

TÉTANO CEFÁLICO DE ROSE

EDÍSTIO PONDÉ

Assistente e docente livre da Clínica Neurológica.
Serviço do Prof. Carlos Gama.

A verificação, no ambulatório da Clínica Neurológica, de um caso de tétano cefálico com paralisia facial periférica, parece justificar, ante a singularidade de sua ocorrência em nosso meio, o registo que ora fazemos.

Na própria literatura mundial, a raridade desta forma clínica tem sido assinalada pelos que têm ventilado o interessante problema, em contraste com a frequência com que se verificam os casos de tétano comum.

Assim, em artigo publicado sobre o assunto, em Agosto de 1941, William Tribby e Carroll Long, acentuando a escassez do registo de tais formas em relação aos demais aspectos dessa doença, aludem, apenas, a doze casos publicados na literatura americana, fazendo sentir que, em revisão levada a efeito no ano de 1912, Brown apenas registára noventa e três em toda a literatura mundial, aos quais posteriormente foram apenas adicionados cinco casos, respectivamente de Carson, Carr, Lewis, Gray e Watkins, além de três observados pelos próprios autores a cujo artigo nos reportamos. (1)

A literatura nacional é, igualmente, parcimoniosa em re-

1) Cephalic Tetanus Accompanied with Paralysis of the Facial Nerve and Generalized Tetanus. William W. Tribby, M. D., and Carroll H. Long, M. D., New Orleans. The Journal of the American Medical Association. Vol. 117 — N.º 9 — August 30, 1941.

ferências aos casos registrados no País. Em nossas pesquisas no particular, apenas encontramos os casos de Ernani Faria Alves, (2) de Abreu Fialho (3), além de referências ligeiras a uma observação de José Pereira Guimarães e outra de Moreira da Fonseca. (4)

Já iniciada a redação deste trabalho, veio-nos às mãos o registro do caso de Antônio B. Lefèvre, publicado no último número dos Arquivos de Neuro-Psiquiatria de São Paulo. (5)

HISTÓRICO

As primeiras publicações sobre o assunto datam do ano de 1870, quando Edmund Rose, da Universidade de Zurich, descreveu o primeiro caso no compêndio de Pitha e Billroth, sob a denominação de tétano hidrofóbico, pelas analogias que encontrara entre o caso da sua observação e certos aspectos verificados na hidrofobia.

Cumpre, entretanto, assinalar que, já em 1847, G. Pollock observara um caso idêntico ao de Rose, cuja verificação data, na realidade, de 1863; e, em 1869, Langebeck já publicara uma observação em criança de sete anos, a cuja feição clínica, entretanto, não dera o merecido relêvo, preocupado que se achava em demonstrar a eficácia do cloral no tratamento do caso em debate. (6)

Seguem-se as observações de Kirchner, Zsgmondy, Mid-

2) Ernani Faria Alves — Tese inaugural — Rio, 1910.

3) Prof. Abreu Fialho — Tese inaugural — Tétano cefálico consecutivo a ferimentos do globo ocular e anexos — Genserico Gonzaga Jaime — Rio, 1925.

4) Referências a uma comunicação apresentada à Academia Nacional de Medicina — Sessão de 28 de Abril de 1938. Boletim da A. N. de Medicina. Rio. Abril de 1938.

5) Tétano cefálico de Rose com oftalmoplegia — Antônio B. Lefèvre. Arquivos de Neuropsiquiatria — Dezembro 1946 — S. Paulo.

6) Du tetanos cephalic avec paralysie faciale — F. Villar, G., Hopitaux — N.º 147 Dezembro de 1868.

deldorpf, Mayer, Triglia, Bernhardt e muitos outros, alguns dos quais ajuntam aos elementos de ordem clínica a contribuição recolhida no exame anatomo-patológico.

CONCEITO E SINTOMATOLOGIA

O tétano cefálico de Rose ou tétano hidrofóbico, como também se denomina, constitúe uma das formas mais raras do tétano localizado.

