulhas sem coisa digna de registro, salvo um refôrço do tom aórtico, na base. A radiografia mostrava um discreto aumento do lado esquerdo. As pressões arteriais, com o Vacques-Lauby, obtivemos :

PMX — 11,5

PM — 7,5

Na base do pescoço, do lado esquerdo, logo acima da clavícula, apresentava um tumor pulsátil. O exame propedêutico cuidadoso levou-nos a firmar o diagnóstico de aneurisma da carótida primitiva, traumático, em consequência do ferimento por arma de fogo. Na reconstituição da história da moléstia atual, vemos justamente a queda do paciente, com formação de enorme hematoma, logo após o ferimento. A bala, batendo de soslaio no maxilar inferior da lado esquerdo, que então se achava ligeiramente inclinado, seguiu por êste ôsso até a região retro-parotidiana esquerda, lesando os nervos, perfurando a carótida primitiva abaixo da região parotidiana e indo alojar-se no corpo da terceira vértebra cervical. Houve enorme hemorragia, que se infiltrou pelo pescoço e tórax do paciente, com anemia cerebral e inconsciência consecutiva, queda do paciente, organização de coágulo protetor e formação posterior consecutiva, lenta, do saco aneurismático. A pancada cerebral que o doente sente na atualidade, do lado esquerdo do crâneo principalmente, é a consequência daquele aneurisma no desvio obrigatório do sangue, a caminho do encéfalo.

Sistema nervoso :

Aparêlho da visão — deficit visual à direita, por cório-retinite extinta. Anisocoria. De 6mm e esquerda, 3mm. Hipoestesia corneana, à direita. Rima palpebral esquerda menor que a direita. Tensão e reflexos normais. Fundus sem maior significação, além da cório-retinite já referida. O exame foi feito pelo professor Hilton Rocha.

O doente, que abusava das bebidas alcóolicas, segundo informações da família, andava excessivamente irritado, apresentando tonturas e dores de



Fig. 4 — Doente P. Costa — Visto de lado — 26-5-939

Nota-se, na base do pescoço, a saliência do saco aneurismático e no olho esquerdo a diminuição da rima palpebral.

cabeça, frequentes. Tinha insônia. A marcha e o equilíbrio eram normais. Os reflexos tendinosos e cutâneos nada mostravam digno de registro. Havia ausência dos sinais de Romberg e de Babinsky. As sensibilidades tátil, térmica e dolorosa estavam normais. A *audição* nada tinha digno de registro.

