DISSERTAÇÃO

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

Cadeira de clinica medica.—Do diagnostico e tratamento da sclerose em placas diffusas cerebro-espinhal.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

Cadeira de pharmacia.—Das quinas.

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

Cadeira de clinica cirurgica. -- Diagnostico differencial dos tumores do seio.

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

Cadeira de pathologia medica.—Tetano.

THESE

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

EM 30 DE SETEMBRO DE 1882

PARA SER SUSTENTADA

POR

Joaquim Correa Dias

NATURAL DE MINAS GERAES

AFIM DE OBTER O GRÁU DE DOUTOR EM MEDICINA



Rio de Janeiro

TYP. CAMÕES FONSECA, IRMÃO & SOUZA LIMA 143 Rua Sete de Setembro 143

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Director

Conselheiro Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia.

Vice-Director

Conselheiro Dr. Antonio Corrêa de Souza Costa.

Secretario

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

Zentes Cathedraticos

neuralitus
Physica medica, Chimica medica e mineralogia Botanica medica e zoologia. Anatomia descriptiva. Histologia theorica e pratica e anatomia pathologica.
Chimica organica e biologica.
Obstetricia. Anatomia topographica, medicina opera- toria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Hygiene e historia da medicina.
inbstitutos
Secção de sciencias accessorias.
Secção de sciencias cirurgicas.
Secção de sciencias medicas.
Interinos
Anatomia e physiologia pathologicas. Clinica obstetrica e gynecologica. Clinica cirurgica. Clinica psychiatrica. Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas. Clinica ophtalmologica Clinica medica.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

Definição. Historico.

A SCLEROSE EM PLACAS DISSEMINADAS é uma encephalo-myelite intersticial chronica de marcha progressiva e relativamente rapida, de typo clinico bem definido e separado no grupo das molestias do systema nervoso, caracterisada anatomicamente por placas, em ponto muito variado do mesmo systema, sem ligação apparente nem conhecida entre estes diversos fócos; e clinicamente por um conjuncto de symptomas que d'entre os mais frequentes citaremos: amblyopia, diplopia, nystagmus, embaraço na palavra e tremor nos movimentos voluntarios.

Não conhecemos e nem nos consta que haja trabalho algum brasileiro que verse sobre esta affecção, diremos mesmo nem um caso observado que atteste sua existencia no Rio de Janeiro.

Cabe a Cruveilhier a honra de a ter primeiro observado, descripto e figurado em seu immortal tratado de anatomia pathologica. Segue Carswell que estudou esta lesão em Inglaterra, em materiaes colhidos sobretudo em Paris, porém sem observação clinica.

Nascida pois em França a sclerose em placas cahio durante alguns annos, em um olvido quasi completo tanto em França como em Inglaterra; então os allemães imprimiram-lhe um novo impulso fornecendo novos elementos. D'entre elles os que mais contribuiram foram: Lundwig Turck que a observou em 1855 e apresentou á Academia de Vienna uma nota acompanhada de desenhos. Suas observações, incompletas sob o ponto de vista clinico, tinham por fim saber quaes eram as vias de trasmissão das impressões sensitivas e das excitações motoras na medulla.

Seguiram: Rokitansky, Frerichs, Valentiner, Rendfleisch, Leyden, Zenker que fizeram-lhe o estudo successivo, porém ainda incompleto.

Volta de novo a França, parece que estava destinado aos francezes dar completo desenvolvimento a obra inaugurada em sua patria. Charcot e Vulpian em 1867 completaram em Salpetrière seu estudo sob o ponto de vista anatomico. Vulpian publicou na união medica em 1866, uma nota sobre a sclerose em placas da medulla espinhal, contendo tres observações tomadas em Salpetrière, uma por Vulpian e duas por Charcot, todas referentes á forma espinhal, tendo passado até então despercebida a forma cerebro-espinhal aos medicos de Salpetrière.

Até esta época se confundia facilmente a sclerose em placas com a paralysia agitante. Charcot foi o primeiro que clinicamente estabeleceu a distincção entre estas duas affecções. Observando a sua criada Luc, que a principio julgou affectada da molestia de Parkinson, notara que o tremor da cabeça e dos membros era nullo ao repouso e sómente se manifestava nos movimentos intencionaes. Na autopsia verificou-se numerosas placas de sclerose sobre o encephalo e medulla. Não tardou muito, Charcot encontrou em seu serviço, em Salpetrière, um caso inteiramente semelhante á Luc. Não trepidou formar, durante a vida, o diagnostico de sclerose em placas, vindo a autopsia confirmal-o dous annos mais tarde. Bouchard escreveu um trabalho sobre esta molestia e o lêo no Congresso Medico de Lyon. A these de Ordenstein vem lançar sobre o diagnostico d'esta affecção uma brilhante luz. A memoria de Bourneville e Guerard, muito completa e rica de observações, merece especial menção. Seguem trabalhos de diversos autores que estudam esta affecção em Salpetrière de modo a estabelecer completamente o seu typo clinico.

Em 1873 Charcot em suas lições de clinica, trata de uma maneira completa; e todos os trabalhos que tem sahido, depois d'ellas á luz da publicidade são, por assim dizer, uma emanação directa e em alguns pontos, uma simples reproducção do que este eminente clinico havido emittido á seos discipulos em Salpetrière.

Etiologia

Muito pouca cousa se sabe a respeito das causas que provocam o apparecimento d'essas ilhas scleroticas tão irregularmente esparsas sobre o eixo cephalo-rachidiano.

O sexo e a idade requerem, da parte dos clinicos, estudos mais acurados para poderem figurar na etiologia, como elemento de diagnostico. Por em quanto se admitte, não sabemos se com grande fundamento, que é uma molestia que ataca de preferencia o sexo feminino, procurando suas victimas na mocidade ou na primeira metade da idade adulta; mais frequentemente observada entre os 20 e 25 annos e raramente depois dos 30 annos. Entretanto esta molestia tem sido observada em todos os periodos da vida; Pollak publicou uma observação na qual a molestia teria começado durante a vida intra uterina (Grasset, pag. 463, nota). Leube a observou na idade de 7 annos, E. Wilson na de 9 annos; tem sido tambem observada aos 14, 15 e 16 annos, e em ambas as nossas observações os doentes tinham mais de 40 annos de idade, quando receberam os primeiros insultos da molestia.

A herança pareceu representar um certo papel em um caso communicado por Duchenne (de Boulogne).

A sclerose em placas tem sido precedida algumas vezes de

accidentes nevropathicos mal determinados taes como: hemicranea de tempos em tempos, nevralgias; por vezes a propria hysteria.

Tem-se ainda notado o desenvolvimento da sclerose em placas em alguns individuos submettidos a influencia de certas molestias agudas; para comprovar o que acabamos de dizer, citaremos resumidamente alguns casos annotados por Bourneville na 4ª edição das licões de Charcot sobre as molestias do systema nervoso. Erbstein observou um caso que começou durante a convalescença d'uma febre typhoide; uma doente do serviço de Charcot, depois de um ataque de colera, sentira um certo gráo de fraqueza nos membros inferiores, um pouco mais tarde fora victima de uma febre typhoide que veio-lhe aggravar a molestia. Fontaine e Liouville observaram a sclerose em placas precedidas por vomitos biliosos abundantes que duraram 10 a 15 dias. Emfim em um caso foi a variola grave que precedeu a sclerose em placas. Como causa mais frequente se assignala a acção prolongada do frio humido. Um doente observado por Baerwinkel, tendo cahido n'agua deixou seccar sua roupa no corpo, tres dias depois sentiu difficuldade em mover a perna direita. Tem-se notado o apparecimento d'esta molestia depois de uma queda. As causas de ordem moral são as que mais vezes os doentes referem sua molestia. O terror, as impressões moraes tristes, os pezares prolongados, taes como, os que acarretam uma prenhez illicita, uma falsa posição social etc. Em uma mulher observada por Moxon, em Guy's, hospital, as causas foram: uma emoção moral viva sentida pela doente que encontrou seu marido profanando seu leito conjugal; uma molestia febril com diarrhéa que durou muitas semanas.

Ambos os nossos doentes estiveram sujeitos a quasi todas as causas que acabamos de tratar. Manoel Joaquim, o primeiro doente de sclerose em placas que observamos, era doptado de um temperamento nervoso excessivamente impressionavel. Este pobre homem, na flor da idade, estivera, pelo terror que lhe inspirava a guerra, internado nas mattas durante 3 annos e 3 mezes; longe do lar e da sociedade, perseguido de um terror constante, vivendo miseravelmente e soffrendo toda a especie de necessidade; dormindo ao relento e

muitas vezes sobre logares humidos, sobretudo nos dias chuvosos em que o doente sem abrigo permanecia molhado. Voltando para o seu domicilio, este homem que só bebera agua lá nas entranhas da floresta, se entregára immoderadamente as bebidas alcoolicas. Não nos admiramos, pois, d'elle ser acommettido de sclerose em placas no meio d'essa profusão de causas, porém sim de ter elle resistido tanto, ella se manifestando tão tarde, só alguns annos depois de ter abandonado sua convivencia com as féras. Caetano, além do resfriamento constante que o expunha seu emprego, soffrera em sua vida muitas contrariedades e revezes de fortuna.

Anatomia Pathologica

Dissemos que a sclerose multilocular se caracterisava anatomicamente por placas de sclerose sobre pontos muito differentes do systema nervoso; se observa, de facto, estas placas irregularmente disseminadas no cerebro, cerebello, medulla alongada, medulla rachidiana e até nos nervos craneanos e rachidianos. As placas são visiveis a olho nú, e algumas vezes mesmo atravez da pia-mater percebe-se estas manchas. São dotadas de uma côr cinzenta, que lembra o aspecto da substancia cinzeta cerebral, porém muito mais carregada. Expostas ao ar tomam uma côr rosea; vasos abundantes ahi se desenham e se os reconhece muito bem. Sua consistencia é firme, sua superficie de secção clara, deixando escorrer muitas vezes um liquido transparente. Em summa, é uma lesão grosseira, facil de se vêr já a olho nú. E' de admirar, como bem diz

o professor Charcot, que tenha escapado tão longo tempo a attencção dos observadores.

Estas placas ou ilhas circumscriptas, mais ou menos largas e profundas tem contornos irregulares, porém ordinariamente bem definidos. Suas dimensões são extremamente variaveis: as menores são quasi lineares, as maiores medem tres a quatro centimetros de extensão sobre dous a tres de largura e algumas vezes mesmo mais. Seu numero é, em geral, muito consideravel; ora discretas, ora confluentes, estas placas são disseminadas sem regra apparente e como por acaso sobre toda a extensão do systema nervoso.

Convêm notar que o exame puramente exterior não dá uma idéa completa da lesão, principalmente quando se examina o cerebro cuja côr, na camada cortical, se approxima muito da d'essas placas, accresce ainda que muitas não são superficiaes. Porém com alguma attenção se consegue sempre distinguil-as, já porque ao contacto do ar tomam uma côr rosea, já porque pelo toque verifica-se que ellas tem uma consistencia mais solida do que a do tecido que as rodea. Além de que existem dous artificios para tornal-as patentes: o primeiro processo consiste em examinar as placas de sclerose depois de permanecidas um certo tempo em uma solução aquosa de acido chromico, se as vê tomar uma côr amarellada, depois inteiramente branca, opaca, contrastando singularmente com a côr de um cinzento esverdeado communicado pelo acido chromico ás partes sãs. O segundo é o processo indicado por Ch. Bouchard. Este processo consiste em passar repetidas vezes sobre a superficie de secção um pincel imbebido em uma solução amoniacal de carmim, lavando-se depois a peça; então o carmim desapparece ao nivel das partes sãs e persiste sobre as placas de sclerose, as quaes se apresentam sob fórma de manchas rubras perfeitamente claras. Passaremos agora a examinar a distribuição das placas de sclerose nas differentes regiões dos centros nervosos.

Tratemos em primeiro logar do encephalo.

CEREBRO.—Seu aspecto geral nenhuma modificação apresenta

em sua fórma assim como em sua côr, em virtude da raridade das placas se assestarem sobre a substancia cinzenta das circumvoluções. Para verificar ou descobrir a existencia d'essas placas, é preciso fazer diversas secções na substancia cerebral. Então algumas vezes se nota essas manchas se estendendo na substancia cinzenta cortical, sendo commummente observadas sobre as paredes dos ventriculos lateraes, por vezes se prolongando nos nucleos intraventriculares do corpo estriado; na substancia branca do centro oval, onde são mui visiveis e se acham espalhadas em todos os pontos; no septum lucidum; no corpo calloso; e emfim em certas regiões da substancia cinzenta: camadas opticas, corpos estriados. Sobre os pedunculos cerebraes tem-se tambem encontrado essas ilhas scleroticas, cujo aspecto lembra o da degenerescencia secundaria. Porém em quanto que nesta a lesão tem uma fórma regular, se estende de uma extremidade á outra, na sclerose em placas e a lesão é irregular, muito limitada, e contrasta por sua colloração com a côr das partes visinhas.

CEREBELLO.— Ordinariamente não se encontra placas em sua peripheria. Se apresentam habitualmente na substancia branca e occupam especialmente o corpo rhomboidal.