Caracterizado pela ocorrência de uma paralisia facial de tipo periférico, a que se adicionam o trismus, a contratura da musculatura cérvico-facial e, não raro, fenômenos disfágicos, tem, além do mais, a particularidade de sobrevir a um ferimento ao nível da face. A sua fisionomia clínica, destacando-se do aspecto geral do tétano comum ou mesmo das demais formas de tétano localizado, não deixa margem a qualquer confusão diagnóstica, constituindo elemento primordial que o individualiza entre as demais formas a presença da paralisia facial.

Estudando as formas anormais do tétano, Courtois-Suffit e Giroux distinguem quatro aspectos particulares do tétano cefálico, a saber: a) tétano cefálico simples; b) tétano cefálico com paralisia facial; c) tétano cefálico com paralisias de nervos oculo-motores; d) tétano cefálico com paralisia do hipoglosso.

Em oposição ao conceito de alguns autores, distinguem Suffit e Giroux como formas clínicas diferentes o tétano cefálico com paralisia facial e o tétano disfágico ou hidrofóbico, considerando esta última forma como uma sub-variedade do tétano cefálico simples, pelo que asseveram: "É, pois, impossível, sem prejudicar a clareza, reunir em uma mesma descrição, baseado na análise atenta dos fenômenos clínicos, o té-

tano hidrofóbico verdadeiro acompanhado de crises intensas de disfagia e perturbações respiratórias provocadas pela só apresentação de um copo de água e sem nenhum fenômeno paralítico, às variedades acompanhadas de paralisia facial ou paralisia dos nervos motores dos olhos". (7)

Tal conceito é partilhado, entre outros, por M. Berger e Terrillon. (8) Rémy e Villar, que, aliás, não se alinham entre os adeptos dêste modo de ver, atribuem uma importância secundária aos fenômenos disfágicos, e criticam a denominação de tétano hidrofóbico, por considerá-la imprópria, pois que "deixa na sombra o fenômeno constante e mais curioso, que é a paralisia facial". (9)

Rose já sintetizára, em seu artigo no compêndio de Pitha e Billroth, os três elementos característicos do tétano a que chamou de hidrofóbico, da maneira seguinte: a) ferimento na região subordinada aos nervos cranianos; b) paralisia facial, geralmente do lado da lesão; c) espasmos tetânicos dos masséteres, face, pescoço e nuca, distúrbios primordiais a que se acrescentavam os espasmos faríngeus e diafragmáticos, que lembram a hidrofobia. (10)

Criticando a impropriedade da expressão e acentuando a sua raridade no conjunto sintomático do tétano cefálico, recusa Francis Villar emprestar aos sintomas disfágicos, ou hidrofóbicos, considerados por Emond Rose elemento primacial no quadro clínico, a importância que êste lhe atribue, acentuando, por outro lado, que tais fenômenos se verificam,

7) *Les formes Anormales du Tétanos*. M. Courtois — Suffit et R. Giroux. Masson et Cie. Éditeurs. Libraires de L' Academie de Médecine — 120 Boulevard Saint Germain, Paris, VI. 1916.

8) *Société de Chirurgie — Séance du 10 Octobre 1888*. G. Hopitaux. N.º 118, 13 Octobre 1888.

9) *Un cas de tétanos a debut céphalic avec paralysie faciale*. Ch. Rémy et Francis Villar. G. Hopitaux N.º 110. Octobre 1888.

10) *Neurology by S. A. Kinnier Wilson*. Vol. 1. London: Edward Arnold & Co. pag. 630. Cephalic Tetanus.

igualmente, em outras variedades de tétano, enquanto deixam de comparecer em casos de tétano cefálico propriamente dito. (11)

Do ponto-de-vista sintomatológico, e da maneira de instalar-se o tétano cefálico de Rose, acrescenta Villar que, em seguida a um ferimento ao nível da face, o paciente é presa de trismus, às mais das vezes unilateral, sendo ao mesmo tempo ou após alguns dias acometido de paralisia facial do mesmo lado. Algumas vezes, a paralisia abre a cena, e precede a aparição do trismus, podendo acrescentar-se a esses elementos, embora de modo inconstante, as perturbações da deglutição e os espasmos faríngeos, que lembram, algumas vezes, de longe, o quadro da hidrofobia. “Enfim, diz ainda o autor citado, — as contraturas tetânicas podem ficar localizadas à face, ou estender-se e atingir o tronco e os membros inferiores”. (12)