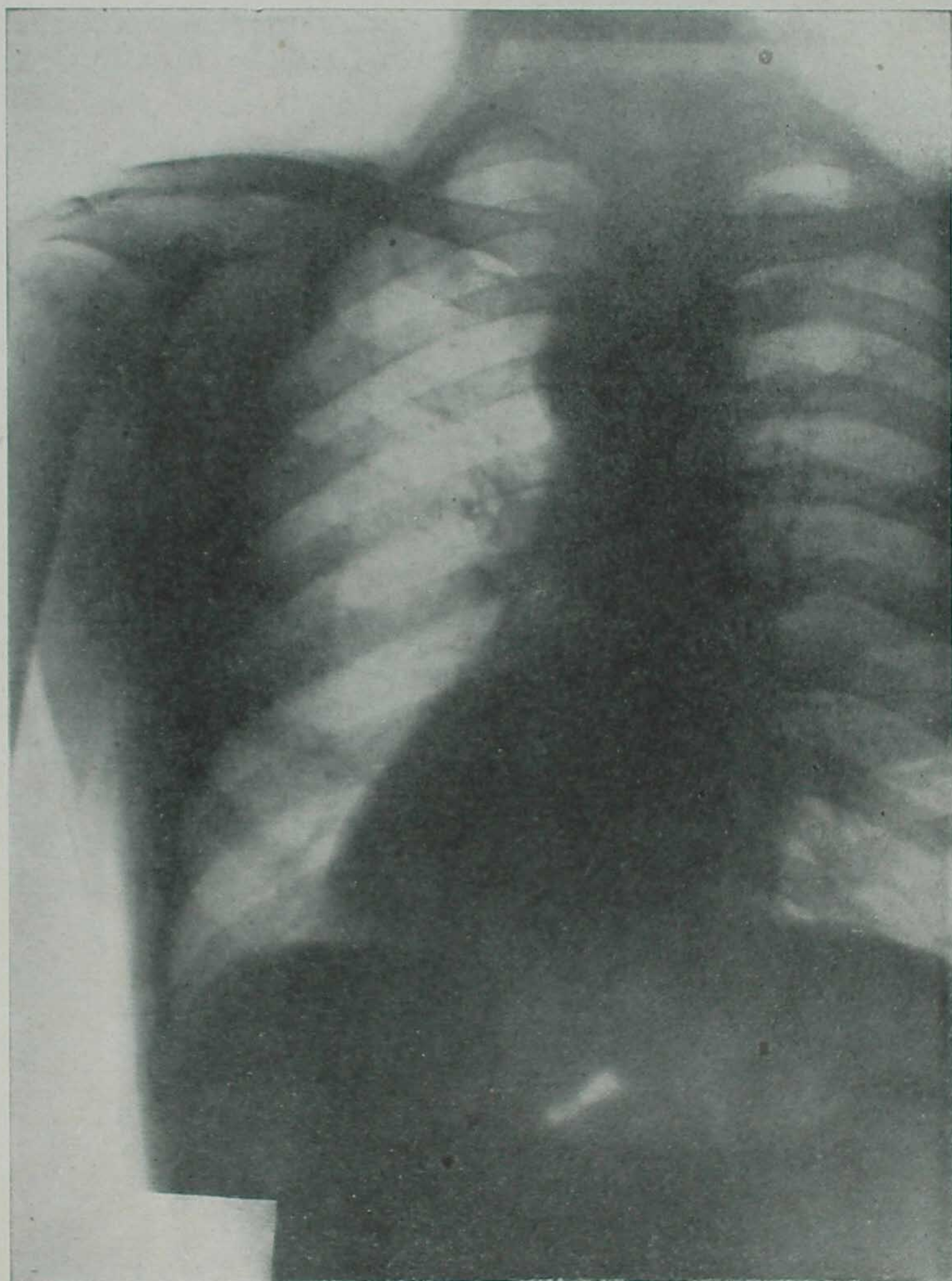


Fig. 5 — P. C. Costa
Radiografia do tórax — 1938

A gustação havia melhorado muito da época do acidente, mas ainda não era completa, como outr'ora, principalmente para determinadas substâncias. No comêço, pouco tempo após o acidente, tudo tinha o sabor de palha sêca. A

língua movia-se normalmente. O desvio já havia desaparecido. A deglutição, para sólidos e líquidos, fazia-se sem novidade.

Palavra — o doente apresentava dysartria típica. Comparando a palavra falada antes e depois do acidente, percebiam-se nitidamente profundas modificações. O paciente entendia tudo. Havia palavra espontânea, repetida em voz alta, leitura, escrita (tinha instrução rudimentar). O psiquismo estava íntegro. A retentiva — perfeita. Lembrava-se dos menores pormenores dos acidentes da moléstia, inclusive de afecções antigas, precisando datas, trabalhos, etc. Já começara mesmo novas atividades de trabalhos na cidade. A elocução da palavra é que estava profundamente alterada. Tinha-se a impressão da linguagem de um sírio, ainda não completamente abrasileirado, falando português. A palavra tinha um timbre alto, mas o conjunto lembrava o tipo eunucoide. Executava rápida e corretamente as provas de Pierre Marie. Não apresentava apraxia. A voz era rouca, fanhosa, às vezes, bitonal.

Foram feitos exames complementares, tais como:

Exame de sangue — Wassermann. Resultado, negativo.

Contagem global:

a) hemácias — 4.944.000/mm³

b) leucocitos — 7.800/mm³

Contagem específica de leucocitos:

Polimorfo nucleares neutrofilo = 61%

Polimorfo nucleares eosinofilos = 5%

Polimorfo nucleares basofilos = 0%

Monocitos = 10%

Linfocitos = 24%

Dosagem da hemoglobina (Tallqvist) = 100%

V. G. = 1,0

R. G. = 1/63/3

Tempo de coagulação (Sabrazés) = 2 minutos

Exame da boca, nariz e garganta:

Motilidade glosso-faringo-laringéa íntegra.

Acentuada Hipoestesia do véu e da faringe

(assig. Pinheiro Chagas)

Exame de urina :

Para pesquisa de albumina e de glicose; exame de sedimento.