PROTUBERANCIA ANNULAR.— As placas de sclerose, se estendendo em uma profundidade mais ou menos consideravel, são ora unicas, ora multiplas e algumas atacando simultaneamente a protuberancia e os pedunculos cerebellosos de uma parte e da outra o bulbo. As placas se assestam em geral na face anteroposterior.

BULBO.— As placas são por vezes periphericas e profundas, e affectam isolada ou simultaneamente as olivas, as pyramides, os corpos restiformes e a região posterior, onde estão os nucleos de origem dos nervos bulbares.

MEDULLA.— Já dissemos que era possivel, algumas vezes, vêr-se atravez da pia-mater, essas manchas cinzentas. Porém é principalmente depois que se retira essa membrana, o que se faz com certa facilidade, que se percebe bem as lesões. Algumas vezes

são salientes e turgescentes, outras vezes deprimidas ou sobre o mesmo nivel que a superficie vizinha.

Estas placas ordinariamente mais largas na parte media, irregulares, asymetricas, franqueam facilmente os limites de um cordão. Interessam todas as regiões da medulla cervical, dorsal e lombar, se assestando de preferencia sobre os cordões antero-lateraes;
são em geral superficiaes, a substancia cinzenta não sendo invadida senão em um periodo muito avançado da molestia. Os sulcos
da medulla não são respeitados como nas scleroses fasciculadas ou
systematicas; uma placa de sclerose, depois de ter invadido os
cordões antero-lateraes, póde muito bem se estender aos cordões
posteriores. E' cousa notavel não se produzir degenerescencias secundarias da medulla, como no caso de sclerose transversa.

NERVOS.— Não são poupados pela sclerose, que se contenta muitas vezes em se assestar sobre elles, sem comtudo lhes impedir o funccionalismo; fica-se muitas vezes sorprehendido por achar uma degenerescencia profunda dos nervos opticos em individuos cuja vista era sómente enfraquecida. Os nervos craneanos em que se tem observado placas de sclerose são os nervos olfactivos, 5º par, etc.

Quanto aos nervos rachidianos verificou-se a existencia de placas sobre as raizes anteriores e posteriores.

MENINGEAS.—As membranas do cerebro e da medulla, na maior parte das vezes, não soffrem alteração alguma: a pia-mater apresenta algumas vezes signaes de inflammação chronica e espessamentos por placas.

Como lesões secundarias referiremos algumas que nos parecem estar ligadas a uma perturbação de nutrição: assim o amollecimento dos ossos; o desvio da columna vertebral, as degenerescencias graxas dos musculos, do figado, do coração, dos rins, os tuberculos mesentericos e pulmonares, as escaras do sacro, tudo parece estar dependente da perversão de acção dos nervos trophicos.

Tendo tratado das lesões macroscopicas, resta-nos, para concluir a anatomia pathologica, estudar as que o microscopico revela n'essas manchas, quer endurecidas pelo acido chromico, quer no estado fresco. Pondo de parte a questão que Henle e Robin agitaram, julgando que o acido chromico alterava a estructura do cerebro e da medulla, de modo a acreditarem que a nevroglia era o producto da arte, admittiremos com Vulpian, Charcot e outros, que este acido tem sómente por effeito tornar mais patente a textura reticulada da ganga conjunctiva.

Seguiremos n'este estudo a ordem adoptada pelo professor Charcot, descrevendo em primeiro logar as alterações reveladas nas peças endurecidas pelo acido chromico sobre golpes transversaes, sobre golpes longitudinaes; em seguida faremos notar as particularidades encontradas no exame das peças frescas.

O primeiro facto que sorprehende o observador, quando lança mão do microscopico no exame d'essas manchas, que a simples vista lhes pareciam perfeitamente bem limitadas das partes sãs, é a estensão da lesão muito além do limite apparente. E os caracteres d'esta lesão se accentuam e pronunciam progressivamente, de mais para mais, a medida que se approxima da região central da placa, região em que elles assumem seu maior grão de desenvolvimento. Examinaremos, pois, sob o golpe transversal, nas differentes zonas concentricas, as principaes phases da lesão.

As trabeculas do reticulo são notavelmente espessadas na zona peripherica, onde algumas vezes apresentam-se com um diametro duplo do do estado normal. Observa-se igualmente que os nucleos da nevroglia tornaram-se mais volumosos; por vezes estão multiplicados e póde-se os contar em numero de 2,3, raramente mais, em cada nó. Modificação mais importante ainda se nota nos tubos nervosos que parecem se achar mais distantes uns dos outros: na realidade estão reduzidos de volume, pela perda que soffreram da parte de seu cylindro de myelina; o cylinder axis ou conservou o seu diametro normal ou se hypertrophiou.

Na segunda zona, zona de transição, as alterações dos tubos nervosos se pronunciam mais; o cylindro de myelina em muitos d'elles desappareceu completamente, o cylinder axis persiste só adquirindo dimensões relativamente collossaes. As trabeculas são mais transparentes, seus contornos menos claros e substituidos, em certos pontos, por feixes de longas e delgadas fibrillas de tecido conjunctivo, disposta parallelamente ao grande eixo dos tubos nervosos. Estas fibrillas invadem as malhas que contém os tubos nervosos, a medida que estes vão perdendo sua myelina, e fazem desapparecer da ganga conjunctiva o aspecto reticulado.

Na região central da placa sclerosa, zona central, as alterações attingirão o seu apogêo: o aspecto alveolar da nevroglia desappareceu completamente e o logar occupado pelo cylindro de myelina acha-se agora cheio pelas taes fibrillas.

Todavia, no meio d'essa desorganisação de tecidos, os cylindros de eixo, ultimo vestigio dos tubos nervosos, persistem ainda em certo numero, misturadas ás fibrillas; no entanto tem perdido o volume enorme que adquiriram nas primeiras phases da alteração, chegando a maior parte d'elles a tal dimensão que facilitam sua confusão com os filamentos fibrillares de nova formação. Sob os golpes longitudinaes, além dos dados que acabamos de conhecer, podemos facilmente estudar os caracteres do tecido fibrillar de nova formação assimcomo as alterações diversas que soffrem os vasos sanguineos que atravessam as placas sclerosas. Estas fibrillas dispostas em feixes e sempre parallelas, de direcção longitudinal e de aspecto brilhante, são extremamente tenues, opacas e lisas. Seguem a mesma direcção que os cylindros de eixo com os quaes dissemos, era facil a confusão; a distincção se estabelecerá sempre lembrando-se que os cylindros de eixo não se ramificam nunca, sendo em geral mais volumosos e translucidos.

As alterações dos vasos sanguineos são representadas pela espessamento de suas tunicas, espessamento que augmenta da zona peripherica para a zona central; ahi as paredes tornam-se tão espessas que o calibre do vaso se acha naturalmente estreitado.

Quando se examina as peças, que não soffreram acção do acido chromico, descobre-se certas alterações que não se encontrou nas endurecidas, nos referimos aos globulos ou granulos graxos. Estes globulos graxos são o resultado da transformação do cylindro de

myelina e existem por esse facto em abundancia nas zonas periphericas onde o processo está em plena actividade e desapparecendo completamente na zona central, já porque o trabalho de destruição dos tubos nervosos está terminado, já pelo recalcamento para a peripheria, pelas fibrillas de nova formação, já finalmente pela resorpção.

Na substancia cinzenta as alterações são as mesmas, as cellulas nervosas atrophiadas soffrem degenerescencia amarella, e cessam de ser vivamente coloridas pelo carmim como no estado normal.

O nucleo e o nucleolo tomam o aspecto vitrio e brilhante, assim como a cellula que, além disso, parece composta de camadas concentricas. As placas de sclerose se apresentam com os mesmos caracteres no encephalo e nos nervos.

Pelo estudo minucioso que acabamos de proceder nas placas de sclerose, vimos que os elementos nervosos são os ultimos a ser atacados pelo processo morbido, a ponto tal, de encontrarmos na zona central o cylinder axis perfeitamente reconhecivel. Está, portanto, fóra de toda duvida que a irritação formadora começa pela nevroglia, que é, pois, uma lesão intersticial.

Symptomatologia

Nos julgamos dispensado de entrar em largo desenvolvimento a respeito da symptomatologia da sclerose em placas, visto como acabamos de tratar detalhadamente de sua anatomia pathologica. Ahi vimos as placas disseminadas, já no cerebro, já na medulla, justificando de algum modo a divisão estabelecida pelos autores, em fórmas : cerebral, espinhal e cerebro espinhal. « As fórmas cerebral e espinhal, diz o professor Charcot, correspondem a uma invasão incompleta dos centros nervosos pela sclerose; é, si se quizer, a molestia parada em seu desenvolvimento, em seu progresso, quer ascendente quer descendente ». A fórma cerebral é excessivamente rara e senão lhe nego a existencia é firmado sómente em sua possibilidade, pois que o unico caso, que nos consta, até então observado e que pertence Valentiner, é revogado em duvidas por Bourneville e Guerard, para os quaes a medulla não parece ter sido examinada com cuidado. A fórma espinhal, ao contrario, é frequentes vezes observada. Porém em nossa descripção só faremos o estudo da fórma cerebro-espinhal, já porque representa o typo normal, o que se encontra mais vezes em clinica, já porque é sobre ella que versa a nossa dissertação.

Admittiremos, a bem da descripção, tres periodos na sclerose em placas: o primeiro indo da invasão da molestia até o apparecimento da rigidez espasmodica dos membros; o segundo, mais ou menos longo, em que o doente fica confinado ao leito ou podendo apenas dar alguns passos em seu quarto; o terceiro, começando com as perturbações trophicas.

PRIMEIRO PERIODO. — A invasão póde-se fazer brusca ou lentamente, vindo ora os symptomas espinhaes, ora os cerebraes, ora emfim uma mescla de ambos marcar o começo da molestia.

O enfraquecimento dos membros inferiores ou sómente de um d'elles é em geral o primeiro phenomeno morbido accusado pelos doentes; a marcha é fatigante, pouco segura, os falsos passos são frequentes; o doente tem necessidade de um ajudante; titubia a maneira de um individuo ebrio. Não existem perturbações da sensibilidade, não ha anesthesia, nem dôres fulgurantes; alguns doentes accusam sómente uma sensação de torpor e por vezes formigamentos nos membros paralysados. A paralysia se produz as mais das vezes de uma maneira lenta e progressiva; algumas vezes augmenta muito bruscamente n'um dos membros inferiores; póde acontecer tambem que o estado do doente melhore a ponto de se acreditar curado durante um certo tempo. A paraplegia é quasi sempre incompleta. Os membros superiores são em seguida invadidos pela molestia, acarretando-lhes, da mesma sorte que nos inferiores, uma paresia mais ou menos pronunciada. De concomitancia com estes symptomas espinhaes observam-se phenomenos cerebraes, taes como: vertigem habitual, geralmente gyratoria que é um phenomeno muito frequente e importante; ordinariamente esta vertigem vem por accesso de curta duração. Cephalalgia; diplopia, apezar de ser um phenomeno muito passageiro, concorre para perturbar a marcha, o enfraquecimento da vista (ambliopia); strabismo externo (Liouville); tem se observado tambem verdadeiras paralysias do 3º par com ptosis, strabismo, mydriase (A. Robin, these de agreg. Paris 1880).

Em uma phase mais avançada, depois de uma duração variavel apparece o tremor que ora invade em primeiro logar os membros inferiores, depois os superiores, se estendendo em seguida a cabeça, ao globo ocular, a lingua, ora se manifesta primeiramente, como isso teve logar em ambos os nossos doentes, nos membros superiores, atacando em seguida as outras partes.

O tremor na sclerose em placas tem uma importancia capital,

visto como é um auxiliar poderoso para o seu diagnostico. Infelizmente, porém, não apparece senão em uma época mais ou menos affastada da invasão da molestia; podendo mesmo algumas vezes não se manifestar, o que é, todavia, facto raro; o que acontece não raro é ter elle uma existencia ephemera, circumstancia de que não devemos nos esquecer, porque o doente nos dará, na maioria dos casos, conta de sua existencia. O caracter fundamental desse tremor é se manifestar sómente quando o doente executa ou procura executar movimento voluntario e de uma certa amplitude. Quando os doentes estão deitados em seu leito e no repouso completo, não se observa algum traço de tremor, os membros são immoveis. Este tremor não é, pois, permanente; facilmente notado em grande numero de doente, ferindo as vistas dos menos experientes, em razão de sua grande intensidade, exige algumas vezes, da parte do clinico traquejado pela longa pratica, exame minucioso repetidas vezes, sobretudo em seu começo que é apenas apparente. Quando se pretende tornar bem patente a desordem muscular em um doente de sclerose em placas, basta fazel-o executar movimento de uma certa amplitude, como por ex: levar a mão a cabeça, um copo d'agua a boca.

Desde que Caetano ou Manuel Joaquim se apoderavam do copo, seus braços eram séde de um tremor rhythmico cujas oscillações tornavam tanto maiores, quanto o copo se approximava mais dos labios, indo, comtudo, sem desviar-se ferir os dentes; ás vezes o tremor é tão exagerado que a agua salta fóra do copo.

Quando o tremor se generalisa, vem difficultar a marcha, tornando-a incerta, titubiante, já profundamente aggravada pelas perturbações da vista, vertigens e paresia dos membros inferiores.