Uma grande importância tem sido atribuída à questão da sede do ferimento. Todos os que têm estudado o assunto acentuam, como caráter constante no evolver da sintomatologia, a localização lesional ao nível da cabeça e, particularmente, da face, maximé no território de inervação dos dois ramos do facial e, dentre estes, na região innervada pelo facial superior, numa zona que Villar chamou de órbito-naso-témporo-malar, para melhor exprimir os diferentes pontos em que se localiza, frequentemente, a lesão capaz de originar o tétano cefálico.

Emprestando uma nota absolutamente típica ao quadro clínico do tétano cefálico de Rose, a paralisia facial assume importância primacial, pela constância com que se manifesta, e porque, como acentúa Villar, não é sintoma habitual do tétano comum.

11) F. Villar op. cit.

12) F. Villar op. cit.

Alguns autores têm manifestado certa dúvida quanto à autenticidade da paralisia do nervo do sétimo par craniano, admitindo mesmo, não raros dentre eles, que tal paralisia seja, apenas, aparente, como no caso da observação de Gosselin, sugerida tal hipótese como sendo resultante do contraste entre o lado são e o em que se manifestam as contrações.

Entretanto, a mór parte das observações não oferece dúvidas quanto à realidade dessã paralisia. No caso que observámos, a paralisia ficou evidentemente demonstrada às provas semiológicas a que foi submetido o paciente, cujos resultados evidenciaram, de modo inconfundível, tanto a realidade da paralisia, como o seu caráter de perturbação orgânica.

Algumas observações clínicas, nos casos de êxito letal, foram seguidas do exame anátomo-patológico, no qual se estudaram e investigaram, especialmente, as possíveis alterações anatômicas do referido nervo. Tôdas essas investigações, todavia, resultaram negativas, conforme assinala Villar, de referência a onze autopsias realizadas, em sete das quais foram, atentamente, examinados o facial e o rochedo. Entretanto, Schupfer observou, em alguns casos que teve oportunidade de examinar, a presença de cromatólise ao nível das células do núcleo de origem do sétimo par craniano. (13)

Entre os vários autores que têm estudado o palpitante assunto, tem constituído objeto de discussões o problema referente à patogenia da paralisia facial, em face dos resultados dos exames anátomo-patológicos.

Rose admite que, em consequência do ferimento ao nível da face, o tronco do sétimo par sofre um processo inflamatório, aumenta, consequentemente, de volume, daí resultando a

13) Vaccareza, citado por A. B. Lefèvre — op. cit.

sua compressão ao nível das paredes ósseas do aqueducto de Fallopio. (14)

Triglia pensa de modo diverso, quando atribue a uma hemorragia capilar ao nível do núcleo do facial, (15) ao passo que Nankivell admite a inflamação do nervo e consequente compressão no aqueducto de Falópio, pela ação do frio. (16)

Courtois-Suffit e Giroux crêem que, em consequência de um ferimento superficial infectado na zona de inervação do facial, verifica-se a absorção de toxinas através dos filetes periféricos próximos ao ferimento, com propagação gradual até o neurônio periférico, propagação que pode ir até ao eixo cérebro-espinhal. (17)

O mecanismo patogênico supracitado parece explicar, com efeito, o quadro clínico do tétano cefálico de Rose. Absorvidas as toxinas através das fibras do facial, chegariam elas ao seu núcleo de origem, de onde propagar-se-iam às fibras do contingente córtico-espinhal, antes do entrecruzamento piramidal, o que explicaria a contratura dos músculos cérvico-faciais do lado oposto à lesão. Essa contratura tenderia a maior ou menor generalização, consoante a maior ou menor propagação das toxinas.

