

# DISSERTAÇÃO

PRIMEIRO PONTO

SCIENCIAS MEDICAS. ⇒ EPILEPSIA



## PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO. — Sciencias accessorias. — DO INFANTICIDIO

TERCEIRO PONTO. — Sciencias chirurgicas. — OPERAÇÕES  
RECLAMADAS PELOS CALCULOS VESICAES

QUARTO PONTO. — Sciencias medicas. — DO JABORANDI; SUA  
ACÇÃO PHYSIOLOGICA E THERAPEUTICA



# THESE

APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 27 DE AGOSTO DE 1877

PARA SER SUSTENTADA

POR

*Necesio José Tavares*

NATURAL DE MINAS GERAES

Afim de obter o gráo de Doutor em Medicina.



RIO DE JANEIRO

Typographia do «DIREITO,» rua Nova do Guvidor n. 22

1877

# FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

## DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

## VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO BARÃO DE THERESOPOLIS.

## SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

## LENTES CATHEDRATICOS

Os Srs. Drs.

**PRIMEIRO ANNO**

F. J. do C. e Mello Castro Mascarenhas... 1.<sup>a</sup> Cadeira.—Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.

Manoel Maria de Moraes e Valle..... 2.<sup>a</sup> Cadeira.—Chimica e mineralogia.

Luiz Pientznauer..... 3.<sup>a</sup> Cadeira.—Anatomia descriptiva.

**SEGUNDO ANNO**

Joaquim Monteiro Caminhoá..... 1.<sup>a</sup> Cadeira.—Botanica e zoologia.

Domingos José Freire Junior..... 2.<sup>a</sup> Cadeira.—Chimica organica.

José Joaquim da Silva..... 3.<sup>a</sup> Cadeira.—Physiologia.

Luiz Pientznauer..... 4.<sup>a</sup> Cadeira.—Anatomia descriptiva.

**TERCEIRO ANNO**

José Joaquim da Silva..... 1.<sup>a</sup> Cadeira.—Physiologia.

Conselheiro Barão de Maceió..... 2.<sup>a</sup> Cadeira.—Anatomia geral e pathologica.

Francisco de Menezes Dias da Cruz..... 3.<sup>a</sup> Cadeira.—Pathologia geral.

Vicente Candido Figueira de Saboya..... 4.<sup>a</sup> Cadeira.—Clinica externa.

**QUARTO ANNO**

Antonio Ferreira Franca..... 1.<sup>a</sup> Cadeira.—Pathologia externa.

João Damasceno Peçanha da Silva..... 2.<sup>a</sup> Cadeira.—Pathologia interna.

Luiz da Cunha Feijó Junior..... 3.<sup>a</sup> Cadeira.—Partos, molestias das mulheres peçadas e paridas e dos recém-nascidos

Vicente Candido Figueira de Saboya..... 4.<sup>a</sup> Cadeira.—Clinica externa.

**QUINTO ANNO**

João Damasceno Peçanha da Silva..... 1.<sup>a</sup> Cadeira.—Pathologia interna.

Francisco Praxedes de Andrade Pertence. 2.<sup>a</sup> Cadeira.—Anatomia topographica, medicina operatoria e apparatus.

Albino Rodrigues de Alvarenga..... 3.<sup>a</sup> Cadeira.—Materia medica e therapeutica.

João Vicente Torres Homem..... 4.<sup>a</sup> Cadeira.—Clinica interna.

**SEXTO ANNO**

Antonio Corrêa de Souza Costa..... 1.<sup>a</sup> Cadeira.—Hygiene e historia da medicina.

Agostinho José de Souza Lima..... 2.<sup>a</sup> Cadeira.—Medicina legal.

Ezequiel Corrêa dos Santos..... 3.<sup>a</sup> Cadeira.—Pharmacia.

João Vicente Torres Homem..... 4.<sup>a</sup> Cadeira.—Clinica interna.

## LENTES SUBSTITUTOS

Benjamim Franklin Ramiz Galvão.....	} Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro.....	
João Martins Teixeira.....	
Augusto Ferreira dos Santos.....	
Claudio Velho da Motta Maia.....	} Secção de sciencias chirurgicas.
José Pereira Guimarães.....	
Pedro Affonso Franco.....	
Antonio Caetano de Almeida.....	} Secção de sciencias medicas.
João José da Silva.....	
João Baptista Kossuth Vinelli.....	

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

DISSERTAÇÃO



PRIMEIRO PONTO

SCIENCIAS MEDICAS

EPILEPSIA

PRIMEIRO PONTO  
SCIENCIAS MEDICAS  
CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA

---

DISSERTAÇÃO

EPILEPSIA

I.

Noticia historica.

Conhecida sob o nome de—molestia sagrada—desde a mais remota antiguidade, a epilepsia, talvez pelo aspecto espantoso de que se reveste, pela sua grande frequencia e pela sua quasi desesperada pertinacia, mereceu a attenção dos mais antigos observadores.

Sem ver n'ella nada de sagrado, Hippocrates consagrou-lhe o seu livro de—*morbo sacro*— e alguns aphorismos, e provavelmente conservou-lhe essa denominação por ser a mais conhecida de seus contemporaneos.

D'ella se occuparão Celso, Areteo, Galeno, Cœlius Aurelianos, sem comtudo aperfeiçoarem as idéas já emittidas pelo pai da medicina.

Alexandre de Tralles, Rhazés e Avicenna nada ou quasi nada augmentarão aos conhecimentos já adquiridos.

Mercurialis e Sennert nada apresentarão de novo; reunio, todavia, este ultimo em um só livro tudo que já se tinha dito anteriormente sobre a molestia da qual nos occupamos.

Erros e abusões, enraizados desde os tempos passados, tornarão ainda mais difficil e confuso o seu estudo; Vésale, Lancisi e Willis, porém, estudando com mais attenção sua anatomia patho-

logica, não só se esforçarão por desarraigá-los, como concorrerão para fazer desaparecer as crenças existentes sobre os humores e vapores. E' que a philosophia já vinha produzindo immensas transformações e já annunciava á humanidade uma nova era.

Mais tarde Boerhaave e Van Swieten fallarão com mais criterio sobre a epilepsia.

E' com toda a justiça que a monographia de Tissot sobre esta molestia é mencionada como um dos melhores escriptos que appareceu na ultima metade do seculo passado.

Maisonneuve, Georget, Esquirol, Bouchet, Casauvieilh, Calmeil, Portal e muitos outros apresentarão excellentes trabalhos sobre a molestia sagrada; é, porém, nestes ultimos annos que ella tem sido melhor estudada.

Herpin publicou uma obra digna de ser aqui citada pelo methodo rigoroso que seguiu na apreciação e descripção de todos os factos que acompanhão-n'a; e o mesmo devemos dizer a respeito do tratado de epilepsia de Delasiauve.

Não nos sendo possivel mencionar todos os autores que ultimamente concorrerão para esclarecer de algum modo muitos pontos ainda obscuros de sua pathogenia, nos contentaremos em citar os illustres nomes de Marshall-Hall, Trousseau, Brown Sequard, Vulpian, Kussmaul, Tenner, Todd, Romberg, Lebert, Russel Reynolds, Sieveking, Schröder van der Kolk, Augusto Voisin, Axenfeld, etc. Não poderemos deixar no olvido o illustre nome de van der Beck Callenfelds, cujas experiencias sobre o bulbo rachidiano demonstrarão a contractilidade dos vasos da pia mater após sua excitação, e os nomes de Grisolles, Niemeyer, Dr. Jaccoud, etc., etc.

Tal é em resumo a noticia historica da molestia que constitue o ponto que escolhemos para nossa dissertação.

## II.

### Synonimia.

A palavra—epilepsia—, que significa—sorprometer, agarrar de surpresa—, introduzida na sciencia no decimo seculo por Avicenna, é a

que adoptaremos de preferencia para designar a molestia de que nos occupamos, por ser a mais empregada pelos praticos.

Comprehende-se que uma molestia tão commum em todos os tempos, ligada a idéas supersticiosas, apresentando um apparelho symptomatico tão terrivel e de natureza desconhecida, devia receber numerosas denominações.

Aristoteles a denominou—*morbis herculeus*—, ou por acreditar que Hercules foi d'ella affectado, ou porque ella atacava de preferencia aos individuos robustos, ou por causa da força consideravel que os doentes apresentam durante o ataque, ou finalmente porque resiste de um modo quasi desesperado aos diversos meios therapeuticos.

Platão, acreditando que ella affectava a parte divina da alma e era o effeito da colera dos deoses, a denominou—*morbis sacer aut divinus*.

Os romanos, considerando um máo presagio quando se dava algum ataque epileptico, dissolvião os seus comicios, e d'ahi veio o nome de—*morbis comicialis*—, do qual Plinio, Celso e Sereno usárão em seus escriptos.

Alguns lhe chamárão—*morbis australis, morbis lunaticus*—, acreditando existir intima relação entre os ataques e as phases da lua.

Suppondo que os doentes erão atormentados pelo demonio, Areteo a denominou de —*morbis demonicus*. Foi ainda chamada —*mal santo*—porque a julgárão enviada por Deus para punição de algum crime, —*mal caduco*— pela maneira brusca com que atira por terra os doentes, e —*alto mal*—porque acreditarão que a cabeça, parte mais elevada do corpo, ou por ser a parte pensante, intelligente, etc., era a séde da molestia. Recebeu ainda muitos nomes, dos quaes citaremos os principaes: *Passio puerilis* (Cœlius Aurelianus), *analepsia* (Revière), *eplepsy, falling-sickness* (inglezes), *epilessia* (italianos), *mal de S. Gil, de corazon, de S. João, de gota, gota coral* (portuguezes, hespanhoes, brazileiros e republicas hespanholas).

### III.

#### Definição,

Nada é mais difficil do que dar-se uma bôa definição, quando se trata de uma entidade morbida, sobretudo se essa entidade é uma nevrose, cujo caracteristico é a variabilidade, o desconchavo, a desharmonia, a falta de uniformidade e a aberração de certos symptomas. Cada autor apresenta a sua, acreditando sempre ser a melhor e a que deve ser preferida; alguns, reconhecendo a difficuldade, contentão-se em dar uma descripção resumida; ora, em vista disto e attendendo ao nosso pouco cabedal scientifico, confessamos desde já não podermos dar uma definição de epilepsia livre de objecções.

O Dr. Watson diz que é impossivel dar-se uma definição geral, visto suas innumeraveis fórmulas e variedades.

O Dr. Sieveking julga nocivo e ocioso tentar-se definil-a, porque ha certas fórmulas que não podem ser comprehendidas na definição, e a attenção dos praticos seria d'ellas desviada, e deixarião de ser por esse motivo submettidas a um tratamento, que em tempo poderia modifical-as favoravelmente. Não obstante as autorisadas opiniões destes autores, tentaremos definil-a.

Esquirol dá como caracter pathognomonic da epilepsia a perda dos sentidos acompanhada de convulsões.

Axenfeld dá a seguinte definição: «Epilepsia é uma affecção chronica, cujos accessos intermittentes são essencialmente caracterizados por uma perda completa do conhecimento e muitas vezes por movimentos convulsivos.» Notaremos que este mesmo autor diz que existem alguns factos raros em que o conhecimento é em parte conservado.

O Sr. Dr. Torres Homem, em seus—Elementos de clinica medica, diz: «Ordinariamente a epilepsia é caracterizada por accessos de certa duração, quasi sempre convulsivos, havendo em todos os casos perda completa da razão e da sensibilidade.»

Em sua these de concurso o illustrado e intelligente Sr. Dr. Pinheiro Guimarães diz: «Epilepsia é uma nevrose de accessos intermittentes, caracterisada por movimentos convulsivos, reunidos a uma perda subita e momentanea das facultades intellectuaes e da sensibilidade.»