Quando a paralysia permitte que o doente ainda ande, póde a cada instante, sacudido pelas oscillações em diversos sentidos, perder o equilibrio e cahir ora para diante, ora para traz; a occlusão dos olhos não parece modificar o phenomeno.

Temos tido sempre o cuidado de dizer que o tremor se manifesta em movimentos de uma certa amplitude, e isso de proposito, porque é nullo ou pouco pronunciado nos movimentos de uma fraca amplitude, taes como, os que necessita a acção de escrever, de enfiar uma agulha, etc.

O tremor póde se manifestar ou se exagerar quando o doente estiver sob a influencia de uma viva emoção, quando se lhe dirige uma pergunta inesperada, ou a presença do medico ou de outra pessoa estranha.

A desordem muscular que se observa nos olhos de quasi na metade dos casos, dos doentes affectados de sclerose em placas é tanto mais importante quanto é raramente encontrada em outras myelites; e, no conhecimento do professor Charcot, só na ataxia é que excepcionalmente se observa-o. Os olhos oscillam sem cessar da direita para erquerda e desta para aquella, este phenomeno recebe o nome de nystagmus. Em alguns doentes o olhar se conserva vago, sem direcção precisa e o movimento característico parece não existir: basta porém o doente fixar attentamente um objecto, para que elles, de repente, de uma maneira mais ou menos pronunciada, oscillem rapidamente. Este phenomeno, quando pronunciado, torna impossivel a leitura, assim como impede o exame ophthalmoscopico. O nystagmus, geralmente, é binocular; porém Bourneville e Guerard o observaram uma vez monocular.

O embaraço particular da palavra na sclerose em placas é mais frequente ainda do que o nystagmus, pois que o professor Charcot o encontrou vinte vezes em vinte tres casos. Eis como este eminente professor descreve o phenomeno. « A palavra é lenta, arrastada, por momentos quasi inintellegivel. Parece que a lingua tornara-se «muito espessa» e a falla lembra a das pessoas ebrias. Um estudo mais attento faz reconhecer que as palavras são como divididas (scandés): ha uma pausa entre cada syllaba, e estas são pronunciadas lentamente. Ha hesitação na articulação das palavras, porém, propriamente fallando, nada que assemelhe a gagueira. Certas consoantes, 1, p, g, são particularmente mal pronunciadas».

Ninguem dissimula as difficuldades com que se lucta as vezes para descrever certos phenomenos naturaes, sobretudo, os da pho-

nação, e no entanto nada mais facil de, uma vez apreciados, conserval-os e distinguil-os entre si. Ora nós observamos dois casos de sclerose em placas em que a perturbação da palavra existia, embaraço que se apresentava caracteres diversos para cada caso; posto que nos lembremos perfeitamente d'aquella falla especial, sobretudo do recruta, que tanto nos impressionou, reconhecemo-nos incapazes de descrevel-a. Foi por esse motivo que preferimos transcrever a descripção do eminente professor de Salpetrière, que é geralmente acceita, certo, porém, de que ella não traduz o embaraço apresentado pelos nossos doentes. Este embaraço na palavra vai se aggravando lentamente sendo no começo pouco pronunciado e em uma época avançada da molestia a perturbação é tal que o doente torna-se quasi incomprehensivel. Ha casos em que o embaraço se apresenta de subito, como por accesso, para melhorar em seguida. A emissão das palavras é por vezes precedida de uma ligeira contracção, como convulsiva dos labios.

A lingua se apresenta algumas vezes tremula e para bem reconhecer a existencia do tremor é preciso que o doente a apresente ao exterior. O que convem notar é que este phenomeno não é constante e, o que mais, não é necessario para tornar embaraçosa a palavra, pois que, o professor Charcot presenciou factos em que a lingua não apresentava o menor traço de tremor e no entanto a palavra estava embaraçada em alto gráo. No meio dessa desordem motora a lingua conserva o seu volume normal.

Para terminarmos o estudo do primeiro periodo nos resta fallar das crises gastricas ou gastralgicas que mascaram em certos casos o começo da molestia. Este accidente, acompanhado por vezes de lipothymias, vomitos repetidos, é logo seguido dos symptomas habituaes da sclerose multilocular; porém algumas vezes as crises se repetem diversas vezes e se misturam com estes symptomas durante os primeiros tempos da molestia.

SEGUNDO PERIODO.—Quando a molestia attinge a ultima phase do primeiro periodo já se acha revestida de quasi todos os seus symptomas característicos: estes vão se aggravando progressivamente no segundo, onde logo sobrevem phenomenos novos. A contractura

que assignala o começo desse periodo é ordinariamente um phenomeno tardio; tem sido observado, no entanto, dois annos depois do começo, porém o termo médio, é se apresentar 5 ou 6 annos depois da manifestação dos primeiros accidentes da sclerose multilocular. A contractura permanente dos membros não succede, de subito, sem transição, á paresia; só depois de muitos accessos cujos intervallos vão diminuindo a medida que seu numero e duração augmentão é que a contractura permanente se acha definitivamente estabelecida.

Esta nada mais é do que a prolongação indefinida de um accesso que se caracterisa do modo seguinte: Os membros permanecem em extensão, as coxas estendidas sobre a bacia, as pernas sobre as coxas, os pés sobre as pernas offerecendo a attitude especial do varus equino; os joelhos conservam-se serrados um contra o outro que difficilmente se póde os separar.

A rigidez sobrevem simultaneamente com o mesmo gráo em ambos cs membros inferiores, e tão pronunciada as vezes que levantando-se um d'elles eleva-se ao mesmo tempo a metade inferior do corpo do doente como se todas estas peças estivessem soldadas entre si. Porém é quasi a mesma cousa, pois que temos aqui forças potentes de musculos antagonistas actuando simultaneamente e quasi com o mesmo gráo de intensidade. E' tão difficil dobrar um membro em extensão, como estendel-o ao depois; só em casos raros e em phase ulterior da molestia, que a flexão da coxa e da perna predomina sobre a extensão.

Os membros superiores são raramente invadidos pela contractura permanente que ora os sorprehende na extensão forçada e os mantem estreitamente applicados de cada lado do thorax, ora na flexão do anti-braço sobre o braço, a mão ordinariamente fechada.

Um outro phenomeno importante, que se observa n'este periodo, são os accessos convulsivos, espasmos tetanicos ou epilepsia espinhal de Brown-Sequard. Esta epilepsia, quasi sempre de forma tonica, se manifesta ora espontaneamente ora é provocada por diversas maneiras, faradisação, belisco da pelle, cócega na planta do pé, etc; ordinariamente determina-se esta tremulação estendendo-se bruscamente a extremidade de

um dos pés sobre a perna. Esta tremulação se approxima muito das convulções strychnicas, e com algum cuidado se distingue facilmente do tremor que só se manifesta nos movimentos voluntarios na sclerose em placas. O tremor convulsivo não fica sempre limitado ao membro cujo pé foi destendido, se propaga algumas vezes ao membro do lado opposto; a agitação póde-se mostrar então, por vezes, muito intensa para se communicar a todo o corpo e mesmo o leito onde repousa o doente. A agitação não cessa com o desapparecimento da causa que a provocou, persiste por muitos minutos, Brown Sequard indicou um meio de o fazer cessar de repente, meio muito simples e que consiste em tomar um dos grossos artelhos do doente e dobral o subitamente e com força. N'este periodo o doente ainda consegue dar alguns passos em seu quarto, porém em virtude da contractura elle é obrigado a andar pelas pontas dos pés sem que o calcanhar toque em terra.

TERCEIRO PERIODO.-Chegamos ao periodo terminal que se poderia chamar periodo do marasmo, em que o doente, confinado ao quarto, não abandona mais o leito. Se apresenta com um facies verdadeiramente caracteristico, exprimindo estupidez; o doente tem um olhar vago, incerto, indifferente a tudo, os labios cahidos, entre abertos. Estes traços physionomicos coincidem quasi sempre com um desarranjo mental mais ou menos pronunciado. A memoria soffre um enfraquecimento notavel, os doentes não pódem fornecer, como outr'ora, dados precisos sobre a evolução de sua molestia. A intelligencia perde o seu brilho habitual; as concepções e as faculdades affectivas se embotam; choram ou riem sem motivo justificavel. No meio d'essa decadencia das forças psychicas vê-se as vezes apparecerem formas classicas da alienação mental. Para corroborar o que dissemos citaremos os seguintes casos: Um doente de Valentiner, habitualmente melancolico, era acommettido de tempos a tempos de delirio de grandesa; um outro de Leube, que dizia possuir muitos bois, cavallos, predios, etc., devia casar-se com uma condessa logo que fosse rei ou imperador, etc.

Charcot refere um caso, d'um verdadeiro accesso de lypemania. A doente era acommettida de hallucinações da vista e do ouvido; via pessoas aterradoras e ouvia vozes que a ameaçavam «guilhotina.»

Durante vinte dias foi alimentada pela sonda esophagiana, pois que recusava os alimentos, os julgando envenenados, etc. Porém o facto mais importante que se observa n'este periodo é o enfraquecimento das funcções organicas. Assimilação imperfeita, diarrhéa frequente, sede intensa reunidas a uma deglutição difficil, mesmo para a saliva, depauperam profundamente o organismo do infeliz paciente. Em virtude d'essa perturbação trophica os orgãos e tecidos soffrem transformações gravissimas que apressão a morte do doente. Tratando da anatomia pathologica fizemos conhecer as que mais frequentemente se observam, e d'entre ellas, a escara da região sacra é a mais precoce e muito grave não só porque invade rapidamente uma vasta extensão, como tambem é sempre acompanhada de uma serie de accidentes terriveis taes como: fusões purulentas, intoxicações purulentas e putridas, etc.

A morte vem assim parcialmente roubando a vida, quando não sobrevem alguma molestia intercurrente, como a pneumonia, a phtisica caseosa, dysenteria, etc., que abrevie os dias ao paciente.

A terminação fatal póde ser apressada pela paralysia bulbar, que póde-se desenvolver rapidamente e matar o doente algumas vezes antes do terceiro periodo. A deglutição se embaraça, a principio d'uma maneira transitoria, depois permanentes os accessos de dyspnéa se manifestam em seguida por momentos e a morte sobrevem em um d'elles. Foi assim que Caetano terminou seus dias: n'elle, estes accessos eram provocados todas as vezes que bebia agua. Infelizmente a autopsia não poude ser praticada, e não pudemos verificar n'este caso, o que se tem feito em muitos outros, placas de sclerose sobre o assoalho do 4º ventriculo envolvendo os nucleos d'origem dos nervos bulbares.

Rejeitando quasi em absoluto a fórma cerebral genuina, dissemos, que a promiscuidade de symptomas cerebraes e espinhaes, constituindo a fórma cerebro-espinhal, era o typo o mais frequentemente observado em clinica. Tratamos de sua descripção symptomatica da

melhor maneira que nos foi possivel, grupando os phenomenos mais importantes em sua ordem habitual de successão; cumpre lembrar, porém, que a molestia nem sempre se caracterisa tão bem assim de modo a impor o seu diagnostico ao clinico o menos abalisado. Ha casos, e não raros, em que ella parece furtar-se ás pesquizas do medico o mais sagaz, se revestindo sómente de um pequeno numero dos symptomas descriptos.

N'estes casos, que o professor Charcot chama de «frustes» o quadro clinico da sclerose em placas se acha em certos casos reduzido quasi á unica contractura dos membros inferiores, com ou sem rigidez concomitante dos membros superiores. N'estas condições o clinico se acharia em sérios embaraços, se não fosse esclarecido pelo doente, de outros symptomas actuaes ou passados, taes como, o nystagmus, a diplopia, o embaraço particular da palavra, vertigens e sobretudo o tremor.

As difficuldades do clinico não param ahi, certos phenomenos insolitos vem algumas vezes complicar a marcha da sclerose em placas citaremos os ataques apoplectiformes, a ataxia e a atrophia muscular. Os ataques apoplectiformes, não tem nada de especial, são analogos aos de outras affecções cerebraes. A ataxia na marcha, as dores fulgurantes e a atrophia muscular são complicações perfeitamente explicaveis pela invasão das placas nos cordões posteriores e nos cornos anteriores.

PROGNOSTICO.—E' muito grave: a sclerose em placas tem quasi sempre uma marcha progressiva. Entretanto é preciso ser-se muito reservado quando se tiver de emittir opinião a respeito, visto como, graças ao conhecimento mais perfeito da molestia e sobretudo ao numero de observações colhidas, principalmente ás referentes aos casos frustes do professor Charcot, deixam suspeitar senão cura completa pelo menos tempo de parada, remissões mais ou menos completas e por vezes assás persistentes.

Physiolo zia pathologica

A distribuição tão singular das placas de sclerose nas diversas partes do systema nervoso, é um facto muito curioso, porém ainda até hoje completamente desconhecido.

Rindfleisch, querendo explicar o modo de formação das placas, avançou que a inflammação começava sempre pelas paredes dos pequenos vasos, se propagando ao depois ao reticulo da nevroglia. Charcot acredita, baseado em suas observações, que as alterações dos vasos e as do reticulo, marcham pari-passu sem se influenciar reciprocamente.