Além dos fenômenos acima descritos como elementos primordiais na sintomatologia do tétano cefálico de Rose, integram o quadro clínico dessa afecção o trismus, as contraturas, especialmente da musculatura cérvico-facial do lado oposto, destacando-se a contratura dos masséteres, do esterno-cleido-mastoideu e do trapezio, que, mais acentuadas do lado oposto à lesão, acentuam a assimetria facial e imprimem à cabeça do

14) F. Villar op. cit.

15) F. Villar op. cit.

16) The Lancet, July 14, 1883, pag. 58.

17) Courtois — Suffit et Giroux op. cit.

paciente uma atitude especial, caracterizada por uma hiperextensão céfalica e inclinação da cabeça para o lado.

EVOLUÇÃO — PROGNÓSTICO — TRATAMENTO

A sintomatologia acima descrita refere-se, em particular, aos casos de tétano céfalico de Rose perfeitamente localizados. Nem sempre, no entanto, tal hipótese se verifica. Algumas vezes, os fenômenos tendem à generalização, como acentua Villar, quando diz: "Mas, muitas vezes, o tétano, a princípio céfalico, é generalizado, invadindo os membros inferiores, os músculos da região dorsal, de onde o opistótonus e, em vários casos, os músculos da parede abdominal. (18)

Decorre, sem dúvida, dessa tendência à generalização, o aparecimento de outros sintomas, que se adicionam aos característicos do tétano céfalico de Rose, como sejam a hipertonia e o exagêro dos reflexos, com presença de clonus do pé e, não raro, da rótula, como nos casos observados por Bond, (19) William Tribby e Carroll Long, (20) bem como no da nossa observação.

A duração do tétano céfalico de Rose é variável, tendo-se registado casos de evolução aguda e super-aguda, ao lado de outros de evolução crônica, que chegam a prolongar-se até o prazo de quarenta e sessenta dias.

No que tange ao prognóstico, a-pesar-de considerado mais benigno por Villar, Courtois-Suffit e Giroux, outros admitem, ao contrário, uma percentagem maior de óbitos nessa forma de tétano que no tétano comum.

Quanto à terapêutica, esta em nada difere da terapêutica

18) F. Villar *op. cit.*

19) *The British Medical Journal* — Nov. 10 1883.

20) William Tribby and Carroll Long — *op. cit.*

habitualmente empregada no tétano comum, sendo preconizada a aplicação da soroterapia específica, ao lado dos barbitúricos e da medicação alcalinizante, visando combater a acidose.

OBSERVAÇÃO

W. F., com 14 anos de idade, de côr branca, residente nesta Capital.

Antecedentes familiares — Pais vivos e sadios. Não há entre os seus ascendentes casos de alcoolismo e doenças nervosas.

Antecedentes pessoais — Nascido a têrmo e de parto natural. Andou e falou na época em que se instalam estas funções. Vida escolar sem anormalidade. Sofreu, na primeira infância, de sarampo e varicela.

História da doença atual — Em 10 de Agôsto do corrente ano, compareceu o paciente ao ambulatório da Clínica Neurológica, para onde fora encaminhado pelo Dr. Américo Lisboa, clínico nesta Capital.

De início, verificámos a impossibilidade de locomover-se, pelo que compareceu à consulta nos braços de um acompanhante.

Interrogado sôbre a história clínica, pela sua genitora aí presente foi-nos relatado o seguinte: Em 27 de Julho do ano corrente, foi o observado alvo de uma pedrada, que o atingiu na parte média de uma linha oblíqua ligando o ângulo interno da fenda palpebral direita à metade do nariz. No dia imediato, à noite, experimentou o paciente uma sensação de "apertucho", no interior da cabeça. A lesão sofreu um processo inflamatório, que cedeu ao cabo de alguns dias à aplicação de água oxigenada e outros medicamentos tópicos.