Na aula de pathologia interna, em 1876, o illustre e intelligente professor dessa cadeira a definio do modo seguinte: «Epilepsia é uma nevrose cerebro-espinhal, caracterisada sempre por perda subita e absoluta das facultades intellectuaes e acompanhada na maioria dos casos por movimentos convulsivos geraes ou parciaes.»

Segundo o que acabamos de ver, todos estes distinctos professores dizem que ha sempre perda absoluta das facultades intellectuaes; entretanto o professor Trousseau cita em sua clinica medica um individuo que soffria de epilepsia parcial (sendo os primeiros ataques geraes), no qual só se observava exclusivamente convulsões limitadas ao lado esquerdo da face, sem perturbação alguma das facultades intellectuaes. Delasiauve diz que tem frequentemente observado, co-existindo com convulsões evidentemente epilepticas, um vislumbre de sentimento. Portanto, segundo estas autorisadas opiniões, nem sempre ha perda absoluta das facultades intellectuaes.

Por outro lado, em certas molestias, como a eclampsia puerperal, das crianças, etc., hemorragia cerebral, congestão cerebral, etc., ha convulsões e perda das facultades intellectuaes. E' preciso, pois, incluir na definição alguma circumstancia que exclua essas affecções da epilepsia. Ora, nenhuma d'ellas é ao mesmo tempo apyretica, chronica e intermittente; portanto, podemos incluir na nossa definição estas circumstancias, que são caracteristicas da epilepsia.

Assim definimol-a do modo seguinte:—Uma nevrose cerebro-espinhal, apyretica, chronica, de accessos de muito curta duração, intermittentes, caracterisados quasi sempre por perda subita, momentanea e absoluta das facultades intellectuaes e acompanhados na maioria dos casos de convulsões geraes ou parciaes.

Nossa definição, que não é senão uma pequena modificação das dos illustres professores citados, não resistirá á objecções, estamos certos; mas nos parece que não só exclue a epilepsia de qualquer outra molestia, como tambem abrange todas as suas formas.

#### IV.

### Anatomia pathologica.

O estudo anatomo-pathologico da epilepsia jaz ainda cercado de trevas, não obstante os esforços de muitos observadores, que com o bisturi em punho têm procurado descobrir nos órgãos cadavericos lesões que tenham durante a vida dado lugar áquella assustadora molestia. O appello feito ao cadaver tem sido respondido em alguns casos por lesões multiplas, variadas e inconstantes, ao passo que em outros, em maior numero, a resposta tem sido negativa. Demais, todas as lesões encontradas no epileptico têm sido encontradas tambem em individuos que nunca soffrêrão de tal molestia. Assim, pois, não ha lesão alguma constante e caracteristica, pelo menos apreciavel, que explique o *morbus sacer*. Todos os autores estão de acôrdo sobre este ponto. Muitas vezes, segundo Grisolle, não ha senão uma simples coincidencia entre a epilepsia e as lesões encontradas.

Iudicaremos, comtudo, as que mais commummente se encontrão, depois de as dividirmos em dous grupos principaes: primitivas e consecutivas. As primitivas são: vicios de desenvolvimento e de conformação do craneo e do cerebro, exostoses, tumores fungosos, atrophia ou hypertrophia do cerebro, antigos focos de encephalite, cancrios, tuberculos, ossificação de suas membranas, amollecimento, endurecimento, inflammação e abcesso dos lóbos cerebraes, derramamento seroso, endurecimento e augmento do corpo pituitario (Wenzel), lesões diversas da medulla, dos nervos periphericos, e finalmente alterações dos órgãos contidos no thorax e no abdomen, mais ou menos variadas.

O Dr. Grisolle, citando em seu apoio Georget, diz que essas lesões têm sido dadas como pertencendo á epilepsia verdadeira, por ter sido muitas vezes confundidos com ella ataques epileptiformes, devidos á encephalites e á tumores intra-craneanos, ou porque durante o accesso tenha alguma molestia cerebral intercurrente, e que passou desapercibida, vindo terminal-o fatalmente. Esta opinião é um facto incontestavel desde que não se tem encontrado lesão alguma em grande numero de epilepticos. Axenfeld se exprime perfeitamente,

quando diz que a epilepsia póde ser produzida por todas essas lesões, e todas podem existir sem produzil-a.

O Dr. M. Manso, apoiando-se na opinião de Romberg e em duas autopsias feitas, uma por elle na Casa de Saude do Sr. Dr. Eiras, e outra pelo Sr. Dr. Azambuja no Hospicio de Pedro II, diz que os ossos do craneo apresentam uma espessura consideravel e as miningeas são muitas vezes cartilagineas e inteiramente adherentes á caixa craneana.

As lesões consecutivas têm sido perfeitamente estudadas, especialmente por Schröder van der Kolk, que as observou e as estudou com mais constancia e attenção do que os outros observadores. Este illustre autor em suas observações encontrou hyperemia da medulla allongada, dilatações mais ou menos consideraveis dos vasos capillares do bulbo, congestão dos órgãos contidos na caixa craneana e dos pulmões; isto nos casos recentes e que podem ainda ser curados; nos mais antigos (nos incuraveis, segundo o Dr. Jaccoud, Grisolle, etc.), elle encontrou exsudatos albuminosos, espessamento e endurecimento das paredes vasculares e dos proprios elementos nervosos, e finalmente uma transformação retrograda de gordura ou amollecimento. O Dr. Jaccoud diz, em sua pathologia interna, que nunca teve occasião de observar esta ultima phase de transformação retrograda; mas que, fazendo autopsia em um individuo de 36 annos de idade, e que soffria de accessos de epilepsia verdadeira, encontrou todos os caracteristicos do periodo de endurecimento.

O Dr. Gueneau de Mussy, citado pelo Dr. M. Manso, encontrou pela autopsia, feita em um individuo que soffria de epilepsia saturnina, e que falleceu durante o accesso, os vasos da medulla allongada tão dilatados, que houve mesmo um ponto hemorrhagico, parecendo consecutivo á dilatação vascular.

Van der Kolk ainda observou que, quando a lingua sahia fóra da bôca e era ferida, a autopsia revelava alterações nas raizes dos hypoglossos, e no caso contrario as alterações erão nas raizes dos pneumogasticos; facto que nos póde, durante o accesso, fazer conhecer mais ou menos o ponto da medulla lesado.

Ainda se tem encontrado, nos cadaveres de individuos mortos em consequencia de accessos epilepticos, congestões do cerebro, cerebello, medulla, miningeas, dos pulmões e dos órgãos contidos na cavidade abdominal, que serão tanto mais pronunciadas, quanto maior tiver sido o numero dos accessos.

## V.

**Divisão.**

Tem-se descripto com o nome de epilepsia um grande numero de molestias convulsivas acompanhadas de perda subita do conhecimento.

Autores eminentes, como seja Sieveking, considerão como epilepsia convulsões dependentes de causas multiplas e variadas. Entretanto todos reconhecem que pode existir epilepsia sem que haja lesão alguma apreciavel pelos meios de observação que possuímos. Graves falla de um doente, que ha vinte annos soffria de accessos epilepticos, e no qual a autopsia não revelou lesão alguma, nem na medulla, nem no cerebro. Muitos outros autores, entre elles Marshall-Hall e Portal, nos apresentam factos semelhantes. Em vista disto devemos admittir uma especie de epilepsia, que não esteja ligada á lesão alguma apreciavel, isto é, uma especie idiopathica ou essencial. Podendo tambem a molestia se achar ligada á diversas alterações do cerebro, como sejam: vicios de conformação e de desenvolvimento d'aquelle orgão, tumores cancerosos, exostoses, velhos focos de encephalite, ossificações das meningeas, etc., devemos admittir uma 2ª especie denominada symptomatica. As irritações intestinaes, as alterações do utero, etc., podem igualmente dar lugar ao apparecimento de accessos epilepticos; por isso admittimos uma 3ª especie, denominada reflexa ou sympathica.

Não obstante reconhecermos que só a 1ª especie merece o nome de epilepsia, porque só ella pode ser produzida sem que haja lesão alguma que a provoque, e porque as lesões que produzem as outras especies podem existir em muitos casos sem que as determinem, acceitamos a divisão acima, não só por ser a admittida pela maioria dos autores, como tambem porque, sendo o aparelho symptomatico o mesmo nas tres especies, não traz nenhuma confusão ao estudo. Demais a 2ª e 3ª especies podem, depois de repetidos accessos, depois de desaparecidas as lesões que lhes derão lugar, deixar uma irritação tal na medulla, que se transformem na primeira especie e vice-versa. Assim, um tumor syphilitico intra-craneano pode determinar accessos epilep-

tos e um tratamento anti-syphilitico fazel-o desaparecer, e não obstante os accessos pódem continuar com igual ou maior intensidade, sendo então devidos a uma superexcitação da medulla allongada.

## VI.

### Etiologia.

Numerosas e variadas são as causas que dão lugar ao apparecimento do mal de gota; mas, como já temos dito, não ha uma só, nem mesmo um grupo d'ellas, que sempre o determine; por outro lado, muitas vezes elle desenvolve-se sem que possamos appellar para a existencia de uma só. Aqui se nos apresentam duas questões de summa importancia, que convem procurarmos resolver-as.

1.<sup>a</sup> Qual a razão por que causas excitantes semelhantes produzem em um individuo os accidentes do mal de S. Gil, enquanto que essas mesmas causas não produzem em outro individuo os mesmos accidentes? O Dr. Jaccoud, nos parece, responde perfeitamente á esta questão, dizendo que não basta a presença da causa excitante para que se manifestem os accidentes epilepticos, é necessario que o receptor esteja em estado de reagir. Assim, pois, é necessario que haja uma aptidão, uma exaggeração da excitabilidade, uma irritabilidade do bulbo, afim de que elle, recebendo as mais leves impressões, as responda com energia; é necessario que a irritação transmittida pelo nervo sensitivo provoque nos centros nervosos um movimento molecular, em virtude do qual o sentimento se transforme em movimento. Ora, para que essa transformação tenha lugar, é de mister que haja um excesso de excitabilidade bulbar.

2.<sup>a</sup> Porque razão causas tão variadas e heterogeneas concorrem para produzir uma mesma molestia? A isto responderemos que os centros nervosos se achão tão ligados entre si, e envião ramificações tão numerosas para todas as partes do corpo, de modo que a causa que actuar em um ponto qualquer do organismo, tem em ultima analyse, de actuar directa ou indirectamente sobre o bulbo, e por isso o effeito ultimo não póde deixar de ser sempre o mesmo.

Dividiremos com a maioria dos autores as causas da epilepsia em predisponentes e determinantes.

### Causas predisponentes.

HERANÇA.— Todos os autores estão de acôrdo sobre a influencia da herança na producção da epilepsia.

Ao genio observador do pai da medicina não escapou esse triste legado, que os pais deixão aos filhos.

Boerhaave acreditava na sua transmissão, não só dos pais aos filhos, como dos avós aos netos.

Para Hoffman nenhuma outra molestia é tão hereditaria como a epilepsia. Boucher e Casauvieilh, Portal, Moreau, Esquirol e Trousseau acreditão que os descendentes de individuos que soffrêrão de qualquer nevrose, se achão predispostos á contrahir a epilepsia. Este ultimo autor apresenta um grande numero de factos que prova bem a grande influencia que exerce a herança como causa da molestia. O Dr. Jaccoud é d'essa opinião, e diz que é consideravel a influencia da herança, e que ella existe em um quarto ou em um terço de casos; e acrescenta que ella se faz sentir, ora em muitas gerações successivas, ora poupa uma ou mesmo duas gerações, e vai reatar o fio interrompido n'aquellas que vêm depois.

O eminente physiologista Brown Séquard observou em suas experiencias, que os filhos dos animaes, em que elle tinha provocado artificialmente convulsões epilepticas, pagarão tambem o tributo da heriditariedade.