Glicose — Não contém.

Albumina — Não contém.

Pseudoalbumina — Contém traços.

Sedimento (Contagem em 20 campos):

Hematias — 0,1

Piocitos — 0,05

Células epiteliais da bexiga — 0,1

Filamentos de muco —

Cristais de ácido úrico.

Exame radiológico — (tórax)

Aspecto radiológico normal.

Não há paralisia do diafragma esquerdo.

(assina. Albergaria).

Firmado o diagnóstico de aneurisma, foi tentado o método brasileiro elétrico da terapêutica dos aneurismas. Não havendo resultado prático e agravando-se a moléstia do paciente, pelo crescimento do saco aneurismático, resolvemos levá-lo ao nosso colega, Prof. Eduardo Borges da Costa, o emérito Diretor do Instituto de Radium de Belo Horizonte. Essa nossa resolução foi feita depois de ficar bem comprovado que o aneurismo começava a comprimir partes importantes do pescoço, perturbando a circulação cerebral e ameaçando a vida do doente.

Foi confirmado o diagnóstico pelo Prof. Borges da Costa.

Feitos os preparativos pré-operatórios, foi executada a intervenção, com êxito brilhante.

Adiante, transcrevemos a papeleta do Instituto de Radium, referente ao caso.

COPIA

INSTITUTO DE RADIUM DE MINAS GERAIS

II cl.

N.º 2770

Nome: Pedro Costa

Nacionalidade: Brasileiro — Idade: 40 anos — Côr Branca — Estado: Casado — Profissão: Chauffer — Vacinado? Sim.

Residência: Belo Horizonte — Rua Magnolia, 30 (Carlos Prates) —
Admissão em 28 de junho de 1939.

Diagnóstico: Aneurisma traumático da carótida primitiva.

Período preoperatório — Scofedal — Cafeína.

Anestesia Geral — Anestesita: Euclides.

Pulso antes da intervenção: 104. Pulso depois da intervenção: 60.

Respiração antes: 16. Depois:

Anestésico: Éter. Quantidade: 400cc.

Duração da anestesia: 2hs. e 30.

Resultado: Positivo.

Acidente durante a anestesia: Não houve.

Mx. 12,5

P.a

Mn. 6,5

Acidentes consecutivos à anestesia: Não houve.

INTERVENÇÃO CIRURGICA — EM 3-7-1939

Operador: Prof. Borges — Auxiliares: Dr. Alysson Abreu.

Duração da intervenção: 2hs. e 30.

Descrição: Ligadura da carótida primitiva abaixo e acima do saco aneurismático.

Abertura do saco e evacuação dos coágulos.

Drenagem.

Estado do doente à saída: Curado. — 18-VII-1939.

Médico: Ass.) Borges da Costa.

O doente, após a operação, melhorou dos fenômenos cerebrais. Continuou, porém, com os oculares, com a disartria, anestesia do véu do paladar e da faringe. Voltou, todavia, à atividade social.

Diagnóstico: síndrome do espaço retro-parotidiano de origem traumática, por projétil de arma de fogo (síndrome de Maurice Villaret — 1916).

Aneurisma da carótida primitiva, pelo mesmo projétil, que provocara o síndrome nervoso.

Teraupêutica: sintomática.

Diagnóstico diferencial — No serviço do professor Grasset, em Paris, durante a primeira grande guerra (1914-1918), Maurice Villaret observou feridos por armas de fogo, que permitiram localizar a série de perturbações apuradas, como consequência de lesões do feixe nervoso do que ele chamou espaço retro-parotidiano posterior. Das duas observações publicadas, na-

quele trabalho, Villaret sintetiza a bizarra sintomatologia, pela lesão unilateral dos nervos :

Hypoglosso (hemiatrofia e paralisia lingual); grande simpático (enofthalmia, retraimento da rima palpebral, mioses); do pneumo-gástrico ou do ramo interno do espinhal (paralisia da corda vocal, disфонia) e do nervo glosso-faringeano (paralisia do véu do paladar e perturbações do gôsto).