Em virtude dos progressos que tem feito a physiologia, nos é dado hoje explicar a maior parte dos symptomas apresentados pelos doentes affectados de sclerose em placas. Assim a paresia ou a paralysia dos membros, seguidas cedo ou tarde de contractura permanente são phenomenos que acham sua explicação plausivel nas placas de sclerose sobre o trajecto dos cordões antero-lateraes.

O nystagmus, o embaraço da palavra coexistem com placas na protuberancia e bulbo.

Quanto ao tremor, a explicação seguinte, proposta pelo professor Charcot, é muito plausivel: Os cylindros de eixo pódem ainda transmittir as ordens da vontade: porém despojados de sua myelina, não preenchem mais convenientemente suas funcções, assim como acontece aos fios telegraphicos que não são bem isolados.

Diagnostico

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DA SCLEROSE EM PLACAS COM A MOLESTIA DE PARKINSON.

Estas duas affecções que permaneceram por muito tempo confundidas entre si clinicamente, são hoje perfeitamente caracterisadas por phenomenos tão decisivos, graças aos trabalhos de Charcot e seus alumnos Ordenstein, Bourneville e Guerard, que o diagnostico entre ambas tem se tornado banal, não apresentando mais difficuldades serias. Sem receio de erro poderiamos avançar: que os phenomenos capitaes de uma são perfeitamente distinctos dos da outra. Pelo parallelo que vamos estabelecer entre ambas se deduzirá a verdade de nossa proposição.

Começaremos pela etiologia.

Em ambas a etiologia é muito obscura, assim como o é para quasi todas as molestias dos centros nervosos. A acção prolongada do frio humido e as impressões moraes figuram em ambas quasi que com o mesmo gráo de frequencia: no entanto que a molestia de Parkinson se origina mais vezes por emoções moraes vivas ao passo que a sclerose em placas é frequentemente produzida á frigore. A paralysia agitante tem sido observada depois da irritação de certos nervos periphericos, em consequencia d'uma ferida ou d'uma contusão, a sclerose multilocular nunca sobreveio a tal incidente.

A molestia de Parkinson, ataca indifferentemente ambos os

sexos desenvolvendo geralmente depois dos 40 annos, já dissemos que a sclerose em placas, prefere o sexo feminino assim como a idade de 20 a 25 annos.

A molestia de Parkinson é muito mais frequente do que a sclerose multilocular e occupa, segundo o professor Charcot, a quinta fileira, ao lado da ataxia locomotora, no quadro etiologico das enfermidades tratadas em Salpetrière.

Comparemos agora, sob o mesmo ponto de vista, os casos por nós observados. Até então tomavamos isoladamente uma causa para termo de comparação, o mesmo se não dá quando se trata de doentes, sobre os quaes actuam quasi simultaneamente um grande numero d'ella. Nos dous casos de sclerose em placas que observamos, além de se tratar de individuos do sexo masculino tinham ambos idade superior a 40 annos, constituindo assim duas excepções a regra geral estabelecida por Charcot.

Pois bem, parece-nos que jogamos com as excepções, porquanto o unico caso de molestia de Parkinson que tivemos occasião de observar na enfermaria de mulheres, durante o mez de outubro do anno passado, se tratava de uma parda, livre, de 24 annos de idade. Adelaide, como ella se chamava, não foi a primeira a abrir excepções na paralysia agitante, da mesma maneira que Caetano e Manuel Joaquim não o foram na sclerose em placas. Ambas tem sido observadas em todas as idades. Duchenne (de Boulogne) cita um facto em que a molestia de Parkinson se desenvolveu aos 20 annos; Fioupe publicou uma observação de uma moça de 15 a 16 annos.

Não podemos frisar melhor as differenças evolutivas da molestia de nossos doentes senão referindo a anamnese que elles nos contaram. Adelaide faz datar seus soffrimentos cerca de 6 mezes; tres dias depois de um vomitivo, que tomára para acalmar uma violenta dôr de dente e u na inflammação intensa dos olhos, voltou ella para o seu serviço onde exercia a profissão de cozinheira. Passando de uma para outra casa proxima, em um dia chuvoso, apanhou alguns chuviscos: immediatamente começou a sentír-se incommodada e cahiu sem sentido, ficando neste estado por muito tempo. Voltando a si mediante applicações de sanguesugas nas apophyses mastoides e de um vesicatorio na nuca, Adelaide conservou-se muda por muito tempo ainda, desejava fallar mas não podia. Desde essa época não pôde mais andar nem ter-se de pé, porque suas pernas, assim como todo seu corpo, era agitado por tremor, o qual se manifestava tambem quando, em seu leito, estava em repouso completo. Teve, pois, Adelaide uma hemorrhagia na protuberancia annular compromettendo as regiões olivares em sua origem e paralysia agitante symptomatica, tal foi o diagnostico que o illustrado professor de clinica, Sr. conselheiro Dr. Torres Homem estabeleceu.

Pela leitura de nossas observações (vide as observações) facilmente se deprehende que muitas e variadas foram as causas que concorreram para a producção da sclerose em placas em nossos doentes. Que em ambos actuaram lenta e insensivelmente, durante muitos annos, a miseria, os desgostos, o alcoolismo e sobretudo o resfriamento, como causas communs; accresce mais o terror constante para Manuel Joaquim. Ambos foram acommettidos de vertigens, tonteiras e cephalalgia; vindo um enfraquecimento nos membros superiores que mais tarde tornaram-se tremulos.

Si bem que a molestia de Adelaide se desenvolvesse por um modo muito diverso e quasi que se apresentando, de subito, toda constituida, de modo a contrastar com a evolução lenta e progressiva da de Caetano e Manuel Joaquim, comtudo não podemos nos furtar de tratar de certos symptomas que, a primeira vista e com um exame superficial, poderiam identificar molestias essencialmente diversas.

Começaremos pelo tremor, não só porque o observamos nos tres doentes, como tambem é elle um dos phenomenos capitaes que alludimos ha pouco; merece, pois, ser estudado em primeiro logar, e daremos o desenvolvimento que lhe compete.

Pela historia dos doentes que acabamos de referir, vimos que o

tremor em Adelaide foi, por assim dizer, o primeiro phenomeno que a sorprehendeu depois que acordou de seu somno apoplectico.

Adelaide tentou andar, pois que tinha forças sufficientes nos membros e os movia bem, no entanto qual não foi sua sorpreza quando não poude mesmo ter-se de pé, quanto mais andar; isso porque o seu corpo era agitado pelo tremor que se estendia das pernas aos braços e a cabeça. Ao passo que vimos, tanto em Caetano como no recruta, o tremor ser precedido de muitos outros phenomenos; aqui, como em quasi todos os casos observados, o tremor succedeu a paresia dos membros superiores. Cumpre, porém observar que geralmente o tremor na sclerose em placas se manifesta em primeiro logar nos membros inferiores, emquanto que na molestia de Parkinson são os superiores os primeiros affectados. Acontece ainda que o tremor em Adelaide se manifestava tambem no repouso completo, quando deitada em seu leito. E' um elemento esse muito importante para o diagnostico entre estas duas affecções, porquanto não é só em Adelaide, porém em todos os casos de paralysia agitante, que o tremor, quando existe o que é a regra, persiste no estado de repouso. Na sclerose em placas, assim como observamos em nossos doentes, o tremor só se manifesta nos actos intencionaes.

Dá-se algumas vezes que o tremor na molestia de Parkinson, principalmente em seu começo, é intermitente; porém n'estas condições, ao contrario do que se nota na sclerose em placas, o tremor só se manifesta no estado de repouso completo do corpo e do espirito e frequentemente sem que o doente tenha consciencia, e desapparece logo que elle tenta executar algum movimento.

Nem sempre o tremor da paralysia agitante se ostenta tão bruscamente em todos os membros, como aconteceu com Adelaide. Na maioria dos casos apparece insidiosamente em um pé, em uma mão, em um pollegar, passando despercebido algumas vezes mesmo aos doentes. O tremor, em certa época da molestia de Parkinson, persiste tanto em estado de repouso como de movimento, excepto durante o somno profundo quer natural, quer chloroformico.

Na paralysia agitante o tremor da cabeça é um phenomeno ap

parente, communicado; se trata d'uma transmissão das oscillações que se passam nos membros e na columna. Em Adelaide este phenomeno foi bem apreciado quando se a fez andar pela enfermaria, apoiando-a, bem entendido, pois que só não podia dar um passo. Na sclerose em placas o tremor da cabeça é um phenomeno real, muito frequente.

As differenças não param ahi, vão ainda mais longe. Tendo observado com cuidado o tremor em nossos doentes, notamos que em Adelaide as oscillações do tremor eram muito pouco extensas, muito regulares, rapidas e serradas; ao passo que em Caetano e Manoel Joaquim as oscillações são amplas, irregulares, desharmonicas e augmentando de frequencia e intensidade quanto mais proximas do fim a attingir. Na molestia de Parkinson o tremor se reveste de caractéres particulares, lembrando certos movimentos coordenados, assim como o acto de enrolar uma bola de papel, de desfiar lã, de massar pão, etc., que se observa nas oscillações rythmicas e involuntarias das diversas partes da mão.

Um elemento importante para o diagnostico, sobretudo no começo da affecção, se encontra nos caracteres da escripta; a primeira vista parece normal, porém servindo-se de uma lente, se distingue partes mais accusadas, mais largas do que outras; as pernas das letras são tremidas em zig-zags de diminuta amplitude e muito approximados; os typos vão também diminuindo de tamanho.

Na sclerose multilocular o tremor não se manifesta geralmente n'estes actos que requerem pouca amplitude no movimento. Caetano tinha nystagmus, não existia em Adelaide; phenomeno frequente na sclerose em placas e que não existe na molestia de Parkinson. O tremor da lingua existia tanto em Caetano como em Adelaide. Na sclerose multilocular o embaraço da palavra, quando existe, como observamos em Caetano e sobretudo em Manoel Joaquim, é muito diverso da modificação que soffre a mesma na molestia de Parkinson. Nesta a falla é lenta, palavra breve, e parece que a pronuncia de cada uma depende de um esforço consideravel da

vontade; algumas vezes é tremula, entrecortada pelo phenomeno de transmissão. Além do tremor que acabamos de differenciar, outras perturbações da motilidade existem na paralysia agitante que facilmente se distingue das da sclerose multilocular. O enfraquecimento dos membros posto que seja um phenomeno commum a ambas, é muito precoce na sclerose em placas, é um de seus symptomas iniciaes; a paresia mais ou menos pronunciada se manifesta logo. Na paralysia agitante o enfraquecimento é tão pouco pronunciado que se julgou outr'ora que a força muscular se conservava intacta, que havia antes retardo no effectuamento dos movimentos do que enfraquecimento real das potencias motoras. Porém, hoje está provado por uma serie de experiencias feitas por Bourneville, com o dynamometro, que a força muscular se acha enfraquecida em vez de conservada; e mais diminuida vai se tornando com o progresso da molestia, e a diminuição é mais sensivel no membro onde predomina o tremor, está, pois, em completo desaccordo com a theoria antiga.

A rigidez na paralysia agitante apparece cedo dando uma attitude especial aos doentes na marcha. A cabeça na flexão, o tronco inclinado para diante; as mãos soffrem deformações que assemelham às do rheumatismo nodoso. Os antebraços ligeiramente dobrados sobre os braços, os cotovellos estão pouco affastados do tronco, e as mais das vezes, as mãos dobradas sobre os antebraços, repousam sobre a cintura; os membros inferiores estão rigidos e em semi-flexão; os joelhos serrados um contra o outro; os pés estendidos na posição do varus equino e os artelhos recurvados em garra. Esta rigidez se approxima muito da contractura que descrevemos na sclerose em placas; porém emquanto que a contractura d'esta sobrevêm quando os membros estão paralyticos, na paralysia agitante os membros rigidos conservam ainda a faculdade de mover-se voluntariamente: os doentes pódem mesmo andar sem apoio. Ainda uma outra differença, nos membros rigidos da molestia de Parkinson, quaesquer que sejam os meios que se empregue, não se farà nunca apparecer, como na sclerose multilocular, a epilepsia espinhal de Brown-Sequard.

Dissemos que a rigidez dos musculos imprimia a marcha um caracter especial. Quando se manda os doentes andar, nota-se que se elevam lentamente e com um esforço visivel, apoiando suas mãos sobre a cadeira, depois andão com o corpo inclinado para diante : logo sua marcha se accélera e alguns doentes não param senão perante um obstaculo mecanico. Além d'essa attitude e marcha especial que não se observa na sclerose em placas, por vezes os doentes affectados de paralysia agitante são acommettidos de movimentos de propulsão e retropulsão que não sobrevem em occasião de um sentimento vertiginoso: este facto foi perfeitamente notado em Adelaide.

Para terminarmos, citaremos ainda certos phenomenos que não se observam na sclerose em placas e que affligem aos infelizes affectados da molestia de Parkinson. Os doentes experimentam nos membros sensação de torpor, peso, caimbras, um mal estar indefinivel, que se traduz por uma necessidade incessante de mudar de posição. Adelaide (assim como todos os doentes de paralysia agitante) queixou-se de um calor excessivo em todo o corpo a ponto de regeitar as cobertas no dia mais frio; este phenomeno porém não pertence exclusivamente a molestia de Parkinson pois que observamol-o também em Manoel Joaquim.