Enquanto isto, instalavam-se, progressivamente, os fenômenos neurológicos. Já a 29 do mês supra-citado, verificavam os circunstantes que a bôca do paciente começava a entortar (sic) para o lado contrário ao da lesão. A fenda palpebral, ainda segundo as informações que nos eram prestadas, permanecia aberta, à direita e diminuída do lado contrário.

Cerca de sete a oito dias após o início dos fenômenos nervosos, verificou-se que o doente não mais podia abrir a bôca, e começou a ficar inteiramente rijo.

Relata ainda a nossa informante que sobreveio paresia vesical, só conseguindo o paciente realizar a micção mediante a aplicação de banhos quentes, instalando-se, por outro lado, uma constipação que só cedia a lavagens intestinais. O paciente experimentava ainda grande dificuldade em ingerir os alimentos, mesmo os líquidos, sendo acometido, ao fazê-lo, de "vexames", rejeitando, então, uma saliva grossa e abundante.

Nunca teve febre no decurso da doença.

Procedido um exame sumário, do qual recolhemos a impressão de tratar-se de um caso de tétano cefálico, aconselhámos o seu regresso à casa, aonde comparecemos no dia imediato e levamos a efeito o exame objectivo que abaixo vai transcrito.

Inspeção geral — *Facies*: Grande assimetria facial, consequente a uma paralisia facial periférica à direita, agravada pela contratura de tóda a musculatura cérvico-facial à esquerda. Nesse lado ainda se verificava um exagêro acentuado do sulco naso-geniano, em contraste com o lado direito, onde desaparecera, por completo, tal reintrância em virtude da paralisia já referida. Uma cicatriz linear entre a fenda palpebral direita e o nariz evidenciava a lesão inicial que dera causa à molestia.

Ao lado disto, no quadro geral da hipertonia dos múscu-

los da região descrita, avultava uma contratura pronunciada e persistente do esterno-cleido - mastoideu, especialmente no lado esquerdo. (Fig. 1)

Atitude: O paciente mantinha, permanentemente, inclinada a cabeça para a direita, e, na atitude vertical, apresentava uma ligeira flexão do tronco sobre a bacia, e dos antebraços sobre os braços, com a cabeça em ligeira hiperextensão, além de inclinada para a direita, como acima ficou dito. (Fig. 2)

Motilidade ativa — Impossibilidade da realização de movimentos ativos da cabeça sobre o tronco, pela rigidez da nuca, presente no quadro clínico.

Os movimentos da musculatura facial eram, também, prejudicados na sua realização, de um lado pela paralisia facial, periférica, do outro, pela contratura. Dêsse lado, no entanto, os movimentos voluntários, bem que limitados em virtude da contratura, eram, entretanto, passíveis de realizar-se, especialmente no andar superior da face, onde a oclusão voluntária das pálpebras e o ato de enrugar a testa (Figs. 3 e 4) serviam de contraste para evidenciar a paralisia do facial superior do lado direito.

O movimento de abertura da boca achava-se bastante reduzido, em virtude do trismus. Nos membros superiores a motilidade voluntária era normal, bem como nos inferiores.

Motilidade automática — Mímica facial bastante prejudicada pelos distúrbios já registados. Fala arrastada e disártrica, em consequência do trismus. Marcha grandemente dificultada, tornando-se mesmo quasi impossível, em virtude da hipertonia dos membros inferiores. Não se verificavam distúrbios claros da respiração, sinão quando realizava a deglutição.

Movimentos involuntários — espontâneos: ausentes.

Reflexos: profundos — naso-palpebral e oro-orbicular ausentes. Masseterino prejudicado, na sua pesquisa, em virtude do trismus. Tricipital, bicipital, estilo-radial e cúbito-pronador presentes e normais em ambos os lados. Patelar vivo em ambos os lados. Aquiliano exaltado e policinético. Presença de clonus do pé e da rótula à direita e à esquerda.

Ausência dos sinais de Mendel-Bechterew e Rossolimo.

Superficiais: cutâneo-palmar e palmo-mentoneano ausentes. Abdominais presentes, apenas no plano superior, em ambos os lados.

Cremastérico normal em ambos os lados. Cutâneo-plantar normal.