Gintrac, porém, de suas observações concluiu que é rara a sua transmissão por herança.

A herança, pois, é um facto admittido por todos os autores, que discordão entretanto sobre o grão de sua frequencia.

Beau, em 873 casos de epilepsia, observou 18 devidos á herança; Leuret, 7 em 106 casos; Herpin apresentou uma estatistica em que a herança teve lugar 19 vezes em mil doentes; Delasiauve, 13 em 300 casos; e Sieveking deu uma proporção de 11 por cento. Vê-se, pois, que o grão de frequencia d'esta causa não está ainda determinado; e assim devia ser, visto que numerosas circumstancias podem

modifical-a, tornando-a mais ou menos energica, ou fazendo-a mesmo perder toda a sua influencia.

Do que acabamos de expôr concluimos que o epileptico não deve nunca contrahir os laços indissolueis do matrimonio, a menos que não queira ser o germen de uma prole desgraçada e a menos que não queira ser o ponto de partida de uma geração infelicitada. Nem nos venhão dizer que o casamento suavizará o desgraçado viver do epileptico, porque ainda mesmo que assim fôsse, o que de facto não é, os filhos virião logo, marcados com o ferrete da hereditariiedade morbida, mostrar-lhe que a illusoria suavidade, que imprudentemente procurou, em nada compensa os duros soffrimentos por ella gerados.

IDADE.— E' opinião geral que a epilepsia não respeita idade alguma, que sua frequencia vai crescendo desde as primeiras idades até a puberdade, onde tem o seu maximo de intensidade, e que a partir d'ahi vai diminuindo pouco sensivelmente até os 30 annos ; d'esta idade em diante a diminuição vai se tornando cada vez mais notavel, até que a molestia, torna-se muito rara nas ultimas idades da vida.

Os autores discordão, porém, quando tratão de restringir o periodo em que ella é mais frequente. Assim, uns dizem que é entre os 10 e os 14 annos, outros entre os 12 e os 16 annos, outros entre os 10 e os 20 annos, outros, finalmente, reconhecendo a quasi impossibilidade de se marcar com precisão um periodo tão restricto, abrangem todos aquelles em um só, e dizem que é entre os 10 e os 30 annos sua maior frequencia.

Alguns autores dizem que observárão epilepsia congenita, devida á alguns accidentes que a mulher soffreu durante a prenhez, como sejam impressões vivas, quéda, contusões, etc. Comquanto o espirito hesite em acceitar esta especie de epilepsia, não se pode negar totalmente a possibilidade de sua existencia, desde que existem observações de praticos eminentes.

A. Tardieu, fallando na influencia do terror na producção da epilepsia, diz : «Cette influence peut se faire sentir jusque chez l'enfant qu'une femme allaite ou porte dans son sein. »

Trousseau á este respeito diz que não nega a influencia exercida pelas emoções maternas sobre o fêto; mas acredita que essa causa, do mesmo modo que o terror, tem sido exaggerada.

V.7/110v

SEXO.—Não ha acôrdo entre os autores sobre a influencia que o sexo exerce como causa predisponente da epilepsia. Segundo as estatisticas feitas em Salpetrière e Bicêtre por Esquirol, Delasiauve, Georget e Moreau (de Tours) o sexo feminino é o mais predisposto.

Entretanto Watson e J. Frank (de Vienna) dizem que em sua pratica observárão mais casos de epilepticos do que de epilepticas.

O Dr. M. Manso diz que na Santa Casa de Misericordia, de Julho de 1860 á Julho de 1861, forão tratados 19 epilepticos e apenas 5 epilepticas; de Julho de 1861 á Julho de 1866, 87 epilepticos e somente 12 epilepticas. Diz mais que no Hospicio de Pedro II, de Julho de 1870 á Julho de 1874 encontrou recorrendo as papeletas, 8 casos de epilepticos e 8 de epilepticas. As estatisticas da Santa Casa de Misericordia não provão que haja mais predisposição do sexo masculino para o mal-caduco, attendendo-se que a população do municipio neutro se compõe de mais homens do que mulheres (134.743 homens e 94.090 mulheres); que são tratados n'esse hospital maior numero d'aquelles do que d'estas, e que são em geral homens os doentes que vêm de fóra.

Ha ali 20 enfermarias para homens e somente tres para mulheres; a média diaria é mais ou menos de 1.100 doentes, sendo o numero de mulheres no maximo 300.

Fundando nossa opinião nas estatisticas dos distinctos observadores de Salpetrière e Bicêtre, na autoridade de Delasiauve e na maior impressionabilidade e excitabilidade do systema nervoso da mulher, inclinamos á acreditar que o sexo feminino é mais predisposto do que o masculino ao mal caduco.

CASAMENTOS CONSAGUINEOS.—Não deixaremos, sempre que tivermos occasião, de combater os casamentos consaguineos, porque estamos perfeitamente convencido das consequencias funestas, a que estão sujeitos os descendentes de taes enlaces. Trousseau cita factos que provão a nossa proposição.

A observação diaria, que está ao alcance de todos, demonstra bem alto a sua verdade.

A maioria dos autores tem concluido de suas observações que os descendentes da união consanguinea estão predispostos a um

grande numero de soffrimentos, como sejam diversas diatheses, nevroses, loucura, idiotismo, etc.; ora, estes estados, sobretudo as nevroses e a loucura, são, segundo muitos autores, causas transmissoras da epilepsia de pais á filhos. Ha, entretanto, quem, ~~fe~~ *ch*ando os olhos á factos provados e incontestaveis, defenda os casamentos consaguineos e leve esse arrojo ao ponto de defender os contrahidos entre sobrinhos e tios, só parando n'esse caminhar vertiginoso no derrocamento da hygiene ao chegar nos contrahidos entre irmãos e entre pais e filhos! E porque parão aqui? Pela força dos factos e da logica? Não, certamente; mas sim por ser somente uma immoralidade!

ESTADO CIVIL.—Se attendessemos somente ás estatisticas, teriamos de concluir que o estado celibatario é causa predisponente da epilepsia; mas, se raciocinarmos um pouco, veremos que as estatisticas aqui nada provão. Vimos já que a epocha da vida em que se desenvolve mais o mal caduco, segundo a maioria dos autores, é dos 10 aos 16 annos; ora, é raro ou mesmo é facto excepcional que o homem se case antes dos 16 annos, e mesmo a mulher no geral casa-se depois dessa idade; e além disso todo aquelle que já soffre da molestia, ou porque tenha prudencia bastante para conservar-se solteiro, ou porque seus pais e parentes ponhão obstaculo á que se case, ou finalmente porque ha certa repugnancia e justo terror no sexo opposto em recebello como esposo ou esposa, o certo é que quasi sempre conserva-se solteiro. Portanto, se ha maior numero de epilepticos solteiros, é isso somente devido ao facto de serem elles acommettidos da molestia em uma epocha anterior áquella em que commummente effectua-se o casamento, e dos que já soffrem raramente procurarem, n'esse doce enlace, linitivo que jamais encontrarão.

TEMPERAMENTOS.—E' difficil saber-se a influencia que exercem os temperamentos na produccão da epilepsia, sobre tudo se attendermos ao desacôrdo que existe entre os autores á respeito de seus caracteristicos, e á difficuldade que ha muitas vezes em saber-se, se tal individuo tem este ou aquelle temperamento.

Racionalmente devemos suppôr que o temperamento nervoso é aquelle que prodispõe mais ao desenvolvimento do mal caduco. O Sr. Dr. Torres Homem parece ser d'esta opiniao, quando diz:

«Nos individuos de temperamento nervoso as nevroses apparecem com muita maior frequencia do que em outros temperamentos» (Clinica Medica). Entretanto de uma estatistica do professor Moreau de Tours se conclue que os individuos de temperamento sanguineo são mais sujeitos áquella molestia.

CLIMAS E ESTAÇÕES.—Nada se sabe de preciso relativamente á influencia que exercem estes agentes na etiologia da epilepsia. Uns acreditão que o calor favorece seu desenvolvimento, outros sustentão que o frio, outros pensão que tanto o calor como o frio intensos obrão como causas predisponentes, e finalmente outros negão toda a sua influencia.

Foville e Copland, citados por Grisolle, affirmarão que esta molestia é mais commum na classe pobre do que na abastada; porém da consulta que fizemos á alguns autores só podemos concluir que ella não respeita nem o pobre, nem o rico.

### Causas determinantes.

Para sermos mais methodico e mais claro vamos tratar em separado das causas determinantes de cada uma das especies de epilepsia, porque as que determinão uma d'ellas não determinão ordinariamente as outras; e mesmo assim procedendo seguimos o methodo adoptado em varias theses de distinctos discipulos de nossa Faculdade.

EPILEPSIA IDIOPATHICA.—Chama-se epilepsia idiopathica ou essencial aquella que caracteriza-se por uma irritação da medulla allongada e é independente de qualquer alteração material apreciavel.

Existindo já a predisposição em um individuo, o abalo profundo que elle experimenta em consequencia de um grande prazer, de uma alegria excessiva e inesperada, pode determinar o apparecimento de accessos epilepticos; porém a causa mais commum, a que determina na maioria dos casos a epilepsia idiopathica, é o terror. A presencialidade de um barbaro assassinato, de um accidente que dê em resultado a morte desastrosa de uma ou mais pessoas, de um accesso da mesma molestia, produz em um individuo impressionavel

um terror misturado de compaixão tal, que o apparecimento da epilepsia é quasi sempre a consequencia immediata.

O susto, que apodera-se de um individuo quando é perseguido por um cão, um touro, um animal feroz qualquer, é tambem causa muito poderosa.

São muitos os factos, citados pelos autores, em que o terror obra como causa determinante do mal de S. Gil.

Van Swieten cita o facto de um menino que, sendo perseguido por um cão, teve tal terror, que foi acommettido de accessos do grande mal.

Além de muitos outros factos, Tissot refere em sua importante obra sobre esta molestia, que uma criada, estando desatando uma corréa, que estava atada por tres nós, e, só por lembrar-se, ao chegar ao terceiro nó, que n'isso talvez andasse negocio de bruxaria, teve tão forte impressão, que foi logo victima de accessos epilepticos.

O mesmo autor pensa que o terror póde ser causa determinante da epilepsia, mesmo durante o somno, e cita em favor de sua opinião um individuo que sonhava que era perseguido por um touro, e, acordando agitado e sobresaltado, foi d'ahi a um quarto de hora acommettido de um accesso violento do mal caduco.

Em 67 casos observados por Leuret, 35 vezes a causa determinante tinha sido o terror.

Maisonneuve, Esquirol, Bouchet e Casauvieilh, Georget, Beau e muitos outros acreditão tambem que o terror é a mais poderosa das causas determinantes.

Trousseau cita em sua clinica medica um brasileiro, que, viajando no interior do Brazil, vira chegar á estalagem, onde elle estava pousado, alguns individuos armados de facas e espingardas, e que de uma ardente disputa passarão ao emprego das armas, resultando desse conflicto o assassinato de um d'elles. A presenciabilidade de tão barbaro crime, o sangue que vasava das feridas e inundava o chão, o espectaculo horrivelmente medonho que offerece scena semelhante, produzirão no brasileiro tal impressão, que poucos dias depois soffreu uma vertigem epileptica, e que reproduzio-se quasi diariamente por espaço de cinco annos, época em que apparecêrão os primeiros accessos do grande mal.

Este mesmo autor, fallando a respeito das estatisticas de Leuret, diz que se tem exagerado muito o terror como causa deter-

minante e que se lhe tem attribuido muitos casos de epilepsia que são devidos á herança ; não quer, porém, com isso negar sua grande importancia.

A maior impressionabilidade do systema nervoso nas crianças e nas mulheres nos explicão a razão por que o terror actúa de preferencia n'ellas.