Anatomicamente a paralysia agitante se differencia da sclerose multilocular, no que as lesões materiaes n'esta são perfeitamente reconhecidas e estudadas, ao passo que, n'aquella o substracto anatomico ainda hoje escapa ao exame, o mais escropuloso do microscopista o mais perspicaz.

Ainda no prognostico estas duas affecções divergem, apezar de ambas terem uma marcha progressiva, a paralysia agitante não ameaça de perto a vida, é compativel com uma longa existencia; e as faculdades intellectuaes conservam-se por muito mais tempo intactas do que na sclerose multilocular.

Diagnostico differencial com a ataxia

A ataxia locomotora é, sem duvida alguma, uma das affecções nervosas que menos vezes offerecem difficuldades em seu diagnostico e podemos dizer mesmo a que menos vezes se confundirá com a sclerose em placas cerebro-espinhal.

Si bem que ambas affectem, por vezes, diversos pontos do systema cerebro-espinhal e se revistam de symptomas cephalicos e espinhaes, são comtudo duas molestias perfeitamente distinctas, já por sua sede anatomica, já pelo seu cortejo symptomatico.

A ataxia locomotora só ataca na medulla os cordões posteriores, é uma myelite systematica, ao passo que a sclerose multilocular, como ja deixamos dito, acommette indistinctamente todos os pontos da medulla.

As crises gastricas ou gastralgicas dos ataxicos são inteiramente semelhantes as que se observam na sclerose multilocular; porém nos ataxicos ellas se combinam com as dôres fulgurantes, ao passo que na sclerose multilocular se ligam á paresia dos membros, vertigens, nystagmus, embaraço na palavra, etc.

Ainda estas duas affecções se distinguem pelos phenomenos visuaes, cujo diagnostico é tanto mais importante a se estabelecer, quanto na ataxia elles precedem por vezes, a evolução do processo morbido, as proprias dôres fulgurantes, e se apresentam completamente isolados durante mezes e mesmo annos.

O nystagmus é um phenomeno rarissimo na ataxia, e muito frequente na sclerose em placas. A diplopia é commum a ambas e em ambas é um phenomeno transitorio, dependente da accommodação.

A amblyopia, posto que, se observe em ambas, apresenta em sua marcha differenças muito importantes; na sclerose em placas o doente sente um enfraquecimento da vista, enfraquecimento este que é susceptivel de exarcerbações e remissões, de parada mesmo; ao passo que na ataxia a marcha é quasi fatalmente progressiva e invasora, indo até a cegueira completa.

As pupillas nos ataxicos apresentam uma contracção mais ou menos pronunciada e ha limitação concentrica e unilateral do campo visual.

Nos ataxicos a noção do amarello e do azul persiste durante muito tempo, no emtanto perdem cedo a moção do vermelho e do verde. Este signal é de grande valor para o diagnostico pois que uma sclerose em placas já antiga, onde a grandeza visual baixou a um decimo, a percepção das côres persiste intacta; emquanto que, um ataxico quem no começo de sua affecção, póde ainda lêr finos caractéres, já não distingue mais o verde por exemplo.

Ao exame ephthalmoscopico, a papilla de um branco anacarado se destaca vivamente sobre o fundo do olho, seus bordos são perfeitamente claros, ella não é mais transparente; os vasos muito menos volumosos do que no estado são, não pódem mais ser seguidos em sua entrada na papilla.

A atrophia papillar determina mais ou menos rapidamente a cegueira completa. Em ambos os nossos doentes de sclerose o exame revelou alteração das papillas.

As lesões materiaes apresentam também differenças notaveis, assim na ataxia a alteração começa pelo tubo nervoso emquanto que na sclerose multilocular é a ganga conjunctiva que soffre em primeiro logar e o cylindro de eixo resiste por muito tempo, funccionando sempre mais ou menos bem.

Além do nervo optico, outros nervos bulbares pódem ser affectados na ataxia locomotora e como os phenomenos correspondentes pouco valor tem no diagnostico com a sclerose em placas, os deixaremos de lado, para entrarmos na apreciação de um symptoma importante — a incoordenação motora. Ninguem confundirá, cremos, a menos que não seja ou por muita força de vontade ou por negligencia o tremor da sclerose em placas com os gestos mais ou menos desordenados, bruscos e extensos dos ataxicos.

Nota-se nos ataxicos no acto da apprehensão de objectos de pequeno volume certas particularidades que se não observa na sclerose em placas. No momento de pegar no objecto os dedos se affastam des. mesuradamente e se estendem inclinando para o dorso da mão. Depois o objecto é apanhado repentinamente, de um modo quasi convulsivo por uma flexão brusca e desproporcionada de todos os dedos. Nos ataxicos a força muscular persiste mesmo quando não pódem mais andar pela incoordenação de seus movimentos; na sclerose em placas a fraqueza dos membros é um symptoma do começo da molestia.

O andar do ataxico é tão característico que se póde fazer o diagnostico a distancia. Os doentes projectam os pés para diante e para fóra, depois os batem com força sobre o solo produzindo ruido ; andam depressa e sempre com os olhos fitando o chão; tem difficuldade de parar ou mudar de direcção, sobretudo voltar repentinamente, porque perdem o equilibrio e cahem. Tal foi o que observamos no portuguez Antonio Seabra que em 18 de Março do anno passado baixou pela quarta vez ao hospital da Misericordia, e foi occupar o leito n. 16 da 4ª enfermaria de medicina. A ataxia em Seabra já era tão pronunciada que não lhe permittia andar só, necessitava de uma ajudante, quando menos de uma bengala. Seabra não tem tremor nos membros inferiores, o que elle tem é uma contracção irregular dos musculos que lhe perturba a marcha; posto que essa desordem se dê no acto de executar movimentos voluntarios, ella é muito diversa da que experimentava Manoel Joaquim. Neste tremia todo o corpo quando andava, porém seus musculos obedeciam sua vontade, andava de vagar, é verdade, porém ia onde queria, parava e voltava quando desejava ou se lhe mandava; seus passos eram regulares. Era impossivel a Seabra collocar-se com os pés juntos e perfeitamente vertical, quando tentava fazel-o perdia logo o equilibrio, era preciso ter as pernas affastadas; ao passo que Manoel Joaquim o conseguia ultimamente com as melhoras obtidas. Seabra, com os olhos vendados, não podia dar um passo, nem mesmo ter-se de pé; Caetano submettido a mesma experiencia percorria a enfermaria sem grande differença.

Não era por fraqueza nas pernas que Seabra não podia andar sem apoio, era, como já dissemos, porque seus musculos não obedeciam harmonicamente as ordens da vontade e porque a sua sensibilidade estava pervertida.

A força muscular persistia, o que facilmente se apreciava quando se queria impedir os movimentos que se lhe ordenava executar em seu leito. Posto que Manoel Joaquim andasse muito melhor que Seabra, a fraqueza dos membros n'elle era, pelo mesmo artificio, bem sensivel.

E Trousseau para deixar bem gravado este facto na memoria de seus alumnos, mostrava em sua clinica que talataxico que andava com a maior difficuldade podia ainda levar em suas costas um ou mesmo dous de seus ouvintes.

Seabra tinha, como dissemos, a sensibilidade pervertida, sentia em seus membros dôres fulgurantes, picadas, formigamentos e quando andava, parecia-lhe o assoalho forrado de algodão.

Nada d'isso observamos nos nossos doentes de sclerose em placas.

A perversão da sensibilidade, sobretudo as dôres fulgurantes que tanto atormentaram o doente no longo espaço de 3 annos, que se acha enfermo, se amainaram, quasi desappareceram completamente depois que, a pedido do illustrado professor de clinica Sr. conselheiro Dr. Torres Homem, foi feita, pela primeira vez no Brazil, a distensão do sciatico pelos Srs. Drs. Sá Leite e Martins Costa.

As causas que provocavam o apparecimento da molestia de Seabra, foram muito diversas das que observamos em Caetano e Manoel Joaquim.

O que facilmente se verá pela simples leitura do resumo que segue: Seabra, de 40 annos, casado, canteiro, soffrera por espaço de um anno de uma affecção rheumatismal, sendo depois, durante 4 mezes victima de febres intermittente. Lembra-se que dera uma quéda sobre as nadegas, nada soffrendo immediatamente depois; porém mais tarde se apresentaram as perversões da sensibilidade, que ha pouco nos reférimos, vomitos, retenção de urina e prisão de ventre: mais tarde a incoordenação motora que fôra progressivamente se aggravando.

A contractura dos membros, que vimos succeder a paralysia na sclerose em placas, não se observa na ataxia locomotora.

Posto que ambas se terminem sempre pela morte a ataxia permitte aos doentes uma vida mais longa.

D'onde se conclue que são duas affecções perfeitamente distinctas sob todos os pontos de vista, o que vem justificar, o que dissemos acima de ser a ataxia locomotora a molestia que menos vezes se confundiria com a sclerose em placas.

Porém não desconhecemos que as vezes o clinico necessite de um exame attento para discriminar estas duas affecções, sobre tudo quando as placas de sclerose invadem mais ou menos profundamente os cordões posteriores. Os phenomenos tabeticos n'este caso, se apresentam de concomitancia com os da sclerose em placas. Basta, no entanto um pouco de attencção para que toda a duvida se dissipe, pois que ao lado dos symptomas tabeticos, outros existem que pertencem sómente a sclerose multilocular, taes como a paralysia dos membros inferiores, o tremor das extremidades, o embaraço da palavra, as vertigens, o nystagmus, etc.

Diagnostico com a Choréa

A choréa é uma affecção de diagnostico facil; não acreditamos mesmo que, em algum dia, fosse confundida com a sclerose em placas, por quanto não encontramos n'ellas o menor ponto de contacto, a não ser, de affectarem ambas o mesmo systema de orgãos.

Temos de distinguir aqui a verdadeira choréa, choréa nevrose, da choréa symptomatica de uma lesão material dos centros nervosos.

A verdadeira choréa pelo facto de ser nevrose, só poderia confundir com a sclerose multilocular pelo seu cortejo symptomatico.

Em primeiro logar, a choréa é uma molestia da segunda enfancia e da adolescencia, isto é, se observa com maior frequencia dos 6 aos 15 annos; sendo rara na primeira enfancia e nos velhos; as moças são as preferidas. Já aqui se nota alguma differença, visto como a sclerose em placas acommette os individuos em todos os periodos da vida tendo a sua maior predilecção para a idade dos 20 aos 25 annos.

O rheumatismo é uma das causas mais frequentes e bem averiguadas no desenvolvimento da choréa, ao passo que não faz parte da etiologia da sclerose multilocular.

A incoordenação motora da choréa se approxima mais da ataxia locomotora do que do tremor da sclerose em placas. A perturbação da motilidade na choréa que Bouillaud denomina—folia muscular—se manifesta independentemente da vontade. São movimentos bizarros que o doente não os póde reter e ao seu pezar faz mil tregeitos; ao mesmo tempo que torce o corpo, eleva as espa-

duas, move a cabeça, contrahe os musculos da face, mostra a lingua etc., etc. Na sclerose em placas nada disso se observa, o tremor só se manifesta nos movimentos intencionaes. Quando um choreico quer levar um objecto a bocca, sua mão, em vez de seguir a direcção precisa, vai ter a testa, a orelha, etc., de uma maneira desordenada antes de attingir a bocca e poder ahi parar. O mesmo se não dá na sclerose em placas, vimos que tanto Caetano como Manoel Joaquim desde que tomavam o copo, começavam a tremer e tremiam tanto mais quanto mais proximo da bocca, porém não desviavam o copo que ia sempre bater-lhes nos dentes.

Na marcha o choreico atira as pernas em diversos sentidos, requebra o corpo, sacode os braços, agita a cabeça, dá saltos irregulares, etc, que em nada se approxima do andar lento e tremulo da sclerose em placas.

A paralysia no choreico é um facto excepcional e só se apresenta no ultimo periodo, em quanto que na sclerose em placas é um dos symptomas iniciaes. A choréa se termina geralmente pela cura, a sclerose multilocular até hoje tem se terminado sempre pela morte.

Quanto a choréa symptomatica, as lesões, quasi sempre consecutivas a uma hemorrhagia cerebral, nenhuma analogia apresentam com as ilhas scleroticas irregularmente assestadas nos differentes pontos do eixo cerebro-espinhal.

Os movimentos choreiformes se manifestam ordinariamente em um só lado do corpo, onde existe geralmente hemiplegia ou hemianesthesia. A desordem motora se reveste dos mesmos caractéres que a choréa nevrose, sómente os movimentos involuntarios da hemichoréa são menos bruscos e menos extensos que os da choréa nevrose.

O anno passado occupou o leito numero 9 da 4.ª enfermaria de Medicina, no Hospital da Misericordia, um individuo de 80 annos de idade pouco mais ou menos, que apresentava, além de uma lesão valvular, uma variedade da choréa symptomatica—a athetose. Este velho já se tinha feito tratar neste hospital, ha tempos, de uma hemiplegia consecutiva a uma lesão cerebral.