Sensibilidades — especiais: normais a audição, a olfação e a visão. A gustação não pôde ser pesquisada em consequência do trismus.

Gerais — subjectivas: dôr no ato de deglutir.

Objetivas — superficiais: táctil, térmica e dolorosa normais.

Profundas: normal o sentido das atitudes segmentares, a sensibilidade dolorosa à pressão, a visceral e a estereognóstica.

Distúrbios tróficos, vasomotores e secretórios: ausentes.

Nervos cranianos: Paralisia facial periférica à direita, com lagoftalmo, epífora, sinal de Bell e impossibilidade de franzir a testa no lado paralizado. Evidenciavam, ainda, tal paralisia, o desaparecimento do sulco naso-geniano à direita, e o desvio acentuado da fenda bucal, com repuxamento da comissura labial para a esquerda e para cima.

Quanto aos demais pares cranianos: Ausência de perturbações dos primeiro e segundo, bem assim dos óculo-motores. Nenhuma perturbação de sensibilidade no território do

trigêmeo. Nenhum distúrbio do oitavo par, quer na sua porção coclear, quer na vestibular. Dificultadas as pesquizas referentes ao estado funcional do nono e do décimo segundo, em virtude do trismus. Décimo primeiro normal, como o demonstra a contratura do esternocleido. Quanto ao décimo, apenas registámos a presença de taquiesfigmia, 102 pulsações por minuto, na ausência de estado febril, o que poderia correr por conta, ao nosso vêr, de uma agressão ao pneumogástrico.

* * *

Em face do exposto e feito o diagnóstico de tétano cefálico de Rose, com tendência a generalização, aconselhámos o internamento imediato do paciente no Hospital Couto Maia, tendo em vista, não só as melhoras das condições de repouso e higiene, impossíveis de realizar-se no domicílio, mas, ainda, no intuito de proporcionar ao paciente o emprêgo do soro anti-tetânico, indicado no caso, uma vez que as condições do observado não permitiam fazê-lo com os próprios recursos.

Internado no referido hospital no dia 14 de Agosto, foi-lhe de logo aplicada uma empôla de soro antitetânico de 20.000 unidades, além de empôlas de sonifene, sôro glicosado e clisteres com hidrato de cloral, tendo sido repetida a mesma dose de sôro antitetânico no dia 16.

Durante o internamento do paciente, foram repetidas várias injeções de sôro glicosado, empôlas de vitamina, medicação alcalina, tendo-se verificado as melhoras logo à primeira injeção de soro antitetânico, melhoras que foram se acentuando gradativamente, até que a 30 do referido mês teve alta curado, embora persistisse a paralisia facial. (21)

21) Os dados relativos à medicação empregada durante a permanência do doente no Hospital Couto Maia foram-nos gentilmente fornecidos pelo Dr. Dantas Galeão, ilustre diretor do referido estabelecimento, onde tivemos oportunidade de verificar o cuidadoso registo das principais ocorrências referentes ao caso.

Voltando ao nosso ambulatório, nos primeiros dias de Setembro, pudemos verificar o ótimo estado em que se apresentava, tendo-lhe prescrito novas doses de vitamina B1, até que, cerca de quinze dias decorridos, retornou ao nosso serviço, completamente restabelecido, conforme o demonstram as Figs. 5, 6 e 7.

CONCLUSÃO

A observação que acabámos de registrar documenta, com as fotografias anexas, um caso autêntico de tétano cefálico de Rose ou tétano hidrofóbico, caracterizado pelos elementos essenciais que lhe compõem o quadro clínico, a saber: paralisia facial periférica, contrastando com a contratatura da musculatura cérvico-facial do lado oposto à lesão; trismus e disfagia dolorosa, além de hipertonia dos membros inferiores e fenômenos outros de libertação piramidal, denunciadores de uma tendência à generalização. Ao lado disto, ferimento localizado na região facial direita, precisamente onde se verificou a paralisia do sétimo par craniano.