O Dr. C. Emilio de Avellar apresenta em sua these inaugural uma estatistica, cuja origem não nos diz, em que o terror é causa determinante da epilepsia no sexo feminino 36 por cento ; ao passo que no masculino é sómente 13 por cento.

A imitação, ou, como muitos dizem, o contagio imitativo, tem sido considerado como causa da epilepsia.

Bouchut, citado pelo Dr. Ribeiro de Rezende, diz : « Celebrá-vão-se officios de communhão na freguezia de Montmartre. No primeiro dia tres meninas forão victimas de ataques epilepticos, sem que occorresse alguma causa apreciavel. Casos identicos forão reproduzindo-se, e cinco dias depois o numero das meninas affectadas da molestia elevava-se a mais de quarenta. Passou-se tudo isto subitamente, sem haver a menor causa que excitasse o terror, e unicamente por terem sido testemunhas de phenomenos iguaes em suas companheiras.

Orfila tambem cita a observação de uma moça de 19 annos, bem constituida, que só pelo facto de ver o seu noivo ser acometido de um ataque convulsivo, soffreu no dia seguinte um accesso epileptico, que foi seguido de muitos outros.

Parece-nos que aqui deve-se appellar antes para o terror como causa determinante da molestia do que para o contagio imitativo ; pois é mais racional que tanto aquellas meninas, como esta moça tivessem tal horror misturado de compaixão, que dêsse em resultado o apparecimento da molestia, do que admittir-se o contagio imitativo, que além de tudo é difficil de ser explicado.

A colera, os pezares profundos, os trabalhos intellectuaes continuados, as vigalias, os excessos de qualquer especie, são outras tantas causas que podem determinar a epilepsia idiopathica.

**EPILEPSIA SYMPTOMATICA.**—Chama-se epilepsia symptomatica aquella que se liga á alguma lesão do eixo cerebro-espinhal ou a modificações do sangue.

Já dissemos, tratando da divisão, que só merecia o nome de epilepsia aquella que fôsse totalmente independente de lesão anatomica apreciavel á nossos meios de exploração; e agora accrescentaremos, que, aquellas que são acompanhadas de qualquer lesão, deverião ser denominadas convulsões epileptiformes; mas dissemos tambem que, de conformidade com a maioria dos autores, accetariamos tres especies e dariamos indistinctamente a cada uma d'ellas o nome de epilepsia, porque o aparelho symptomatico era quasi o mesmo em todas ellas e poderiamos estudal-as grupadamente, sem que com isso houvesse confusão no estudo. Além disso, dissemos, que uma epilepsia symptomatica de uma lesão qualquer podia, depois de removida a lesão anatomica, deixar grande irritação no bulbo e transformar-se em essencial, e vice-versa.

Cumpre notar que, admittindo-se a divisão de epilepsia idiopathica e de convulsões epileptiformes, o medico se acharia muitas vezes impossibilitado de saber se tratava-se d'estas ou d'aquella, visto a semelhança e analogia quasi absoluta de suas manifestações. A verdade d'esta proposição encontra grande apoio na autoridade de A. Voisin. Este distincto medico, em um caso de epilepsia, considerada por elle essencial, encontrou pela autopsia no pedunculo cerebral esquerdo um tumor de volume igual ao de uma avelã. Demais, se com o progresso das sciencias novos meios exploradores mais aperfeiçoados fôrem descobertos, e levarem o anatomo-pathologista a encontrar lesões bem caracteristicas na epilepsia essencial, este nome deverá desaparecer do quadro nosologico e ceder o lugar ao nome generico de convulsões epileptiformes.

A divisão da epilepsia em tres especies apresenta ainda a grande conveniencia de attrahir a attenção do medico para a causa que deu lugar ao apparecimento d'esta ou d'aquella especie, e o conhecimento da causa, todos sabem, é o raio luminoso que guia o medico nas trevas que o cercão, leva-o á um diagnostico seguro e á um meio therapeutico racional.

Não obstante essas poderosas razões, continuaremos a pensar que em theoria todas as manifestações epilepticas acompanhadas de qualquer lesão devem receber o nome generico de convulsões epileptiformes, do mesmo modo que o augmento de temperatura,

acompanhado de maior numero de pulsações cardiacas, é denominado pelo nome generico de febre.

São diversas as lesões anatomicas dos centros nervosos que determinão a epilepsia symptomatica, e as principaes, quando tratamos da anatomia pathologica, já forão descriptas; por isso deixaremos de mencional-as aqui.

Entre as alterações do sangue que podem obrar como causa da epilepsia symptomatica, mencionaremos a plethora, a anemia, as intoxicações, absinthica, mercurial, saturnina, o alcoolismo, a escrofulose, o rachitismo, etc.

A parte que cabe á infecção syphilitica na producção do mal caduco é posta fóra de duvida pela observação de Trousseau (Clinica medica) a respeito de um embaixador inglez, e pela do Sr. barão de Petropolis, citada pelo Sr. Dr. Torres Homem, a respeito de um brasileiro.

Para Delasiauve as bebidas alcoolicas produzem a molestia oito vezes em 100 casos.

O Dr. Magnan em suas experiencias sobre o alcool e o licôr de absinthio chega á alguns resultados bem interessantes, dos quaes o Sr. Dr. Eloy Ottoni nos falla em seu opusculo — Breve noticia de um trabalho do Dr. Magnan sobre o alcool e o absinthio.

Em suas experiencias o Dr. Magnan observou que o uso do alcool (vinho e aguardente) sobre cães só produzia tremor, delirio, etc., e nunca convulsões epilepticas. O mesmo, porém, não acontecia com o licôr de absinthio. Os cães, submettidos ao seu uso continuado, forão todos acommettidos de accessos epilepticos. Sentimos que nosso humilde trabalho não comporte a transcripção de algumas d'aquellas experiencias.

Transcreveremos, entretanto, uma de suas mais curiosas observações:

« Cl. (Louis), de 32 annos de idade, entra em Bicêtre á 31 de Outubro de 1863. Este homem, de saude robusta e sobrio até 1861, torna-se n'esta epocha mercador de vinhos. Contrahe então o habito de beber a principio vinho, depois absinthio.

« Aparecem phenomenos alcoolicos e algumas vertigens.

« Em 1863, Cl., para restaurar suas forças, usa largamente do licôr de absinthio. As vertigens tornão-se frequentes e surgem

duas crises com perda subita do conhecimento, quéda, contorsões na face, convulsões nos braços e pernas, escuma sanguinolenta nos labios, mordedura da lingua. Segue-se um delirio com allucinações horripilantes, e o doente é conduzido á Bicétre.

« No fim de um mez sahe restabelecido.

« Voltando á seus habitos, o alcoolismo não se faz esperar. É mais tarde, em consequencia de novos abusos do licôr de absinthio, apparece outro ataque epileptico. Entra de novo em Bicétre á 28 de Abril de 1864 e sahe em Junho restabelecido.

« Renuncia o absinthio; mas volta ao uso do vinho e aguardente. Somno difficil, hallucinações peniveis, perda de appetite, tremor dos membros, vomitos pituitosos. Estes symptomas durão dous mezes.

« Sentindo-se então o doente muito fraco, recorre á seu licôr favorito —o absinthio—. Novas crises epilepticas, que o levão pela terceira vez á Bicétere no dia 5 de Dezembro de 1864.»

Acontece muitas vezes que as alterações do sangue são combatidas e as convulsões epilepticas, que ellas produzião, continuão a persistir; isto se explica pelas modificações chronicas e permanentes que ellas imprimem nos centros nervosos. Russel Reynols admite, como causa da molestia de que nos occupamos, uma alimentação abundante e substancial depois de uma abstinencia prolongada; e cita em favor de sua opinião seis marinheiros que, em consequencia de um naufragio, soffrêrão durante muitos dias as maiores privações, e que depois tomárão uma alimentação abundante e forão por isso affectados do mal de S. Gil.

**EPILEPSIA SYMPATHICA OU REFLEXA.** — A epilepsia é sympathica ou reflexa, quando a causa excitante actua sobre o eixo cerebro-espinhal, por intermedio de um nervo sensitivo qualquer, ou do grande sympathico.

A irritação dos filetes nervosos do trigemino produz muitas vezes epilepsia sympathica. Axenfeld e A. Voisin são d'essa opinião, e este ultimo teve occasião de observar um caso de epilepsia devido á um fragmento de vidro introduzido por baixo do couro cabelludo, persistindo a molestia mesmo depois de extrahido aquelle corpo estranho.

Os nevromas, as cicatrizes, os tumores, as esquirolas osseas, que irritão os nervos periphericos, a presença de vermes nos seios fron-

taes, a carie dentaria, etc., têm sido apontados pelos autores como causa do grande mal.

Maisonneuve e Romberg citão factos, que provão que a irritação dos nervos dos sentidos, sobre tudo dos opticos, provoca muitas vezes accessos epilepticos.

Este ultimo autor falla de uma menina que teve um ataque epileptico só pelo facto de fixar os olhos para o sol durante alguns minutos.

Falla de uma outra que tambem fixando os olhos para o sol, vio uma cabeça preta muito grande, e de noite, lembrando-se d'aquella visão, assustou-se e teve um ataque.

Tissot refere o facto de um individuo que era acommettido de accessos d'essa molestia todas as vezes que via um objecto vermelho.

Esquirol, Russel, Van Swieten e outros dizem que as coegas feitas na sola dos pés podem obrar como causa determinante da epilepsia.

O ultimo d'estes autores diz que teve occasião de observar uma menina, de 10 annos de idade, forte, robusta, que nunca teve epilepsia, filha de paes sãos, que tornou-se epileptica logo depois que suas companheiras, por uma simples brincadeira, lhe fizeram coegas na sola dos pés.

A existencia de vermes, ou de qualquer outro corpo estranho nos intestinos, as molestias do figado, do baço, produzem algumas vezes irritações taes, que podem dar em resultado o apparecimento da molestia.

O apparecimento demorado e difficil da menstruação, as irregularidades de seu reaparecimento periodico, a epocha da menopausa, as molestias dos órgãos genitales em um e outro sexo, exercem influencia notavel tanto sobre o desenvolvimento, como sobre a marcha do mal caduco.

O onanismo e o abuso dos prazeres venereos, debilitando o organismo e exaltando a excitabilidade nervosa, são outras tantas causas da molestia.

E' preciso ter em vista que a grande tendencia ao onanismo e aos prazeres venereos é muitas vezes consequencia da epilepsia, e não causa.

Alguns autores citão casos em que o mal caduco se manifestou logo depois do primeiro congresso sexual.

Segundo alguns autores, algumas das causas, que acabamos de mencionar, como sejam a dentição, vermes, desordens menstruaes, etc., produzem simplesmente a eclampsia ou epilepsia temporaria, e não a epilepsia propriamente dita. Em alguns casos isto é exacto, e tanto que, removida a causa, a molestia desaparece para nunca mais voltar; em outros, porém, essas causas produzem um estado de irritabilidade habitual no bulbo, uma modalidade bulbar anormal tal, que, sendo ellas removidas, os accessos convulsivos continuão, e desde então a existencia da epilepsia é um facto incontestavel.

## VII.

### Symptomatologia.

Acompanhando o Dr. Jaccoud, diremos que a epilepsia manifesta-se de uma maneira brusca, quando mesmo já esteja preparada de longa data por qualquer modificação do organismo, e que os prodromos, que muitos autores têm descripto, não podem, ainda que existão, levar o pratico a dizer que o primeiro ataque epileptico vai se manifestar.

Não acontece assim mais depois da explosão do primeiro accesso. N'este caso os prodromos, quando existem, indicão de uma maneira quasi certa a sua proximidade, porque então conservão uma quasi inalteravel uniformidade no mesmo individuo.

Os autores discordão sobre seu gráo de frequencia. Para uns, como Georget e Tardieu, os signaes indicativos do ataque são pouco communs; para outros, como Beau, são muito frequentes, pois que existem em a metade dos casos.