E o nosso caso? O nosso doente recebeu no ato de levantar-se de uma cadeira, com o rosto ligeiramente inclinado e levantado para o local de onde veio a bala, um ferimento justo-mentoniano esquerdo. A bala, batendo de soslaio e de cima para baixo, da esquerda para a direita, na parte esquerda do maxilar inferior, correu por êste, como por um cursor, penetrou na região retro-parotidiana, lesou aí, incompleta e desigualmente, o feixe nervoso desta região e caminhando mais para baixo, foi ferir em rasgão pequeno, a carótida primitiva, na face externa logo abaixo da bifurcação em carótida interna e externa indo finalmente se colocar junto ao corpo da terceira vértebra cervical, na qual bateu, sem penetrar.

Passado o período do choque hemorrágico e talvez do medular, tendo aqui o líquido céfalo-raquidiano servido de chicote hidráulico, que apresentou o paciente?

- 1.º Lesão unilateral, mas passageira, se bem que profunda, da língua, com paralisia e desvio para a direita da mesma. Disartria acentuada (lesão do nervo hipoglosso).
- 2.º retraimento da rima palpebral esquerda, com miosis (lesão do grande simpático).
- 3.º afonia e depois, disфонia acentuada (pneumogástrico ou ramo interno do espinhal).
- 4.º anestesia do véu paladar; perturbações gustativas e da deglutição (pneumogástrico espinhal e glosso-faringeu).

São conhecidos os síndromos fundamentais da lesão conjunta dos pares craneanos. Estas paralisias associadas dos nervos craneanos, polinevrite craneana ou doença de Kahler (alemães) tem variada causa: traumatismo, principalmente ferimentos de guerra, blastomas, aneurismas, nevrites, etc. São assim discriminados:

- 1.º Os síndromos do vago e espinhal;
- 2.º O síndrome do buraco despedaçado posterior;
- 3.º O síndrome da encruzilhada condilo-despedaçado posterior;
- 4.º O síndrome do espaço retro-parotidiano;
- 5.º O síndrome global dos nervos craneanos.

No primeiro grupo, estaria o síndrome de Avellis ou Longhi-Avellis, que é uma consequência da lesão nuclear do espinhal ou da parte superior do seu ramo interno, antes da inclusão no nervo pneumogástrico.

Inclúe-se também aqui o síndrome de Schmidt: hemiplegia palato-laríngea e paralisia do mesmo lado, do trapésio e externo-cleidomastoideu, representando lesão dos dois ramos do espinhal. Neste grupo fica também, o síndrome de Jackson, completo ou não, igual ao anterior, mais lesão homóloga do nervo hipoglosso e com hemi-atrofia da língua no síndrome completo e somente no mesmo lado, hemiplegia palato-laríngea e paralisia do hipoglosso, no parcial.

Finalmente, nesse primeiro agrupamento de lesões, dos pares craneanos, fica o chamado síndrome de Tapiá, onde apuramos hemiplegia glosso-laríngea, sem paralisia do véu do paladar, com ou sem paralisia homóloga nos músculos trapésio e externo-cleido-mastoideu.

No segundo grupo se encontra o síndrome de Vernet. Êle se caracteriza pela lesão mais ou menos completa do grosso-faríngeu, o espinhal e o pneumogástrico, quando saem conjuntamente no crâneo, pelo chamado buraco despedaçado posterior. Daí :

- a) Hemiparalisia do constritor superior da faringe, com hemi-anestesia gustativa do terço posterior da língua;
- b) Hemianestesia da faringe e da laringe;
- c) Hemiparalisia do véu do paladar, laringe e dos músculos trapésio e externo-cleido-mastoideu.

No terceiro grupo, estaria o síndrome de Colet-Sicard-Vernet, ou síndrome dos quatro últimos pares craneanos. O buraco condiniano posterior, pelo qual sai do crâneo o nervo hipoglosso, está muito próximo do buraco despedaçado posterior, por onde saem os três pares craneanos, referidos atrás. Há possibilidade de um projétil de arma de fogo leasr, neste ponto, os quatro pares nervosos. A lesão quádrupla, é idêntica ao síndrome anterior, mais a hemiparalisia atrófica da língua.