Os movimentos por elle executados eram lentos; o doente assen-

tado em seu leito, inclinado para diante, movia a cabeça para a direita e para a esquerda, em rotação sobre o pescoço; estes movimentos da cabeça eram acompanhados pelo tronco que se movia no mesmo sentido; movia os braços tambem com lentidão. O doente andava regularmente bem, com o corpo inclinado para diante; conservava durante a marcha o membro superior direito voltado para as costas, repousando a face dorsal do anti-braço sobre a região lombar; sua mão era agitada de um movimento lento em rotação sobre o punho. Além d'isso este velho tinha um embaraço na palavra que o tornava de difficil comprehensão. A respiração mesmo se fazia ruidosa nas primeiras vias. Por este resumo que acabamos de fazer deste caso que observamos na clinica do Sr. Cons. Dr. Torres Homem, vê-se que não existe o menor ponto de semelhança com os casos de sclerose multilocular que já temos tantas vezes nos referido.

Diagnostico com o Alcoolismo chronico

Não temos por fim crear difficuldade, com a mera pretencção de ao depois subjugal-as, tratando do diagnostico do alcoolismo chronico com a sclerose em placas. Posto que sejão dois estados morbidos perfeitamente distinctos, com tudo em certos pontos parecem manter algumas analogias que nos cumpre desmascaral-as.

Um dos primeiros effeitos do alcoolismo é a gastrite; os alcoolicos sentem um ardor de queimadura no estomago que se propaga ao longo do esophago; são logo acommettidos de vomitos, que apparecem sempre pela manhã em jejum, dando expulsão a uma materia de aspecto de clara d'ovo—a pituita. As crises gastricas, que, as vezes, se

observa no primeiro periodo da sclerose em placas differem dos vomitus potatorum no que aquellas não tem a particularidade d'estes de se manifestar pela manhã em jejum, além de que as dores partem das virilhas e vão se fixar na região epigastrica, entre as espaduas e em torno da base do thorax se acompanham de vomitos quasi incessantes e mui penosos; as materias vomitadas apresentam-se algumas vezes sanguinolentas; estas crises vem por accessos, durando geralmente dois ou tres dias; as funcções digestivas se fazendo regularmente nos intervallos, o que não acontece com os alcoolicos que são dyspepticos.

O tremor alcoolico se apresenta a principio intermittente, se manifestando sobretudo pela manhã em jejum; logo que o individuo se alimenta e principalmente se elle ingere alcool o tremor desapparece completamente; isso anima o doente e serve-lhe muitas vezes de pretexto para se entregar a novos excessos. O tremor alcoolico é um dos primeiros symptomas do alcoolismo, ao passo que a paresia dos membros é um phenomeno tardio e muitas vezes falta O tremor na sclerose multilocular, ao contrario, não desapparece com as libações e sobrevêm em um periodo adiantado da paresia. O tremor alcoolico começa pela mão e para tornal-o bem apparente basta que o doente estenda o braço em angulo recto com o thorax, tendo a mão aberta; mais tarde se estende ao braço, invade depois as pernas, a lingua e os labios.

Na sclerose multilocular o tremor começa geralmente pelos membros inferiores; além de que, quando os acommette ou os superiores, a invasão não é parcial, como no alcoolico, é todo o membro por vezes que é tremulo.

As sacudidellas do tremor alcoolico, se approximam muito mais das da paralysia agitante do que das oscillações da sclerose multilocular. Finalmente o tremor alcoolico, mesmo limitado ainda só as mãos, perturba a execução de actos que necessitam de firmeza e precisam taes como, a acção de escrever, de enfiar uma agulha, etc, nos quaes o tremor da sclerose em placas não manifesta-se.

Ainda na força muscular encontramos differença muito sensivel, o alcoolico conserva sua força por muito mais tempo, e comprehende-se

bem, porque a paresia é um phenomeno tardio nella, deixando mesmo de existir em certos casos, ao passo que na sclerose multilocular a paresia dos membros é o phenomeno que ordinariamente marca o começo da affecção.

A falla do alcoolico é arrastada, embrulhada, resmungada, por vezes inintellegivel e não tem a menor semelhança com o embaraço notado na sclerose em placas.

O alcoolico apresenta além disso muitos phenomenos que se não encontra na sclerose em placas. O alcoolico tem um facies caracteristico: tem um olhar espantado; as maçãs, o nariz e as bordas das palpebras são rubras; a intelligencia se embota, tem difficuldade na concepção, lentidão nas idéas, memoria enfraquecida; o doente tem insonia, hallucinações do ouvido e da vista; é acommettido de delirio que geralmente é o de perseguição, como se apresentou no sapateiro José Marques Ribeiro, portuguez, de 42 annos de idade, que entrou para a clinica a 25 de Março deste anno. Este individuo, que confessava ter abusado do alcool, tinha todos os symptomas do alcoolismo, fastio, vomitos, perda de juizo, insomnia, delirio, tremor, etc. No dia 27, ao passar a visita, José Marques se achava assentado em seu leito, com um olhar espantado, e ao interrogatorio feito pelo Sr. Cons. Dr. Torres Homem, respondeu o doente grosseiramente, denunciando o delirio. D'ahi ha pouco partiu o doente a correr da enfermaria, gritando que o queriam matar. Encerrado o doente em camisola de força, o chloral e a morphina supplantaram o delirio.

THE RESERVE

the state of the s

and the second s

La contraction of the second s

a tress extension of mother and

a find a straight in the control of the control of

Later to the same of the same

Diagnostico com os tremores senil, mercurial e saturnino.

Não entraremos em largas considerações a respeito destas tres especies de tremor, visto como só o enunciado basta para affastar do clinico todas as duvidas que suscitassem no estabelecimento do diagnostico; além de que trata-se unicamente de um dos symptomas da sclerose em placas, o qual se manifesta em uma phase adiantada da molestia, deixando mesmo algumas vezes de exister ou se apresentando, em outras, temporariamente. Porém não desconhecemos, de nenhuma sorte, o poderoso auxilio que elle presta ao medico quando se patentea em sua presença.

O tremor senil differe do da sclerose em placas sob muitos pontos de vista : em primeiro logar, como seu nome já indica, se apresenta sómente nos individuos velhos, de idade de 60 annos para cima, circumstancia esta que já era bastante para o diagnostico, visto como a sclerose multilocular nunca foi observada nesta idade. Em segundo logar, o tremor senil é quasi permanente, se manifestando a principio na cabeça, se estendendo aos labios, ao mento, a lingua e aos membros.

O tremor mercurial se observa nos que trabalham no mercurio ou em alguns dos seus preparados. Estes individuos são geralmente pallidos, sem appetite, cançam facilmente.

O tremor começa pelos membros superiores invadindo mais tarde os inferiores, e se o doente abandona seu emprego por algum tempo este tremor desapparece, para reapparecer logo que o doente volte a exercel·o. Não se observa isso na sclerose em placas, que o tremor só desapparece com o progresso da molestia. Apezar da par-

ticularidade que possue de se exagerar nos movimentos voluntarios, no tremor mercurial as oscillações são muito limitadas, curtas e se approximam muito das do tremor da paralysia agitante.

O tremor saturnino acommette os individuos, sem distincção de idade nem de sexo, que trabalham no chumbo ou em alguns de seus preparados. O tremor é tambem caracterisado por oscillações limitadas e curtas, como no mercurial, além de que os doentes são acommettidos de colicas, tem as gengivas revestidas de uma orla escura, tem paralysia dos musculos estensores, se não bastasse a sua profissão, para que o clinico com nimia facilidade estabelecesse o diagnostico.

Diagnostico com a paralysia geral

A paralysia geral é, das affecções que temos tratado, a que mais laços de parentesco tem com a sclerose em placas. Ambas lesão o eixo cerebro espinhal anatomica e funccionalmente; em ambas a alteração pathologica começa pelos elementos da nevroglia. Apezar destas estreitas relações, apparente identidade, são duas affecções perfeitamente distinctas, como passamos a demonstrar.

A paralysia geral é uma molestia da idade adulta, commummente observada dos 35 aos 40 annos, sendo mais frequente no homem do que na mulher.

A sclerose multilocular se observa mais vezes dos 20 a 25 annos, e é o sexo feminino que paga o maior tributo.

A herança representa um importante papel na etiologia da paralysia geral, emquanto que na sclerose em placas só existe um caso de Duchenne (de Boulogne) em que a herança pareceu influir. Si bem que, em ambas as causas de ordem moral representem um importante papel, a sclerose em placas se origina mais vezes da acção prolongada do frio humido, de que a paralysia geral, não nos consta, ter originado; em compensação tem sido produzida pelos excessos venerios e alcoolicos, que não entram na etiologia da sclerose multilocular.

Quando tratamos da anatomia pathologica, dissemos que, as placas de sclerose eram raramente encontradas na substancia cortical do encephalo, nas circumvoluções, si bem que ellas, se assestando primitivamente na substancia branca, invadissem, algumas vezes, mais ou menos a substancia; que as meningeas não soffriam alteração, salvo em certos pontos da medulla onde a pia-mater punha-se em relação com as placas de sclerose. Ao passo que na paralysia geral as meningeas achamse inflammadas, espessadas e contrahindo adherencias com a substancia cortical do cerebro, profundamente alterada. A lesão das meningeas e da camada peripherica do cerebro representam aqui um papel tão importante e constante que esta molestia é tambem conhecida pelas denominações de meningo-encephalite diffusa, peri-encephalite chronica diffusa.

A' esta differença de séde anatomica corresponde, como é facil prever, um cortejo symptomatico diverso. Quando tratamos da symptomatologia puzemos em duvidas a existencia da fórma cerebral genuina na sclerose em placas, e descrevendo os symptomas na ordem natural de sua successão, collocamos a perversão das faculdades intellectuaes em uma phase muito avançada da molestia, no começo do terceiro periodo, já quando o doente, tendo percorrido quasi todo o quadro symptomatico da affecção, se acha retido em seu leito.

Na paralysia geral, ao contrario, são as perturbações psychicas que marcam o começo da affecção; e se a paralysia geral é ás vezes de difficil diagnostico em seu periodo inicial, não é sem duvida porque ella se confunda com a sclerose em placas, porém com ás affecções que igualmente trazem perversão das faculdades intellectuaes. E quando neste periodo a paralysia geral se manifesta com perturbação motora nos membros inferiores, ainda não é com sclerose multilocular que se confundirá, porém, com a ataxia locomotora.

Porém pondo mesmo de parte as perturbações psychicas, encontramos na paralysia geral muitos caractéres distinctivos e que nos levam a estabelecer o diagnostico com a sclerose em placas de uma maneira precisa.

As perturbações physicas mais importantes, que se nota na paralysia geral, são as nevralgias generalisadas, cujo caracter importante é sua mutabilidade, atacando tres ou quatro regiões; a perda ou diminuição do senso olfatico; a desigualdade das pupillas, symptoma muito commum e geralmente precoce; a existencia da febre no começo do primeiro periodo e que dura as vezes até o fim do terceiro, independente de hemorrhagias meningianas e de ataques epileptiformes. A temperatura que raramente chega a 39,º oscilla entre 37º,8 e 38º,6, tem sua maior elevação a tarde.

Já por este conjuncto de symptomas o clinico poderia eliminar do diagnostico a sclerose em placas; porém o tremor da palavra, da lingua, dos labios e dos membros poderiam lhe suscitar alguma duvida antes de tomar tal deliberação.

Analysemos pois este tremor.

As oscillações do tremor no paralytico geral são pouco estensas e se approximam mais das do tremor alcoolico e mercurial do que das da sclerose em placas.

O paralytico geral tem inhabilidade manual de ordem ataxica e não paralytica; o doente não póde alimentar-se, é preciso que o alimente. A força é conservada, porém o esforço para sorprehender os objectos não está em proporção com o fim a attingir.

Quando um paralytico geral comprimenta alguem, aperta-lhe convulsivamente as mãos, porém não póde prolongar por muito tempo essa contracção muscular, relaxa para de novo apertar.

O tremor da sclerose em placas se manifesta em uma phase adiantada da paresia, a força do doente se acha muito diminuida, porém ainda elle consegue se alimentar, se vestir, etc.

O tremor da face é fibrillar, muitas vezes passa despercebido quando não se examina attentamente, outras vezes elle é bem manifesto; é um bom elemento para o diagnostico porque não é notado na sclerose em placas. O mesmo não acontece com o tremor da lingua e dos labios que é commum a ambas.

A perturbação da palavra, de que é affectado o paralytico geral, é quasi a mesma que se nota na sclerose em placas: a palavra é lenta, tremula, os doentes fazem numerosas pausas entre cada palavra e algumas vezes entre cada syllaba; na maioria dos casos o paralytico não tem consciencia d'estas perturbações, irrita si se lhe faz notar. O timbre da voz n'elle é muitas vezes modificado em consequencia da] paralysia de uma das cordas vocaes. Suas urinas tem os caractéres das dos febricitantes. As perturbações da sensibilidade são encontradas mais vezes no paralytico geral do que na sclerose em placas.