Para M. Piorry a aura (prodromos proximos) existe antes de todos os accessos; e acredita que, quando ella não é accusada pelo doente, é porque tem o seu ponto de partida do olho, e que em consequencia de ser o nervo optico muito curto, ella, caminhando com a rapidez da electricidade para o encephalo, determina a perda do conhecimento, antes que a impressão tenha podido ser profundamente gravada no cerebro ainda são, para que o doente, recuperando o conhecimento, conserve a memoria d'ella.

Grisolle, que cita aquelle autor, diz com toda razão que é muito engenhosa a sua explicação, mas que não passa de uma hypothese.

Tardieu diz que a aura é muito mais rara do que muitos autores têm pensado.

Os prodromos dividem-se em remotos e proximos.

Os prodromos remotos podem preceder o ataque de uma hora, de muitas horas, ou mesmo de muitos dias, e varião muito de forma e natureza.

Consistem em modificações no character, nos sentimentos affectivos, nos habitos, em alterações das diversas funcções. O individuo pode tornar-se melancolico, impaciente, triste ou excessivamente alegre, irritavel, iracundo, inclinado a estar em solidão; pode ter sonhos phantasticos, voluptuosos; pode ser affectado de insomnia, somnolencia, de um estado de molleza, illusões, hallucinações, vertigens, cephalalgia, nevralgias, tremores, caimbras, perturbação da digestão, nauseas, constipação. Suóres abundantes e fetidos podem se manifestar (Dumas), erupções diversas (J. Frank), rubor, especialmente da face, e distensão das veias frontaes (Tissot); inchação da lingua (Beau). Pela simples numeração d'estes signaes prodromicos se vê o quanto o Dr. Jaccoud tem razão em dizer que elles só têm valor depois de manifestada a molestia, porque então são sempre os mesmos no mesmo individuo; pois ninguem em presença de qualquer d'esses variaveis signaes será capaz de annunciar a proxima invasão do mal de S. Gil.

**PRODROMOS PROXIMOS.**— Estes annuncião a imminecia do ataque e constituem a aura, nome que foi introduzido na sciencia por Galeno e que serve para designar manifestações sensitivas, motoras e psychicas.

A aura, segundo Trousseau, precede mais commummente talvez o grande mal do que o pequeno, e constitue em algumas circumstancias ella só toda a molestia.

O individuo tem uma hallucinação, uma illusão, sente uma sensação, um movimento convulsivo, que partindo de um ponto qualquer, vai com a rapidez do raio até o encephalo e nada mais.

Ella é geralmente ascendente, isto é, parte de qualquer ponto das extremidades ou do tronco, sobe e ganha o cerebro.

Em alguns casos ella é descendente, isto é, o individuo experimenta uma sensação vertiginosa, dolorosa, que partindo do cerebro, desce até as extremidades.

Pode ainda, segundo Trousseau, porém muito raramente, ser ao mesmo tempo ascendente e descendente.

Bonet, citado por esse distincto autor, refere o facto de um homem de 50 annos de idade, em quem apparecia primeiro uma pequena inchação na região inguinal, e immediatamente depois partia d'aquelle ponto uma sensação de formigamento que descia ao longo da côxa, da perna até o pé, e chegada n'este, subia com extrema rapidez ás partes superiores até o cerebro.

**AURA SENSITIVA.** - E' a mais frequente de todas, e consiste em uma sensação anormal de calor, de frio, de dôr, de torpôr, de prurido, de ardôr, etc., que, partindo de um ponto qualquer da periphèria, geralmente o mesmo para cada individuo, se dirige subitamente para a cabeça.

**AURA MOTORA.**—Consiste em differentes movimentos involuntarios e parciaes dos musculos, movimento gyratorio, de impulsão, de recúo, movimento convulsivo das palpebras, do globo ocular, palpitações do coração, constricção laryngo-esophagiana, caimbras, etc.; algumas vezes consiste em paralyisia de alguns musculos, e n'este caso o doente quer correr para evitar o perigo imaginario, e faltando-lhe os meios cahe sem sentidos no meio da maior afflicção.

A aura motora combina-se algumas vezes com a sensitiva, e ha então o que se chama aura mixta.

**AURA PSYCHICA OU INTELLECTUAL.**—E' caracterisada por illusões e hallucinações muito variaveis.

Os doentes têm sensações de um sabor doce, de um cheiro forte, de z Unidos, de detonações; veem centelhas, côres vivas, sobre tudo vermelhas, phantasma, etc.

Gregory cita um doente, que via uma velhinha, vestida de vermelho, a qual lhe perseguia até que lhe dava uma pancada na cabeça, depois do que elle cahia sem sentidos.

Axenfeld falla de um epileptico que via aproximar-se d'elle uma mulher negra, coberta com um couro, e que procurando fugir d'ella, não podia, cahia e o ataque começava.

O mesmo autor falla de um outro epileptico que via sempre antes do ataque um carro, no qual vinha um homemzinho com um barrete vermelho, e que temendo ser esmagado pelas rodas do carro, procurava fugir, não podia e cahia sem sentidos.

A. Voisin observou uma epileptica, que, antes do ataque, ouvia vozes, via phantasmas, etc.

Acompanhando a maioria dos autores, dividiremos a molestia em grande e pequeno mal. O grande mal apresenta duas formas: forma commum ou convulsiva e forma apoplectica. O pequeno mal comprehende tambem duas formas: a vertigem e a ausencia, podendo-se accrescentar á estas a forma larvada.

## GRANDE MAL.

### FORMA CONVULSIVA.

Sem fallar do phenomeno inconstante da aura, que falha muitas vezes, o grande mal comprehende quatro phases: a quèda, o tetanismo, o clonismo e o coma.

Segundo o Dr. Jaccoud, o somno que se segue poderia ser considerado como uma 5ª e ultima phase; julgamos, porém, que elle não deve ser considerado como tal, porque vem reparar o organismo esgotado, e não pôde constituir uma phase da molestia.

1.ª *Phase*.—Quer haja ou não aura, o comêço do ataque é sempre marcado por quatro phenomenos que entrão em scena simultaneamente e de uma maneira brusca e instantanea. Estes phenomenos são: a quèda, a perda do conhecimento, o grito e a pallidez da face.

O individuo, em apparencia no gôzo da mais perfeita saude e cuidando de suas occupações diarias, dá repentinamente um grito e cahe no mesmo lugar em que se acha, como uma massa inerte, sem ter tempo de escolher lugar, de evitar os perigos que lhe cercão; se está ao pé d'agua, de um precipicio, na rua, ao pé do fogo, ahi mesmo cahe, podendo soffrer grandes queimaduras, carbonisar mesmo um membro, sem que sinta, sem que tenha consciencia.

A quèda pôde ser para trás ou para os lados, porém mais frequentemente para diante, segundo a maioria dos autores, divergindo

V. 7/527

d'esta opinião Romberg, que diz ser mais commum para trás. Com a quéda coincide a perda completa do conhecimento, da sensibilidade e da vontade; o desgraçado não tem mais noção cenesthesica, nem do mundo exterior; conserva-se indifferente e mudo aos mais energicos excitantes: só lhe resta a actividade automatica do systema nervoso.

A excitação dos vasos motores da face e do cerebro, contrahindo as arteriolas d'aquella, produz uma pallidez cadaverica, e determinando a eschimia d'este, explica a perda do conhecimento.

O grito é o unico d'estes quatro phenomenos que pode faltar, porém muito raramente.

Para Beau o grito é a expressão de surpresa que devia soffrer o individuo no momento da quéda; porém a maior parte dos autores pensão que elle é devido ao espasmo dos musculos, e Grisolle accrescenta que talvez se possa traduzil-o tambem por uma expressão de dôr.

2.<sup>a</sup> Phase.—O infeliz jaz estendido no lugar em que cahio em uma immobilidade completa, a cabeça fixa-se em extensão e com rotação unilateral forçada; o thorax immobilisa-se, a respiração suspende-se e o pulso, de uma frequencia que varia muito, é pequeno e concentrado; a rigidez muscular, devida ao tetanismo, é completa, limitada a principio aos musculos do pescoço, larynge e thorax, se estende immediatamente á todos os de relação; os membros se achão em um estado de pronação forçada e a tensão muscular é tal, que produz muitas vezes fractura. A rigidez muscular é invencivel, diz Trousseau; o braço direito ou esquerdo retorce-se fortemente: o pollegar, em flexão forçada sobre a palma da mão, é coberto pelos outros dedos violentamente contrahidos; a perna se torce em uma extensão forçada; o pé se estende.

As fibras musculares fortemente distendidos, e que são comparadas á cordas de ferro, produzem o fremito fibrillar.

A contracção muscular, predominando de um só lado, faz com que o misero apresente-se deformado, com a bôca torta, os olhos voltados para cima e para os lados, as pupillas ordinariamente dilatadas, insensiveis á luz, mas sensiveis ao toque, de modo que tocando-se a conjunctiva, estando as palpebras abertas,

estas fechão-se; os masseteres fortemente contrahidos cerrão os dentes; a lingua, levada algumas vezes fóra da bôca pela contracção dos hypoglossos, é contundida, cortada. A face, que era a principio de uma pallidez cadaverica, torna-se rôxa, violacea, ennegrecida, em consequencia dos phenomenos asphyxicos produzidos pela tonicidade dos musculos respiratorios e do diaphragma.

3.ª *Phase*.—No fim de 20, 30 ou 40 segundos muda-se o quadro; á esta horrivel scena succede uma outra mais horrorosa ainda; principiãõ então gradual e progressivamente as convulsões clonicas; primeiramente parciaes, violentas, comparadas á commoções electricas, são limitadas aos musculos da face, da lingua, do larynge e do pharynge, invadindo depois os musculos do tronco e dos membros. Os supercilios se abaixão e se aproximão, as palpebras se contrahem, ora abrindo-se ou fechando-se, ora, e o que é mais commum, conservando-se entreabertas; os olhos, até então fixos, movem-se de um para outro lado; a pelle frontal torna-se franzida, a face distendida pela congestão venosa; os labios ora se allongão para diante, ora são repuxados para trás; as feições se decompõem, se alterão de tal modo, que o aspecto do infeliz ora é risonho, ora choroso; o maxillar inferior é alternadamente levantado e abaixado tão violentamente, que os dentes se batendo uns contra os outros, se fracturão muitas vezes; a lingua projectada entre as arcadas dentarias é ferida, contundida e ás vezes completamente dividida; uma baba escumosa, abundante, devida á uma hypersecreção salivar e aos movimento convulsivos de mastigação, misturada com o sangue da lingua ferida, escorre da bôca.

Em tal estado a physionomia do epileptico é hedionda, exprime colera, terror e dôr. A cabeça é agitada de movimentos violentos de rotação, ou de extensão e flexão, ou é levada em diversos sentidos. As contracções espasmodicas dos musculos do tronco imprimem-lhe movimentos diversos e bruscos; os membros tanto superiores como inferiores executão alternativamente movimentos de flexão, extensão, pronação e supinação, tão energicos, que difficilmente podem ser mantidos, e produzem-se algumas vezes fracturas e luxações; os musculos dos pés, acompanhando o movimento convulsivo geral, apresentão tambem

movimentos especiaes; a respiração se faz de um modo irregular, é convulsiva, estertorosa e desigual; os batimentos do coração são fortes e o pulso torna-se frequente, amplo e duro. As convulsões estendem sua influencia aos musculos da vida organica e determinão phenomenos especiaes; os musculos gastro-intestinaes contrahindo-se expellem os gazes e os liquidos contidos nos intestinos, produzindo borborygmos, evacuações de fézes, etc.; os musculos da bexiga se contrahem, determinando emissão involuntaria de ourinas; todas as outras secreções tornão-se mais abundantes, e assim ha corrimento de saliva, de lagrimas e de esperma. Vomitos, soluços, hemorragias differentes, muitas vezes se produzem.