No quarto grupo se encontra justamente o síndrome de Villaret, atrás referido, ao qual se justapõe exatamente a nossa observação. No nosso caso, a bala, penetrando no espaço retro-parotidiano, lesou com menor intensidade, os quatro nervos, ao sair do crâneo (glossofaríngeu, pneumogástrico, espinhal e o hipoglosso) e mais o simpático cervical, aí presente. O espaço retro-parotidiano, segundo os clássicos, é limitado, para trás, pela coluna vertebral, na frente, pelo ramalhete de Riolan e o prolongamento da glândula parótida, pelo lado de dentro, pela faringe e pelo lado de fóra, pelo externo-cleido-mastoideu. Nele se encontram os quatro nervos acima refe-

ridos, agrupados em torno da veia jugular e carótida internas, tendo em plano mais profundo, o grande simpático. Finalmente, o quinto grupo tem como representante típico o síndrome de Garcin. É o chamado paralítico, unilateral, global, dos nervos craneanos, descrito em 1926 e 1927, por R. Garcin, por G. Guillain et Alajouanine. Éle é resultante de um ataque aos 12 nervos craneanos de um lado. Não há hipertensão craneana, lesão radiográfica da base do crâneo ou quaisquer sinais de perturbações sensitivo-motoras dos membros.

A etiologia dêste síndrome, é de um blastoma ósseo, como já foi apurado até pela necrópsia de caso brasileiro.

Prognóstico. Pensamos que não haverá mais modificação possível no doente da nossa observação, que vive com a lesão estacionária, no seio da família, com deficit acentuado da voz, tendo melhorado das lesões oculares.

Terapêutica. Toda ela sintomática.

Alta. O doente está novamente entregue aos trabalhos profissionais.
Belo Horizonte, 2-7-946.

RESUMO

Síndrome de Villaret

O autor descreve longamente uma observação dêste raro síndrome de lesão dos troncos nervosos periféricos dos nervos craneanos.

No histórico do paciente, apurou a Micose pulmonar, pelo *Neogeotrichum pulmoneum* e úlcera estomacal, havendo-se curado de ambas.

O síndrono nervoso atual foi de origem traumática, por arma de fogo, penetrando a bala no espaço retro-parotidiano e lesando, com maior ou menor intensidade, os nervos glossofaringeu, pneumogástrico, espinhal, hipoglosso e o simpático cervical esquerdos.

Além do síndrome nervoso, teve o paciente um aneurisma da artéria carótida primitiva, que foi ligado.

SYNOPSIS

Villaret's Syndrome

The author describes at length a clinical observation of this rare syndrome of the lesions of the peripheric nervous trunks of the cranial nerves.

In the clinical history of the patient, the author verified a pulmonary Mycosis by *Neogeotrichum pulmoneum* and stomach ulcer, both having been cured.

The present nervous syndrome was of traumatic origin, by a fire-arm, the bullet having penetrated the retro-parotidian space, wounding with more or less intensity the glossopharyngeal, vagus, spinal, hypoglossal and the cervical sympathetic nerves, all of the left.

Besides the nervous syndrome, the patient suffered an aneurism of the primitive carotid artery which was tied.

BIBLIOGRAFIA

- AUSTREGESILO, PROF. DR. A. :
1945. Clínica Neurológica — Edição Guanabara.
- CASTRO, PROF. ALOYSIO
1935. Semiotica nervosa — Segunda edição. F. Briguet & Cia. Editores — Rio de Janeiro.
- DELMAS, I., ET DELMAS, A.
1946. Voies et Centres Nerveux — Masson & Cie. Editeurs Paris.
- LITTER, MANOEL e WEXSELBLATT, MARIO
1945. Tratado de Neurologia — Traduzido da 2.^a Edição, pelos Drs. Odilon Gallotti e C. Magalhães de Fretias. 2 vols. — Edição Guanabara.
- PITRES, A. ET TESTUT, L.
1925. Les Nerves en Schémas. Anatomie et Physiopatologie. Libraire Octave Doin — Editeurs — Paris.
- SILVA, PROF. LINNEU; DUARTE, PROF. ILDEU; TAVARES, DR. C. LABORNE E ELEJALDE, PAULO
1948. Contribuição ao estudo anatomo-clínico do síndrome paralítico unilateral dos nervos craneanos (Síndrome de Garcin). Anais da Faculdade de Medicina da U.M.G. Ano II, Vol. I — págs. 19-48.
- TESTUT, L.
1921. Traité d'Anatomie Humaine — Septième édition revue, corrigée et augmentée. 5 vols. — Librairie Octave Doin — Editeurs — Paris.
- TESTUT, L. ET JACOB, O.
1909. Traité d'Anatomie Topographique avec applications medicochirurgicales — Octave Doin et Fils — Editeurs. Paris.
- VILLARET, M. MAURICE
1916. Le Syndrome Nerveux de l'espace Retro-parotidien postérieur — Revue Neurologique, Tome 26 — págs. 188-190, 1916 et Paris medic. 1917 — pag. 430.
- WECHSLER, ISRAEL S.
1944. A textbook of Clinical Neurology — 5th edition revised. W. B. Saunders Company.