Nas ultimas phases estas duas molestias se assemelham por tal fórma, que as vezes é difficil, se não impossivel mesmo, estabelecer o seu diagnostico. Este poderá, comtudo, ser feito quando o clinico fôr esclarecido pelos dados fornecidos pelo doente ou melhor pelos seus assistentes, sobre o modo evolutivo da affecção, sem o que é impossivel a distincção, porquanto apresentam ambas o mesmo cortejo symptomatico. Esta identidade symptomatica é perfeitamente explicavel, tendo em consideração a marcha evolutiva d'estas entidades morbidas. A sclerose em placas marcha quasi sempre debaixo para cima, isto é, da medulla para o cerebro, atacando primitivamente a substancia branca se extendendo mais tarde a substancia cinzenta, ao passo que a paralysia geral, marchando em sentido inverso compromette em primeiro logar a substancia cinzenta.

Tratamento

provided the control of the control

Todos os autores, quando chegam ao tratamento d'esta molestia, proclamam a inefficacia da therapeutica até então empregada. Uns, como Leyden, aconselham uma medicação fortemente excitante como sendo a unica indicada e bem supportada pelos doentes. Leyden não deposita a menor confiança nos medicamentos internos, a não ser os tonicos; a medicação externa que elle aconselha são a electricidade, os banhos salinos, de acido carbonico, de mar e ferruginosos. Outros porém, estes em maior numero, associam a medicação externa à interna. Quanto aos medicamentos externos, parece haver accordo entre todos, aconselham com grande proveito os vesicatorios, as cauterisações pontuadas e banhos sulphurosos. Em ambos os nossos doentes estes meios foram applicados: e as cauterisações pontuadas posto que sejam muito dolorosas, foram as que trouxeram ou concorreram poderosamente para as melhoras que obtiveram os nossos doentes, sobretudo Manoel Joaquim que chegou até obter alta.

Quanto a medicação interna, afóra os tonicos, ha grande divergencia entre os clinicos; Charcot por exemplo diz que o chlorureto de ouro e phosphureto de zinco parecem ter antes exasperado os symptomas. No entanto o Sr. conselheiro Dr. Torres Homem empregou o phosphureto de zinco em ambos os nossos doentes sem que os symptomas se exasperassem. A strychnina é aconselhada geralmente e tem por fim modificar o tremor, chegando mesmo a fazel-o cessar temporariamente; os nossos doentes apresentaram sensiveis melhoras sob a influencia d'este agente therapeutico. Piorry associou a strychnina ao emprego da electricidade e obteve melhora transitoria;

alcançou tambem alguns resultados vantajosos com o nitrato de prata; Charcot gaba sua acção benefica, mas temporaria, no tremor e na paresia dos membros. Porém dá como contra-indicação formal a existencia de contractura permanente e sobretudo de epilepsia espinhal onde o seu emprego exasperaria os symptomas. As injecções hypodermicas de atropina tem muitas vezes tido felizes effeitos, diminuindo a intensidade e a frequencia das contracções tonicas.

A electricidade pareceu, nas mãos de Hamond, muito efficaz diminuindo as contracções e a rigidez espasmodica. A hydrotherapia tem produzido melhoras passageiras, assim como a faradisação. O centeio espigado e o bromureto de potassio tem sido empregado sem proveito.

O arsenico, a quina, o ferro e os vinhos pouco alcoolisados deverão ser empregados como os principaes tonicos.

O iodureto de potassio, muito preconisado pelo illustrado professor de clinica Sr. Conselheiro Dr. Torres Homem, deverá sempre ser dado na dose de uma gramma e mais por dia.

E' muito difficil discriminar, durante o tratamento de uma molestia, em que se emprega simultaneamente uma série de agentes therapeuticos, a acção especial que cada um exerce. De sorte que nos achamos na impossibilidade de dizer qual das substancias empregadas produzio melhor resultado em nossos doentes. Porém esta discriminação nos parece affectar mais ao therapeuta do que ao clinico que a cabeceira do seu doente não vê molestia porém doente, e que uma medicação muito apropriada e indicada para um é prejudicial e contra indicada para outro. O que é verdade, é que o phosphureto de zinco a nox-vomica e o iodureto de potassio internamente, e os vesicatorios, as cauterisações pontuadas e os banhos sulphurosos externamente manobrados em mão de mestre, como soe succeder nas do professor de clinica tem dado magnificos resultados. Infelizmente até hoje os esforços dos clinicos tem sido infructiferos para debellar esta molestia.

Primeira Observação

Sclerose em Placas Diffusa cerebro-espinhal

Manoel Joaquim Alves, branco, brasileiro, idade de 45 annos, solteiro, trabalhador, entrou no dia 26 de março de 1881, para o hospital da Misericordia e foi occupar o leito n. 9 da enfermaria de Santa Izabel.

O doente refere que durante o recrutamento para a guerra com o Paraguay, receiando ser preso, se internara pelas mattas da provincia do Rio de Janeiro e ahi permanecera cerca de 3 annos e 3 mezes. Soffrendo toda a especie de necessidade, sujeito as intemperies do tempo e se alimentando do que a naturesa lhe outorgava. Voltando para o seu domicilio, depois d'este viver miseravel, Manoel Joaquim se entregou com algum enthusiasmo as bebidas alcoolicas.

Diz que soffrera no começo de sua molestia de tonteiras, dôres de cabeça na qual sentia uma sensação de calor incommoda: notara um enfraquecimento da vista assim como tambem um enfraquecimento nos membros a principio nos superiores, mais tarde nos inferiores: accusa ter tido dores de cadeiras, sobrevindo-lhe em seguida dormencia nas pernas, se apresentando em primeiro na esquerda e depois na direita. O phenomeno que lhe attrahiu mais a attenção foi um tremor que manifestou-se em seu braço esquerdo, quando executava com elle movimentos: este tremor foi se generalisando de sorte que tempos depois tinha-se propagado ao braço direito, mais tarde se manifestando nos membros inferiores. De concomitancia com este tremor apparecera-lhe um embaraço na palavra, de que tinha consciencia. Não apresentou no decurso de sua molestia perturbação alguma na misção nem na defecação.

Estado actual.—A molestia acha-se bastante adiantada e apresenta os seguintes symptomas: em repouso completo, um olhar vago, incerto exprimindo indifferença, as palpebras descidas quasi que occultando os globulos oculares, a cabeça inclinada para diante; não apresenta tremor nos olhos assim como nos seus membros. Logo, porém, que se lhe faz executar movimentos e fallar, phenomenos importantes se observam: a palavra muito tremula, pouco intelligivel, porém, exprimindo exactamente seus pensamentos, suas faculdades intellectuaes estão conservadas; tem pervertidas as sensibilidades thermica e tactil, sente constantemente calor pelo que dorme descoberto; sente comichões, picadas e dormencia.

Dissemos que os membros em repouso completo não apresentavão tremor, basta para fazel-o apparecer, mandar o doente executar movimentos, como o de levar um copo d'agua a bocca, experiencia que foi muitas vezes repetida na clinica, eis o que observamos: desde que elle pegava no copo o seu braço começava a tremer e as oscillações se tornavam mais patentes a medida que o copo se approximava da bocca e ia ferir os labios. Pela experiencia que se procedeu nos dous membros superiores, notou-se que o tremor existia em ambos, sendo mais pronunciado no esquerdo.

Mandando o doente andar, notamos que a marcha é lenta, titubiante perdendo facilmente o equilibrio; os membros superiores e inferiores tremiam, produzindo um abalo no doente, que se queixava de grande fraqueza nas pernas. O exame, feito pelo Sr. Dr. Pires Ferreira no globo ocular, denunciou alteração das papillas.

Os orgãos respiratorios funccionam regularmente e nos circulatorios ha apenas atheromasia da aorta.

O doente foi sujeito a uma medicação tão variada quanto util, de sorte que, foi apresentando melhoras tão sensiveis que o animaram a pedir sua alta, que lhe foi concedida a 29 de Julho, abandonando o hospital a 9 de Agosto de 1881.

Usou logo que entrou de banhos sulphurosos, e internamente de iodureto de potassio que era alternado com pilulas de phosphureto de zinco e extracto de nox-vomica.

Em Abril o doente apresentou-se com accessos intermittentes um pouco rebeldes ao sulphato de quinina, porém que cederam a umas pilulas em que se achavam habilmente associados o sulfato e valerianato de quinina e o acido arsenioso. Depois de tonificado pela agua ingleza voltou o doente a tomar, sob a mesma poção, iodureto de potassio e tinctura de nox-vomica, cuja dóse foi progressivamente augmentada.

Externamente empregou-se com grande proveito as cauterisações pontuadas, e sob o uso desta medicação esteve o doente até obter sua alta.

Segunda Observação

SCLEROSE EM PLACAS DIFFUSAS CEREBRO-ESPINHAL

Luiz Caetano, bem constituido, de temperamento nervoso, 50 annos de idade, casado, natural de Lisboa, trabalhador em vidros, residia na Praia do Sacco do Alferes n. 43, entrou no dia 16 de Maio de 1882 para o hospital da Misericordia e foi occupar o leito n. 17 da 4ª enfermaria de Medicina, ao cargo do Sr. conselheiro Dr. Torres Homem.

O doente refere que quando rapaz empregara-se em uma companhia equestre onde exercera a profissão de palhaço; porém mais tarde se empregou em uma fabrica de vidros; vindo para o Brasil continuou em fabrica do mesmo genero, com o mesmo emprego, isto é, trabalhando de forno. Estaya, pois exposto a resfriamentos constantes e bruscos durante o longo praso de 3o annos que exercera tal profissão. Diz Caetano que tem passado em sua vida por diversas vicissitudes, soffrido desgostos e revezes de fortuna; seja por isso, seja pela rudeza de seu emprego, Caetano se entregara immoderadamente ao uso das bebidas alcoolicas. O doente não poude precisar bem a época em que os primeiros phenomenos se apresentaram e faz datar sua molestia de 3 mezes pouco mais ou menos, época em que desistio do seu emprego pela impossibilidade de trabalhar. Notara a principio um enfra quecimento da vista; era frequentes vezes acommettido de vertigens, ataque, no dizer de Caetano, que elle descrevia bem dizendo que sua vista se obscurecia, os objectos pareciam-lhe voltar em torno de si e um enfraquecimento geral o punham em terra quando não se apoiava em algum movel ou não se assentava logo: não ha duvida, pois, de que Caetano era acommettido de vertigens gyratoria.

Ao enfraquecimento da vista seguiu-se a dos membros superiores, este enfraquecimento progredio e logo Caetano não poude mais exercer o cargo que occupava.

Durante o tempo que esteve desempregado notou que sua molestia progredia e apparecera-lhe um tremor nos membros superiores quando executava movimentos.

Em virtude do estado progressivo de sua molestia e da indigencia em que vivia, resolvera procurar n'este hospital o allivio de seus soffrimentos.

ESTADO ACTUAL.—Caetano se apresentava pallido, depauperado, sensibilidades tactil e thermica normaes, intelligencia clara; não
tem ataxia, a marcha é normal ainda mesmo com os olhos vendados;
os membros inferiores executão facilmente todos os movimentos, não
estão atrophiados e não apresentam tremor; os membros superiores
não estão atrophiados, porém estão pareticos e apresentam um phenomeno importante a consignar, que vem a ser o tremor. Durante o
repouso não existe tremor basta, para fazel-o apparecer, mandar o
doente levar a mão á bocca; elle o faz com certa difficuldade, é verdade, em consequencia da paresia, indo directamente ao ponto
indicado sem desviar-se e nota-se então que as oscillações do tremor

augmentam de frequencia e em amplitude, tornando-o mais patente, a medida que a mão do doente se approxima da bocca. Foi justamente o que observamos diversas vezes dando-lhe um copo com agua e mandando leval-o a bocca. A lingua se apresentava tremula e a palavra algum tanto embaraçada. Apezar do doente ter dito que soffrera perturbação para o lado da visão, actualmente não se nota nystagmus nem amblyopia e nem diplopia. Em virtude do seu estado cacochymo foi-lhe receitado o seguinte tonico:

Para tomar ás colheres de hora em hora.

Até o dia 19 fez elle uso d'essa medicação que foi substituida pela seguinte:

Phosphureto de zinco. . . . 10 centigrams.

Extracto de nox-vomica 2 grams.

F. S. A. 50 pilulas: dose 3 por dia.

Item:

Infusão de lupulo e genciana. . 120 grams.

Iodureto de potassio. . . . 50 centigrams.

Xarope de cascas de laranjas . 30 grams.

F. S. A.—: para tomar em 3 doses nos intervallos.

Com esta medicação o doente vae apresentando melhoras sensiveis.

No dia 21 teve logar o exame do globo occular pelo Sr. Dr. Hilario de Gouvêa, « O resultado do exame procedido na clinica ophtalmologia é o seguinte: Catarata incipiente, papillas pallidas, de nivel normal; as arterias centraes acham-se muito reduzidas no calibre, as veias turgidas e sinuosas. O estado das veias póde ser indicativo de um começo de augmento de pressão intra-craneana datando de poucos dias; não foi possível tomar o campo visual em consequencia do estado desordenado do doente. Rio, 21 de Maio de 1882.—Dr. Hilario de Gouvêa,»

No dia 22 a tarde o doente teve delirio manso, sómente de palavra, teve elevação de temperatura que oscillou entre 38º e 39º e alguns decimos; ficou completamente paralytico dos quatro membros. No dia 23 além d'esses symptomas o doente tinha retenção de urinas que reclamou o catheterismo. Esta complicação foi capitulada pelo illustrado professor de clinica de myelite ascendente e de accordo com este diagnostico estatuio a therapeutica seguinte:

F. S. A,—: para tomar as colheres de sopa de 2 em 2 horas. Externamente: Um vesicatorio de Abespeyres de 6 centimetros de largo sobre todo o rachis.