4.<sup>a</sup> *Phase*.—Depois da tempestade convulsiva, do espectaculo medonho da terceira phase, a frequencia e intensidade das convulsões vão pouco e pouco diminuindo; nota-se apenas um pequeno tremor em um musculo da face, de um membro, e a scena vai sensivelmente se mudando, e no fim de um ou dous minutos a calma vem succeder á borrasca, e um suor abundante, muitas vezes fétido, de cheiro ammoniacal, vem marcar o fim d'aquella horrivel luta.

A face torna-se de uma pallidez cadaverica e o desgraçado cahe em um prolapso geral; a respiração, estertorosa, como acontece em todo o estado comatoso, vai pouco e pouco se regularizando, bem como a circulação, mas é ainda completa a perda das faculdades intellectuaes e a insensibilidade. No fim de quinze a trinta minutos o doente desperta; o seu olhar é espantado, confuso e estúpido; suas respostas incoherentes e inintelligiveis: ordinariamente queixa-se de grande fadiga, peso na cabeça e cephalalgia intensa. Um somno tranquillo e prolongado segue-se logo á este estado de estupidez, do qual o doente desperta, sem recordar-se do que soffreu, no gozo apparente de perfeita saude e prompto á entregar-se á seus negocios, salvo se em consequencia da quéda ou das convulsões tenha havido algum traumatismo que o obrigue á conservar-se de cama.

Algum tempo depois do ataque os epilepticos apresentam ordinariamente na face, no pescoço e nas espadoas algumas manchas echymoticas punctiformes, semelhantes á picadas de pulga, que

desapparecem no fim de algumas horas, podendo em alguns casos persistirem por muitos dias. São attribuidas por Van Swieten á pequenos fócios hemorrhagicos, devidos á ruptura de vasos capilares durante o ataque. Para este autor essas manchas constituem um signal muito importante para se suspeitar dos accessos nocturnos, que passam muitas vezes desapercibidos não só pelos doentes, como pelas pessoas da familia.

Geralmente o ataque tem uma duração mais ou menos de meia hora ; em alguns casos, porém, a remissão sendo muito curta e mesmo não havendo remissão alguma, os ataques se reproduzem uns sobre os outros, de modo que simulão um só, que parece se prolongar por espaço de muitas horas, ou de um, dous, tres dias, etc.

Estes accessos compostos ou imbricados são chamados por Axenfeld — paroxismos — ; por Charcot — estado do mal — ; e por Trousseau — ataques sub-entrantes.

No estado do mal ordinariamente os ataques não são completos ; acontece quasi sempre que, antes de desaparecer o coma, que acompanha logo as convulsões clonicas, antes que o individuo recobre as faculdades intellectuaes e a sensibilidade, um segundo ataque sobrevem, depois um terceiro, e assim successivamente podem realisar-se quarenta, sessenta e mais, assemelhando um só de uma duração de um ou mais dias.

Segundo Axenfeld, Dr. Jaccoud e outros, n'essas circumstancias um delirio sombrio substitue-se muitas vezes ao cóma.

Quando se trata de um accesso simples, já vimos que o doente quasi sempre volta logo ao estado de saude ; não acontece assim quando se trata dos ataques sub-entrantes ; n'este caso desordens profundas da innervação são muitas vezes a consequencia ; observa-se então um estado de melancolia, delirio furioso, tendencia ao suicidio e homicidio ; sendo tambem, segundo o Sr. Dr. Torres Homem, muito frequente o apparecimento de paralyisia, sobre tudo nas pernas, e que ella é mais ou menos completa, mais ou menos intensa e duradoura, conforme a intensidade e o numero de ataques que acommettem o doente em um mesmo dia.

FORMA APOPLECTICA.

Esta forma, segundo o Dr. Jaccoud, constitue uma variedade do grande mal, porque, diz elle, n'ella ha perda do conhecimento, quèda e convulsões; differindo, porém, da forma commum, porque n'ella falta a phase tetanica, e as convulsões clonicas, que podem ser geraes ou parciaes, são sempre menos violentas e de uma duração mais curta.

Um estado soporoso, semelhante ao coma ordinario, e que pode durar muitas horas, segue quasi immediatamente a quèda.

N'esta forma ainda se nota o predominio das convulsões de um só lado do corpo, o que constitue um caracteristico que lhe é tambem commum com a forma convulsiva.

Paralysias incompletas e ephemeras, commummente de forma hemiplegica, succedem muitas vezes aos ataques.

Estas paralysias parciaes, que durão de ordinario 4, 8, 10 dias, reproduzem-se com o apparecimento de um novo accesso; em alguns casos, porém, ellas persistem até a morte.

Diz Trousseau que se poderia explical-as do mesmo modo que as hallucinações, o delirio furioso e maniaco, que se notão algumas vezes nos accessos communs e que levão os epilepticos á tentarem contra sua propria existencia e a d'aquelles que o cercão, pela existencia de congestões e pequenos fòcos hemorrhagicos na substancia cerebral, nas meningeas, na medulla, como provão as autopsias feitas por Calmail e outros.

A forma apoplectica precede algumas vezes por muitos annos á commum, e durante esse periodo, segundo o Dr. Jaccoud, ella facilmente é confundida com a congestão cerebral, da qual, entretanto, se distingue perfeitamente, se attendermos á rapidez dos accidentes, ao seu reaparecimento frequente e á ausencia de symptomas nos intervallos dos accessos.

PEQUENO MAL.

O grande mal nem sempre se apresenta com todos os caracteristicos que acabamos de descrever; elle póde variar muito não só na intensidade, como na violencia e rapidez de suas manifestações.

Alguns epilepticos são fulminados, cahem por terra como uma massa inerte, sem que tenha havido phenomeno precursor algum, sem que tenha havido o grito; outros cahem sem conhecimento, a phase tetanica se apresenta, mas falta completamente a clonica; em outros é a phase tetanica que falta, sendo a 1ª phase seguida logo pela 3ª; assim o individuo cahe, seus membros, algumas vezes sómente os olhos, são agitados de movimentos convulsivos; depois elle se levanta, estando um pouco espantado, admirado, ou apresentando uma ligeira perturbação das faculdades intellectuaes, ordinariamente de curta duração; em outros, o accesso tem sua forma franca, apresenta todas as phases, porém é excessivamente fraco.

Vemos, pois, em vista d'essa variedade de formas, cuja intensidade e violencia vão successivamente diminuindo, cujos signaes caracteristicos falhão, ora uns, ora outros, que do grande ao pequeno mal não ha um salto, uma passagem brusca, sensivel, mas sim uma transição insensivel.

O pequeno mal converte-se ordinariamente em grande mal; algumas vezes, porém, existe simplesmente vertigem ou ausencia, sem que tenha lugar em tempo algum a forma convulsiva franca; outras vezes, segundo o professor Trousseau, e cita mesmo um caso que elle observou, é a forma convulsiva que precede a vertiginosa; em outros casos o grande mal não existe isoladamente, nos intervallos de seus accessos notão-se alguns dos phenomenos que caracterisão o pequeno mal.

A identidade de natureza das formas da epilepsia é perfeitamente provada por aquelle illustre professor, e na verdade a transição insensivel de uma forma á outra, a transformação de uma em outra, a simultaneidade, que ás vezes existe entre ellas, nos parece provar que, posto que haja multiplicidade de formas, a natureza é sempre a mesma.

Os phenomenos extravagantes, passageiros, que consistem ás vezes em um atordoamento, em um abalo, em um extasis, em o que se chama ausencia, são perfeitamente identicos em sua natureza com as violentas convulsões que constituem o grande ataque.

Trousseau assim se exprime, e acrescenta que os accidentes vertiginosos de alguma sorte caracterisão melhor a epilepsia do que a fórmula convulsiva, e que as convulsões com effeito podem ser a expressão de outras molestias que, por mais differentes que sejam

da epilepsia, são frequentemente confundidas com ella, e que a vertigem epileptica pelo contrario tem sua physionomia propria, e uma só vez que se a tenha estudado, uma só vez que se a tenha observado, não se póde confundil-a com nenhuma outra affecção.

Posto que o pequeno mal apresente uma multiplicidade de fórmãs, posto que seus typos variem ao infinito, de modo que, como muito bem diz o illustre auter acima citado, seria impossivel descrevel-os todos, o dividiremos, acompanhando o Dr. Jaccoud e outros, em dous grupos principaes:—Vertigens e ausencias, podendo-se accrescentar á estes a fórmula larvada.

#### VERTIGEM.

N'esta fórmula, em que ha perda do conhecimento, pallidez da face e convulsões parciaes, ás vezes muito limitadas, é muito rara a existencia da aura.

O doente perde repentinamente toda a noção do mundo exterior, não dando quasi nunca o grito, mas sim fazendo uma exclamação que é sempre a mesma no mesmo individuo. A face torna-se pallida; a quéda muitas vezes falta; assim, se o epileptico está assentado, conserva-se na mesma posição; se está de pé, algumas vezes tem tempo de apoiar-se em um objecto qualquer e previnil-a; o olhar torna-se espantado e fixo; alguns movimentos parciaes, circumscriptos somente á face, manifestão-se. Depois de um tempo muito curto recupera suas faculdades intellectuaes, apresentando-se apenas um pouco admirado e apatetado.

Em alguns casos a quéda tem lugar, mas, salvo um estado de estupidez que o infeliz apresenta, ou alguma contusão, volta logo a seu estado habitual. Outras vezes o paciente cahe, o olhar torna-se fixo, e as palpebras entreabertas são agitadas de brandos movimentos convulsivos; um tremor, movimentos da cabeça, da face, tregeitos extravagantes, ranger dos dentes, sobresaltos dos tendões, uma saliva escumosa pouco abundante, veem completar o quadro symptomatico.

Os phenomenos motores podem ser ainda mais energicos, e então o individuo no estado apparente de saude é sorprendido por um movimento de impulsão irresistivel; precipita-se para diante, corre em linha recta, ou gyra sobre seu proprio corpo e depois cahe; no fim de

alguns segundos levanta-se sem apresentar nenhum outro phenomeno e entrega-se ás suas occupações habituaes.

O ataque vertiginoso póde ser constituido por um delirio mais ou menos violento de palavras e de acção.

Trousseau cita o facto de uma menina que sentia uma especie de commoção geral, perdia o conhecimento e sua physionomia tomava, ora uma expressão singular de alegria e de vivacidade, ora de estupidez; depois de um minuto começava á gritar que tinha medo, entregava-se á actos desordenados e pronunciava phrases incoherentes. Depois de 7, 8 ou 10 horas voltava ao estado normal.

A vertigem póde ainda apresentar-se debaixo de formas tão variadas, que seria impossivel descrevel-as todas: ora são gargalhadas soffreadas que a caracterisão, como acontecia com um moço de Barry, citado por aquelle mesmo autor; ora é uma convulsão do diaphragma e uma bulha da glote, semelhante ao ladrar do cão, como observou Voisin; ora é um subito desejo de urinar, que precede immediatamente á perda do conhecimento, como acontecia ao doente de Tissot; ora é um grito plangente seguido de movimento brusco da mão levada á região do estomago, e um terror que apodera-se do desgraçado quando d'elle se aproxima qualquer pessoa logo depois do ataque, como nos cita um caso o professor Trousseau.

Muitos outros casos extravagantes são ainda citados por este illustre professor, que confirmão nossa proposição acima exposta.

#### AUSENCIA.

Os observadores dos tempos passados já fallavão em ausencias, mas não lhes davão um nome especial, nem formavão d'ellas uma especie particular de accessos epilepticos; mais tarde, porém, Calmail, em sua these inaugural, formou d'ellas uma variedade, uma forma especial.