P. Costa.

Julho 1939.

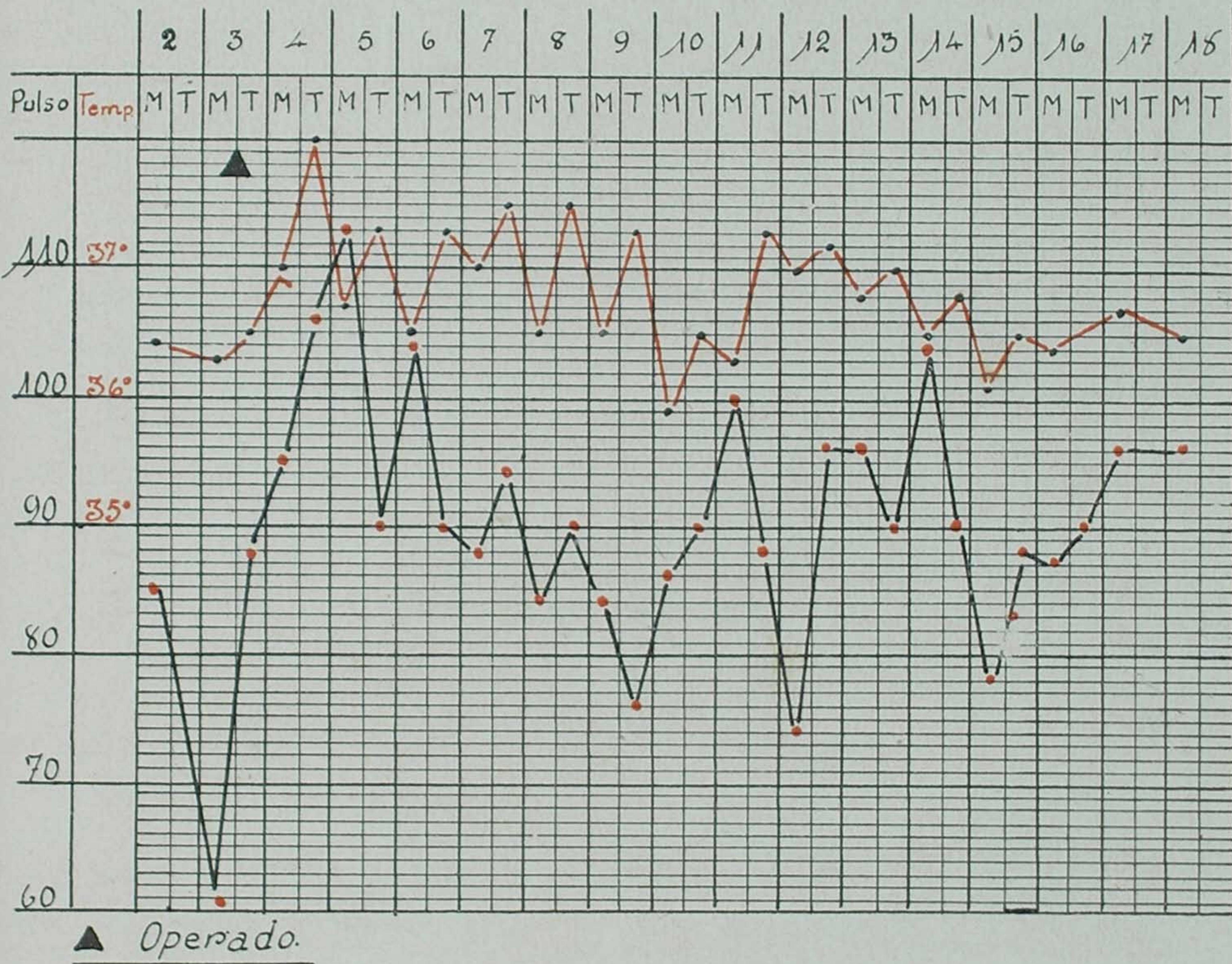


Fig. 6