Cumpre assinalar a exiguidade da fase de incubação, dois dias apenas, pois, atingido na face por uma pedrada a 27 de Julho, já a 29 do referido mês começava a instalar-se a paralisia facial.

A doença teve evolução crônica, pois iniciada a 29 de Julho, a cura completa só veio a verificar-se em meados de Setembro, embora as melhoras tenham se iniciado logo após o seu internamento no Hospital Couto Maia, o que se verificou em meados do mês de Agosto, sendo de notar-se, nas melhoras obtidas, a influência da soroterapia antitetânica.

RESUMO

O autor descreve um caso de tétano cefálico de Rose, verificado em criança de 14 anos, que compareceu ao ambulatório de Clínica Neurológica, em Agosto do corrente ano.

Justifica a publicação do caso a circunstância de ser o primeiro registado no meio em que exerce a sua atividade profissional, aludindo, por outro lado, à raridade de publicações referentes ao assunto, mesmo na literatura mundial, onde, apenas, cerca de uma centena de casos tem sido registada a partir de 1870, quando se deu à luz da publicidade a primeira observação.

Descreve o conceito e a sintomatologia da referida forma clínica de tétano, acentuando, como elementos principais, a ocorrência da paralisia facial do tipo periférico, do trimus e da contratura dos músculos da região cérvico-facial do lado oposto à lesão, destacando, por outro lado, a importância da sede da lesão inicial, que, em todos os casos registados, se acha situada na face, ao nível do território innervado pelo sétimo par craniano.

Discorre sobre as várias hipóteses derredor da patogenia da paralisia facial, bem como sobre os resultados do exame anátomo-patológico, aludindo, também, à evolução, ao prognóstico e à terapêutica.

Regista minuciosa observação do caso que deu margem ao presente trabalho, assinala a exiguidade do prazo de incubação, e o êxito da terapêutica empregada.

SUMMARY

The Author describes a case of Rose's cephalic tetanus, which was seen in a child aged 14 years, who came to the Neurologic Clinic in August, 1946. It is the first case recorded here and the rarity of the disease is emphasized. The concept and the symptomatology of this clinical picture are pointed out. As the main symptoms are shown: facial paralysis of the peripheral type, trismus and contracture of the muscles of cervico-facial region of the opposite side of the lesion. The importance of the seat of the initial lesion, which in the literature-recorded cases is on the face, in the territory innervated by the seventh cranial nerve, is brought into view. The various hypotheses about of the pathogeny of the facial paralysis and pathology are discussed. The case history presents the short incubation period and the success of the therapy used.

DESCRIÇÃO DAS FIGURAS



Fig. 1



Fig. 2

Fôlha II

FIG. N.º 3 — A oclusão da pálpebra esquerda, constatando com o discreto lagoftalmo à direita, documenta a autenticidade da paralisia facial dêste lado.

Complete occlusion of left eyelid contrasting with the slight "lagophtalmus" on the right illustrates the facial paralysis on this side.

FIG. N.º 4 — A impossibilidade de enrugar a fronte à direita, como o faz à esquerda, mostra igualmente que a paralisia facial não é aparente e atinge o f. superior.

The impossibility to wrinkle the right side of the forehead contrasting with the left side equally shows that facial paralysis is not only apparent but also involves the upper facial nerve.



Fig. 3



Fig. 4

Fôlha III

FIG. N.º 5 — Fotografia do paciente curado. Nota-se entre o nariz e a fenda palpebral direita, a cicatriz do ferimento inicial.
Photograph of cured patient. Notice the scar of initial injury between the nose and the right eyelid.

FIG. N.º 6 — O paciente não mais apresenta o trismus, nem ausência do sulco naso-geniano à direita, bem como o desvio oblíquo ovalar da fenda bucal.

FIG. N.º 7 — Embora curado o paciente, as rugas frontais à direita, mais discretas que à esquerda, são, ainda, um ligeiro resíduo da paralisia do facial superior.

Though cured, the patient still shows more superficial on the right side of front than those on the left, a small remnant of facial paralysis.



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Edistio Pondé

Tétano Cefálico de Rose