N'esta forma tudo se passa silenciosamente, não se nota o quadro symptomatico tão terrivel, nem as scenas tão assustadoras que se observão nas outras formas; tudo aqui é limitado, tudo se passa rigorosamente na esphera da ideação. Nenhum podromo a denuncia, o doente no meio de sua conversação, entregue á seus trabalhos, perde repentinamente suas faculdades intellectuaes e sensitivas, não

pensa mais, não tem mais noção do mundo exterior; interrompe seu trabalho, pára no meio de uma phrase; se algum objecto tem na mão, deixa-o cahir sem sentir; tudo isso se passa em um lapso de tempo ás vezes tão curto, que, nem o proprio doente, nem as pessoas, que o cercão, percebem que houve alguma cousa de anormal; a face torna-se pallida, o olhar fixo, espantado, as pupillas contractadas ou dilatadas, as feições transtornadas. Em alguns casos o doente vacilla, podendo mesmo cahir, mas levanta-se immediatamente sem ter apresentado a menor contracção convulsiva. No fim de um tempo extremamente curto tudo se passa, o individuo nada mais sente, recupera seu estado normal, e muitas vezes sem ter o menor conhecimento do que se passou, termina uma palavra cortada ao meio pelo accesso, completa uma phrase não terminada, continúa seu trabalho interrompido; algumas vezes, porém, uma cephalalgia gravativa o atormenta.

Se elle tinha algum objecto na mão e deixou cahir, ou atirou para longe de si, fica sorprendido por vel-o em outro lugar; ás vezes passa-se o accesso sem que elle deixe cahir o objecto que tinha na mão, e sem que interrompa o que estava fazendo.

Um individuo está jogando, diz Trousseau, tem na mão a carta que dispõe-se á jogar; de repente pára, fica immovel, os olhos se fechão ou ficão fixos; dá depois um grande suspiro e continúa seu jogo, lança sobre a mesa a carta que tinha na mão, a qual reconhece perfeitamente, embora um instante antes não a visse.

O mesmo autor cita um musico, que tocava rabeca nos theatros: acontecia ás vezes que durante o tempo que elle tocava, era acommettido do accesso, e, apesar de ficar completamente estranho ao que se passava em torno d'elle, de não ouvir, de não vêr aquelles aos quaes elle acompanhava, continuava á tocar e á seguir o compasso.

Apezar da perda das faculdades intellectuaes se produzir e se dissipar instantaneamente, ás vezes é tão completa, que o epileptico póde cahir de uma grande altura, póde queimar-se sem que sinta a menor dôr.

A ausencia, embora apresente {accidentes aparentemente tão brandos, tanto que passão muitas vezes desapercibidos, é a forma que impressiona mais profundamente o systema nervoso, é a que produz alterações mais profundas das faculdades intellectuaes.

## FORMAS LARVADAS.

Apezar de nos termos esforçado por descrever as variedades mais importantes do mal caduco, procurando reunil-as em quatro formas principaes, nosso esforço está muito áquem do fim desejado, e nem nossa pretensão é tal, que nos leve á vaidade de suppôr, por um momento sequer, que temos conseguido aquillo que autores de illustração e talento superior não têm podido conseguir, nós que ao lado d'elles nos consideramos pygmeu. Empregando ingente esforço, só temos em mente, apresentando aqui um pallido reflexo d'aquillo que elles têm descripto á respeito d'esta molestia, cumprir menos mal a tarefa assás pesada que a Faculdade nos impõe.

Devemos ainda, para terminar esta parte importante da nossa these, fallar sobre certas formas, que não poderão ser incluídas nas quatro acima mencionadas.

Dissimulando-se debaixo de manifestações de outras affecções, a epilepsia póde-se occultar e passar desapercibida por muito tempo.

E' á essas manifestações disfarçadas, muito differentes das modalidades ordinarias da epilepsia, que se tem dado o nome de formas larvadas. As mais communs são: a nevralgia do 5º par, o tic convulsivo e a angina do peito.

Trousseau em sua excellente —Clinica Medica— chama a attenção dos praticos sobre estas formas, e cita muitos factos de nevralgia do 5º par, d'onde se deve concluir que muitas vezes se suppõe tratar de uma simples nevralgia e entretanto estar-se em presença de uma verdadeira nevralgia epileptica, occulta, disfarçada debaixo d'aquellas manifestações.

O Dr. Jaccoud, acceitando a opinião d'aquelle autor, diz que se deve evitar toda a exaggeração sobre este objecto e que só se deve considerar como epilepticas aquellas nevralgias, quando no fim de certo tempo fõrem substituídas por ataques francos, ou quando estes se alternarem com ellas.

Mesmo independente da epilepsia se alterar com qualquer d'aquellas nevralgias, ou substituil-as no fim de um tempo mais ou menos curto, certos caracteristicos proprios de algumas das formas epilepticas podem acompanhal-as, como seão: a instantaneidade em suas invasões, a sua grande violencia, sua apparição irregular e

sem que haja causa conhecida, uma duração mais ou menos igual aos ataques, e a resistencia á uma medicação energica e apropriada ; n'estes casos Trousseau acredita que se trata da epilepsia coberta com a capa d'aquellas nevralgias.

O illustre clinico do Hotel-Dieu, imitando á Julio Falret, admitte o delirio agudo paroxistico, que apresenta-se sem manifestação alguma epileptica, como forma larvada da epilepsia, e o denomina de loucura epileptica.

O Dr. Jaccoud, porém, é de opinião que elle é antes um effeito da molestia do que uma forma larvada ; é uma consequencia das desordens impressas no cerebro pelos ataques, e se tem sido considerado como accidente primitivo, é porque as vertigens, as ausencias e os ataques nocturnos passam muitas vezes de-apercebidos.

### Intervallos dos accessos.

Os intervallos dos accessos varião muito, desde um espaço de tempo extremamente curto, até um espaço que comprehende mezes e mesmo annos.

Quando a epilepsia é recente, quando os ataques são afastados, quando não ha complicação alguma, a saude de ordinario, salvo algum traumatismo devido á quèda e ás convulsões, é apparentemente perfeita durante os intervallos dos accessos.

Alguns autores, attendendo á este estado de saude apparente, pensão que a epilepsia é uma molestia constituida sómente pelo ataque ; outros, porém, vendo as modificações profundas que vão se apresentando á medida que a molestia vai se tornando mais antiga e os ataques se multiplicando, dizem que o ataque é uma manifestação agúda da molestia e o seu symptoma mais saliente, e que a epilepsia existe sempre, é um estado latente, cuja explosão é o ataque.

E na verdade a molestia não consiste sómente no ataque ; se a principio ella consiste em um certo gráo de excitação do bulbo e o ataque é a expressão de que a excitação bulbar chegou á seu maximo de intensidade, mais tarde sua acção devastadora se estende á todo o systema nervoso, e á proporção que ella se vai tornando mais antiga e os accessos vão se aproximando cada vez mais, quando sobre tudo se manifestão os ataques compostos, notão-se al-

terações mais ou menos profundas no physico, no moral e nas faculdades intellectuaes; e essas alterações e desordens vão sempre progredindo á medida que se repetem e se multiplicão os accidentes.

A physionomia dos velhos epilepticos apresenta um cunho especial, e, como diz Esquirol, seus traços engrossão-se, as palpebras inferiores inchão-se, os labios tornão-se espessos, o olhar incerto, os olhos vacillantes e as pupillas dilatadas. Na expressão do rosto lê-se o abatimento e a estupidez, e o mais bello semblante torna-se feio.

O andar torna-se vacillante, os movimentos pesados, os braços e as pernas se adelgação e não se achão mais em relação com a grossura do resto do corpo.

Ha algumas vezes paralysias.

As funcções da vida organica se modificão, se alterão; elles cansão-se ao menor esforço; são sujeitos á cardialgias, á flactuosidade e á tremores; evitão os exercicios e cahem no estado de obesidade, ou então de magreza; são predispostos aos excessos, sobre tudo ao onanismo, o que muito concorre para tornar mais desgraçada sua situação.

As mudanças que vão se operando no moral dos epilepticos são muito notaveis. Tornão-se tristes, sombrios, melancolicos, desconfiados, teimosos, susceptiveis, irritaveis, rixosos, intrataveis, queixão-se sem razão, brigão sem motivo e offendem a todos.

As faculdades intellectuaes vão se enfraquecendo progressivamente até que se pervertem e a demencia vem marcar o ultimo grão de degradação; as sensações perdem sua vivacidade, a memoria vai pouco a pouco desaparecendo e a imaginação se apagando. Um delirio violento ás vezes se manifesta nos intervallos, e impelle o doente ao suicidio, ao assassinato e ao incendio.

Em alguns casos, porém, a intelligencia parece nada soffrer, e são muito conhecidos, e citados por quasi todos os autores, os nomes de J. Cesar, Petrarcha, Mahomet, Pedro o Grande, Molière, e Newton, que não obstante serem epilepticos, conservarão sempre intactas suas faculdades e são até mencionados pela historia como grandes genios.

### Frequencia.

A epilepsia, além de ser um flagello terrível pelo aspecto symptomatico que apresenta, pelas suas multiplas complicações, pela sua terminação quasi sempre fatal, pela sua quasi incurabilidade, é ainda pela grande frequencia com que assola a humanidade em todos os paizes.

Herpin, Niemeyer, Grisolle e outros dão a proporção de 6 epilepticos para 1,000 individuos; outros autores dão 4 para 1,000, e o Dr. Jaccoud dá apenas a proporção de 1 para 1,000.

O pequeno mal é, segundo a maioria dos autores, mais frequente do que o grande.

A frequencia dos accessos é extremamente variavel; alguns doentes só têm um ataque durante toda a vida; e n'estes casos Niemeyer diz que se deve consideral-o como eclamptico e não como epileptico, isto é, como uma forma morbida, que só differe da epilepsia por sua marcha aguda; outros têm um ataque e passão-se dous, tres e mesmo muitos annos para que se manifestem outros; em outros o ataque se repete de anno em anno, de mez em mez, de dia em dia; outros finalmente, passando um tempo variavel sem ter um só ataque, são acommettidos de uma serie de accessos reentrantes.

Trincavilli, citado por Grisolle, falla de um menino que tinha cerca de 150 ataques em um só dia, e um epileptico, observado por Voisin, chegou a ter 450 accessos diarios.

Ha grande desaccôrdo a respeito da influencia que o dia e a noite exercem sobre a frequencia dos accessos. Uns, em menor numero, dizem que são mais communs durante o dia; outros, em maioria, affirmão que os accessos nocturnos são muito mais frequentes; e Beau, como que querendo solver o nó gordio, sustenta que o gráo de frequencia é o mesmo tanto de dia como de noite.

Os primeiros explicão a maior frequencia dos accessos diurnos appellando para as perturbações nervosas, as emoções, a actividade, a excitabilidade, que são geralmente despertadas durante o dia.

Os segundos discordão quando procurão explicar a razão da maior frequencia dos accessos nocturnos. Entre elles, uns dão como razão o decubito que o individuo guarda durante a noite, e que favorece a congestão para o cerebro; outros vão procural-o nos phenomenos meteorologicos; e outros, baseando-se nas descobertas de Setchenow, que admitte no cerebro centros moderadores do poder reflexo da medulla, e que por conseguinte o cerebro perdendo aquella acção, augmenta-se aquelle poder, explicão a maior frequencia dos accessos durante a noite pelo estado do somno. As experiencias deste autor provão com effeito que, quando um sangue abundante e rico chega ás camadas opticas, o poder excito-motor diminue, e o contrario se dá quando ha anemia cerebral, isto é, o poder excito-motor se exagera quando as camadas opticas não recebem sangue, ou recebem um sangue muito empobrecido. Ora, se é verdade que produz-se anemia cerebral durante o somno, os centros moderadores devem perder ou diminuir sua acção e o poder excito-motor augmentar-se durante esse estado.

As emoções moraes vivas, sobre tudo o susto, o terror, sendo causas muito communs do reaparecimento dos accessos, e produzindo anemia cerebral, parecem dar ainda razão áquella theoria.