Os phenomenos foram se dissipando, a paralysia dos membros inferiores sobretudo, não tardou a desapparecer; e este estado agudo produzio um benefico resultado ao doente porquanto, combatido elle, pareceu pelas melhoras que sobrevieram que o doente ficaria restabelecido. Infelizmente tal não succedeu e as melhoras que nos membros inferiores, se traduziram pela cura, reentregando á esses membros seus movimentos normaes, nos superiores deficientes para darem a cura completa, comtudo conseguiram transformal-os de paralyticos em pareticos.

No dia 26 o doente executava com os membros inferiores todos os movimentos sem difficuldade, ao passo que a muito custo mexia com os superiores que se achavam estendidos ao longo do thorax, com as mãos frouxamente fechadas e em ligeira flexão sobre o antibraço. O estado agudo tinha se dissipado e o doente voltou a tomar a poção tonica do dia 17, da qual fez uso até o dia 5 de Junho, dia em que foi substituida pela do dia 19 de Maio. Mandou-se fazer externamente ao longo da columna vertebral, cauterisações pontuadas com o thermo cauterio de Paquelin. O illustrado assistente de clinica o Sr. Dr. Martins Costa ficou encarregado de praticar esta operação (o que sempre fez com habilidade e pericia).

No dia 16 Caetano se achava em seu leito, como sempre, no decubito dorsal, suas faculdades intellectuaes intactas, com as sensibilidades tactil e thermica normaes; os membros inferiores executam todos os movimentos, o doente anda perfeitamente bem, não tem ataxia; se alguma cousa de anormal existe nos membros inferiores se refere sómente ao gráo da força, ha um enfraquecimento pouco pronunciado. A lingua se apresenta com seu aspecto normal, conserva ainda tremula; a palavra embaraçada.

Para o lado dos olhos, a não ser uma fraqueza da vista e uma ligeira conjunctivite catarrhal, nada de anormal se nota; o doente defeca e urina com regularidade normal; tem appetite e alimenta-se bem. Parece que seu mal se concentrou nos membros superiores cuja paralysia é bem pronunciada a ponto de impossibilitar-lhe levar a mão a bocca, á muito custo consegue, arrastando-a pela face anterior do thorax, dobrar o anti-braço sobre o braço; o tremor não póde mais ser provocado. Ao repouso no leito, os membros superiores se acham estendidos ao longo do thorax, as mãos em ligeira flexão sobre o anti-braço e frouxamente fechadas sem comtudo o doente poder abril-as. No dia 17 fez-se as ignipuncturas com o apparelho de Paquelin ao longo do rachis: o doente, tendo tomado o decubito abdominal, para soffrer esta operação, não poude por si tomar o decubito dorsal.

No dia 21 começou a tomar banhos sulphurosos (100 grams. de sulphureto de potassio para um banho); a paresia dos membros superiores vai cedendo lentamente. No dia 22 tomou o 2º banho, o doente vai e volta só, sem appoio, ao banheiro; a paresia está bem diminuida, o doente consegue levar a mão a bocca; a flexão dos dedos não é muito pronunciada e o doente póde estender o pollegar e o index da mão direita. Nos dias 23, 26 e 27 o doente tomou banhos sulphurosos; n'este ultimo dia fez-se as ignipuncturas; o estado geral do doente vai se aggravando pouco a pouco, cada vez mais cachetico, o doente não passeia, vive collado ao leito sobre o decubito dorsal durante dia e noite.

No dia 1º de julho manifestou-se o escorbuto, con sequencia da

miseria organica; de concomitancia com elle o doente apresentou uma escoriação na lingua pelo attricto sobre uma raiz de dente, esta escoriação se transformou em uma glossite que exigio uma medicação especial: como primeira indicação foi a avulsão da raiz do dente: para atacar directamente a lesão fora-lhe prescripto o seguinte collutorio:

Contra o escorbuto foi-lhe receitado: talhadas de limão para esfregar sobre as gengivas tres vezes ao dia. Internamente o xarope antiescorbutico de Portal. Os phenomenos da glossite foram-se dissipando e no dia 13 tinham completamente desapparecido, só restava complicando a sclerose em placas o escorbuto, que por sua vez ia cedendo, apezar de seu máo estado geral. N'esse dia se praticou as ignipuncturas. A molestia progride, a paresia dos membros superiores que ia se dissipando se pronuncia de dia em dia os membros inferiores cada vez mais fracos. No dia 20 de julho dois phenomenos graves se manifestaram, ambos ligados a perturbação vaso-motora, me refiro ao edema dos membros superiores e a escara do sacro. O doente tem um olhar estupido, indeferente a tudo que o cerca e no entanto conserva intacta a intelligencia, a audição e a vista sómente enfraquecida. No dia 24 nota-se que os phenomenos se accentuam cada vez mais, sobretudo a paresia, a ponto no dia 3 de agosto o infeliz não poder executar mais movimento algum com o membro superior esquerdo, com o direito ainda consegue mexer. Ao lado d'estes phenomenos graves que o doente apresentava, o que de dia em dia tornavam mais intensos, veio se reunir um accidente que se repetia todas as vezes que o doente bebia agua. Este accidente, verdadeiro paroxismo da morte, era caracterisado por uma dyspnéa atroz e retardo das pulsações cardiacas; o infeliz não perdia os sentidos durante estes

accessos, de sorte que sabia que taes phenomenos lhe appareceriam todas as vezes que bebesse e apezar d'isso bebia, pois que, a sêde, necessidade organica, lhe obrigava. Foi em uma d'estas angustias, no dia 10 de agosto de 1882, que o doente deixou de existir.

O cadaver foi reclamado e a autopsia não poude infelizmente ser praticada.

the state of the s

Proposições

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

Ponto 7. Das quinas

Cadeira de pharmacia

1

Pelo nome de quinas devemos entender as cascas provenientes das diversas especies de cinchona, da familia das Rubiaceas, da America do Sul.

II

Distingue-se tres especies principaes de cascas segundo sua côr e sua riqueza em alcaloide: amarella, vermelha e cinzenta.

III

A mesma arvore póde fornecer as tres variedades de quina : a quina amarella é a casca dos galhos medios, a vermelha dos grossos e a cinzenta dos finos, da qual não se destacou a epiderma.

IV

Casca amarella, quina calisaya ou real, contêm 2 a 3 por cento de quinina e até 0,4 por cento de cinchonina; a vermelha 1 por cento de quinina, até 0,4 por cento de cinchonina; a cinzenta 0,8 por cento de quinina até 1 a 2 por cento de cinchonina.

G

V

Para se obter os alcaloides da quina, pulverisa-se a casca, trata-se este pó pelo acido chlorhydrico muito deluido, filtra-se, precipita-se pela soda, e extrahe-se os alcaloides do precipitado por meio do alcool fervendo.

VI

Os elementos principaes desta casca são os seguintes: quinina, cinchonina, quinidina, cinchonidina, cinchonicina, chinovina, acido quinovinico, acido quinico e acido quinotanico.

VII

Si se elevar gradualmente a temperatura, a quinina tumefaz-se e arde com uma chamma fuliginosa.

VIII

Os acidos sulphurico e azotico dissolvem a frio a quinina sem a colorir.

IX

Se em uma solução alcoolica de quinina, ou em uma solução aquosa do sulfato desta base lançar-se uma quantidade sufficiente de agua de chloro e se depois de juntar-se um pouco de amonea, a solução toma uma bella côr verde esmeralda.

X

Se se dissolver certa porção de sulfato de quinina em uma pequena quantidade d'agua, se se juntar gradativamente uma porção d'agua chlorada, e se se lançar sobre o liquido ferrocyanureto de potassio pulverisado, vê-se desenvolver uma côr rosea, que passa logo ao vermelho carregado.

XI

As soluções dos saes de quinina apresentam uma côr de opala caracteristica, que só se observa no kerosene ou paraty, liquidos estes facilmente reconheciveis pelo cheiro e pelo gosto.

XII

As soluções aquosas da quinina são precipitadas pelo tanino, pelo iodureto de potassio iodado, pelo iodureto duplo de potassio e mercurio, etc.

the management might

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

Ponto 3.—Diagnostico differencial dos tumores do seio

Cadeira de clinica cirurgica

I

Encontra-se no seio toda a pathologia dos tumores.

II

E' impossivel ao clinico actualmente reconhecer em todos a sua verdadeira natureza, antes da intervenção cirurgica.

Ш

A classificação dos tumores em benignos e malignos é a que actualmente mais satisfaz ao clinico.

IV

O gráo de benignidade dos tumores varia com a sua evolução e com o tempo de estada no organismo.

V

D'onde a possibilidade d'um mesmo tumor se apresentar, em gráo diverso de sua evolução, os caractéres de benignidade: são os intermediarios.

VI.

Considera-se como geralmente benignos os tumores que anatomicamente são « claramente limitados por uma capsula fibrosa que os isola do resto da glandula e dos tecidos ambientes ».

VII

O fibroma é o typo dos tumores benignos assim como o carcinoma dos malignos: intermediario a ambos está o epithelioma intercanalicular.

VIII

O processo morbido póde-se assestar primitivamente ou no tecido glandular ou no circumvizinho: d'onde a divisão em tumores glandulares e extra-glandulares.

IX

O corrimento de serosidade pelo mamelão é um signal certo de que o processo morbido se passa no tecido glandular, que invadio mais ou menos os conductos escretores e que estes ultimos se acham permeaveis até o mamelão.

X

O tumor que se desenvolver em um individuo de idade avançada, comprometter os ganglios axillares e contrahir adherencias com a pelle dando-lhe o aspecto de casca de laranja suja e rugosa é um carcinoma.

XI

Todo o tumor liquido é benigno.

XII

O tumor de evolução muito lenta, pequeno, duro, de superficie irregular, indolente, facil de isolar-se das partes vizinhas, escorregando e rolando sob os dedos, ligado a glandula por um pediculo mais ou menos delgado é um fibroma.

XIII

Todo o tumor de evolução mais ou menos rapida, duro em certos pontos, molle e fluctuante em outros, não contrahindo adherencias com a pelle nem repercutindo nos ganglios axillares é geralmente um cysto-sarcoma.

XIV

O tumor que se apresentar ulcerado em um individuo cujo estado geral fôr satisfactorio, sem adenite axillar e se os bordos ulcerados da pelle não contrahir adherencia com o neoplasma, é um tumor benigno.

XV

Todo o tumor de evolução lenta e progressiva, muito pesado, constituido por differentes bosseluras pequenas e claramente arredondadas, duras e compactas, e apresentando ou tendo apresentado um corrimento sanguinolento intermittente é um epithelioma intercanalicular.

XVI

O tumor que em sua evolução, acompanhada de dôr, fizer desapparecer o mamelão, deixando em seu logar uma série de depressões e de tuberculos irregulares e cujo reapparecimento, por manobras apropriadas, torna-se impossível é um carcinoma.

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

Ponto 4.-Tetano

Cadeira de pathologia medica

I

O tetano é agudo ou chronico, espontaneo ou traumatico.

II

As principaes causas do tetano são: o traumatismo e ofrio.

III

A manifestação do tetano traumatico está ligada mais a natureza e séde do traumatismo do que a gravidade da lesão.

IV

O tetano é caracterisado por contracções paroxysticas dos musculos voluntarios.

v

O tetano espontaneo é menos grave do que o traumatico, o chronico menos do que o agudo.

VI

O trismus é um dos primeiros phenomenos do tetano.

VII

As principaes fórmas do tetano são: opisthotonos, emprosthotonos e pleurosthotonos.

VIII.

A intelligencia intacta; a temperatura attinge a 41°, a 42° durante os paroxysmos.

IX

As lesões materiaes até então observadas não autorisam ainda a retirada do tetano do quadro das nevroses.

X

O traumatismo, quando existir, deverá ser encarada com circumspecção.

XI

E' de prognostico grave a relaxação subita dos masseterinos.

XII

A morte sobrevém quasi sempre por asphyxia.

XIII

A medicação antispasmodica é a que melhor resultado tem dado.

XIV

O curare é o seu antidoto physiologico: é ainda um meio a tentar.

AIPPOCRATIS APHORISMI

I

Somnus, vigilia utraque si modum excesserinit morbus (Sect. VII Aphor L XXIII.)

II

Lassitudines sponte aborte morbus denunciat (Sect. II Aphor. V.)

III

Cum inedia premit, laborare minime convenit (Sect II Aphor. XVI.)

IV

Atrabile abundantes largius per inferiora, simili ratione adhibita contraria purgandia via. (Sect. IV. Aphor. IX.)

V

Ex morbo diurno alvi deductio mala est. (Sect VII. Aphor. LXXXV.I)

VI

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. (Sect. VII Aphor, I

Esta these está conforme os estatutos.

Rio de Janeiro, 5 de Outubro de 1882

DR. CAETANO DE ALMEIDA.

DR. FERREIRA DOS SANTOS.

DR. BENICIO DE ABREU.