As phases da lua, a direcção dos ventos, o calor excessivo, as chuvas torrencias, têm sido apontadas como causas, que exercem influencia notavel no apparecimento dos accessos; mas nada ha de positivo á este respeito.

Em algumas circumstancias é difficil e mesmo impossivel conhecer-se as causas occasionaes que dão lugar ao ataque; em outras ellas são perfeitamente conhecidas, e mencionaremos como as mais importantes entre ellas, além das já mencionadas, os excessos de toda a especie, onanismo, coito, abusos de mezas, de bebidas, a menstruação, as impressões phisicas, como sejam o frio, a humidade dos pés, os ruidos fortes, etc.

### Marcha.

A epilepsia é uma molestia de marcha essencialmente chronica e que acompanha quasi sempre o doente até o tumulo.

A epocha em que ella apparece é difficil de ser determinada, porque, se em alguns casos se manifesta francamente, em muitos se conserva latente por espaço de tempo variavel, occultando-se sob as formas larvadas, ou apresentando symptomas tão variaveis que não permitem ao medico conhecer, guiando-se por elles, a natureza da molestia ; ou então porque os ataques se dão durante a noite e passão desaperebidos.

Para alguns, porém, que admittem o seu começo datando do primeiro accesso, é facil determinar a epocha de seu apparecimento.

O reapparecimento dos accessos não offerece, em geral, regularidade alguma ; onde elles têm uma certa tendencia á se aproximar da regularidade é nas mulheres, nas quaes muitas vezes reapparecem em cada epocha catamenial. E' por esta razão que Beau, baseando-se em uma estatistica tirada em hospital de mulheres, disse que os accessos mensaes são os mais ferquentes.

Para Axenfeld uma verdadeira periodicidade dos accessos é cousa rara, mas diz que as estatisticas demonstrão que sua volta quasi regular é mais frequente do que sua irregularidade absoluta. Este mesmo autor cita como curiosidade uma moça que nascêra de sete mezes, tornára-se epileptica aos sete annos, tinha accessos de sete em sete dias e sempre ás 7 horas da manhã.

O que é certo, é que os accessos vão se aproximando á proporção que a molestia vai-se tornando mais antiga.

Em um mesmo individuo, se o reapparecimento dos ataques não é invariavel e uniforme, se nota, todavia, que certos phenomenos tendem á tomar um caracter constante e immutavel. E' assim que se um primeiro accesso fôr precedido de prodromos, estes se manifestarão quasi sempre nos seguintes ; a aura terá o mesmo ponto de partida ; a quêda se dará geralmente para o mesmo lado ; o grito, se existir, será sempre o mesmo ; as convulsões começarão ordinariamente pelos mesmos musculos e terão a mesma intensidade e violencia ; se o primeiro accesso fôr diurno ou nocturno, os subsequentes serão quasi que invariavelmente de dia ou de noite.

Geralmente a molestia começa ou por ataques passageiros e espaçados, que com o correr do tempo vão-se tornando pouco á

pouco mais fortes e aproximados, ou em alguns casos por ataques fortes e frequentes, que mais tarde seguem uma marcha decrescente, ou então se manifesta por ataques convulsivos, apoplectiformes, de natureza duvidosa, ou finalmente disfarçados sob uma forma larvada, que depois de algum tempo se torna franca.

A uniformidade dos prodromos ás vezes é tal que os doentes, á proporção que a molestia vai se tornando mais antiga, vão conhecendo o seu valor e sua significação, de modo que podem prever a proximidade do accesso e procurar uma cama, evitando assim as consequencias, ás vezes funestas, da quéda.

Nos casos em que ha alguma regularidade na volta dos accesos, alguns autores dizem que ella é dependente do estado de excitabilidade do bulbo, que esta ora se acha diminuida, ora augmentada, isto é, que depois de um accesso ella se acha esgotada, mas que vai pouco á pouco se accumulando até uma certa somma; chegada á este ponto, uma causa occasional, por mais insignificante que seja, pode provocar o accesso; esta certa somma, esta accumulção de excitabilidade, talvez por simples coincidencia, realisa-se em epochas mais ou menos regulares. Para os que admittem esta hypothetica explicação as causas occasionaes perdem quasi todo o seu valor.

A intermittencia dos ataques não tem podido ser explicada physiologicamente. Todas as explicações mais ou menos engenhosas até aqui dadas para explical-a não passam de hypotheses, que mostram antes o talento superior e o espirito atilado e insaciavel de alguns autores que desejão penetrar e devassar os mais reconditos arcanos do organismo, do que explicações que satisfção o espirito. Assim, Schroder van der Kolk compara a medulla allongada á uma botelha de Leyde, ou ao apparelho electrico de certos peixes, que depois do choque perdem sua electricidade para logo a readquirerem; do mesmo modo a medulla allongada depois do ataque perde sua acção excito-motora, e em seguida vai readquirindo-a pouco á pouco, até que possa produzir nova explosão.

Niemeyer pergunta se a intermittencia não será devida á uma irritação que só periodicamente tocará a medulla allongada, ou

se antes deve-se admittir que a medulla, estando em um estado morbido continuo, precisa todavia, para produzir o ataque, ser irritada por novas excitações, que se transmittem á ella, vindo do cerebro, da medulla espinhal, dos nervos periphericos ou visceraes?

O Dr. A. Manso diz se não será mais racional appellar-se para a lei do habito e admittir-se a intermittencia dos accessos dependente da congestão periodica do bulbo, etc.? A este respeito pensamos como Niemeyer, quando diz: « Presentemente estes factos não podem ser comprehendidos de nenhuma maneira, e seria muito ocioso citar ainda outras hypotheses imaginadas para explical-os. »

A physiologia e a anatomia pathologica talvez um dia nos venhão dar a razão d'essa intermittencia, por emquanto impossivel de ser explicada.

### Complicações.

Acompanhando o Sr. Dr. P. Guimarães, dividiremos as consequencias do mal caduco em duas classes, e collocaremos na 1ª aquellas, que chamaremos accidentes, por se acharem intimamente ligadas aos symptomas dos accessos e por poderem ser produzidas somente no correr de sua duração; na 2ª classe collocaremos aquellas que, podendo se manifestar tambem durante os accessos, são antes verdadeiros resultados d'elles: á estas daremos propriamente o nome de complicações, que abrangerá tambem as molestias que, sem depender dos accessos, podem vir associar-se á epilepsia.

Os accidentes podem ainda ser subdivididos em duas especies: á 1ª pertencem aquelles que dependem immediatamente dos movimentos convulsivos energicos, taes como as lesões da lingua, as fracturas dos dentes, as rupturas dos musculos, as luxações, as fracturas, etc. A' 2ª pertencem todos aquelles que acompanhão a quéda, taes como as contusões, as luxações, as fracturas, as queimaduras, as asphyxias, as commoções cerebraes.

#### 2ª CLASSE OU COMPLICAÇÕES.

*Alienação mental.*—Occupa o primeiro lugar entre as complicações a alienação mental, que para Esquirol complica-se com a epilepsia quatro vezes sobre cinco epilepticos.

Axenfeld acha muito exaggerada esta proporção, e diz que ella é baseada em estatisticas tiradas de hospicios, onde predominão as formas mais graves do mal caduco.

*Hysteria.*—A hysteria, segundo Trousseau e muitos outros autores, é tambem uma complicação muito frequente da epilepsia.

Axenfeld, fundando-se em suas observações, diz que ha uma hystero-epileptica em cinco epilepticas.

A hystero-epilepsia pode apresentar-se debaixo de formas differentes; em alguns individuos os ataques hystericos e epilepticos se separão, sendo o doente ora acommettido por ataques puros de hysteria, ora de uma das formas do grande mal; em outros é a vertigem ou a ausencia que alternão-se com a hysteria, ou esta vem se associar áquellas; em outros a hysteria vem se unir á epilepsia e os ataques de uma e outra se confundem, tendo lugar em uma mesma occasião.

O Sr. Charcot admite que as duas molestias podem combinar-se de diversas maneiras em um mesmo individuo, existir simultaneamente, tendo cada uma sua marcha propria, sem influir uma sobre a outra de uma maneira séria, conservando cada uma seus caracteristicos e o seu prognostico; admite emfim o grupo que Landouzy denomina—hystero-epilepsia de crises distinctas—, mas não admite, e apoia sua opinião em solidos argumentos, a existencia da hystero-epilepsia de crises combinadas ou mixtas, isto é, uma hystero-epilepsia coeva, na qual haveria uma combinação em doses variaveis das duas nevroses. N'este caso diz elle que ha somente hysteria, uma forma particular mais intensa que a commum.

As congestões persistentes para orgãos importantes, as hemorragias, as inflammações do cerebro, das meningeas, que são quasi sempre consequencias dos ataques, podem em casos raros adquirir grande gravidade e tornar-se verdadeiras complicações da epilepsia.

### Terminação.

A morte, que termina o desgraçado viver do epileptico, pode ser devida á muitos estados pathologicos, que são o resultado dos accessos, ou o resultado de causas inteiramente independentes da epilepsia.

Assim ella pode ser devida á lesões traumaticas dependentes da quéda; á uma asphyxia determinada pela quéda do individuo n'agua, pela compressão das aberturas da bôca e nasaes de encontro ao travesseiro durante o accesso, e pela compressão ou penetração de materias alimenticias nas vias aereas, quando o ataque tem lugar logo depois da refeição e o doente vomita, e, ou por causa da constricção do pharynge, as materias não podem ser rejeitadas para fóra e comprimem o larynge, impedindo a entrada do ar nos pulmões, ou antes por causa do trismo, que faz com que ellas penetrem nas vias aereas.

Grisolle cita um facto d'este genero, observado por Gendron.

A morte que sobrevem em consequencia da repetição dos ataques, é ainda muitas vezes determinada pela asphyxia ocasionada pelo espasmo dos musculos respiratorios.

A terminação fatal pode ser tambem explicada pelas violentas congestões e hemorragias cerebraes, pelas inflammções do cerebro e seus involucros. A ruptura do coração já morbido, de um aneurisma, do baço amollecido, pode, como já tem sido observado, vir cortar a misera existencia do epileptico.

A superexcitação nervosa muito prolongada traz esgoto nervoso, e a vida desaparece.

Mesmo n'um dos primeiros ataques, diz o Sr. Dr. P. Guimarães, especialmente quando estes têm lugar no meio das volupias da copula ou do onanismo, a morte pode sobrevir; mas, continúa elle, poder-se-ha affirmar que foi o accesso em si, e não uma apoplexia ou congestão cerebral por elle determinada, que cortou a existencia do doente?

Para Grisolle alguns doentes succumbem bruscamente no intervallo dos accessos, apresentando phenomenos de uma syncope.

A alienação mental sendo uma complicação muito commum n'esta molestia, e havendo nos epilepticos, que soffrem de perturbação intellectual, grande tendencia ao suicidio, podemos mencioná-lo como uma de suas terminações.

A epilepsia póde, entretanto, em alguns casos, infelizmente muito raros, terminar pela cura, mesmo, segundo o Sr. Dr. P. Guimarães, quando entregue unicamente ás forças da natureza.

Herpin, contra a opinião de quasi todos os autores, affirma que a terminação pela cura é facto muito commum, e apresenta uma proporção d'aquelles que se curão realmente animadora.

## VIII.

### Pathogenia.

Desde a mais alta antiguidade se tem procurado saber em que condições se produzem os phenomenos diversos e multiplos que constituem a epilepsia, e á que região do organismo se pode referir-os.

Para resolver essa dupla questão, que conserva entre si tão íntima relação, numerosas hypotheses forão imaginadas pelos autores, porém nenhuma dellas satisfaz o espirito menos exigente. Hippocrates acreditava que os accidentes epilepticos erão devidos á serosidade; Platão á pituita, e outros á bilis accumuladas no cerebro.

Mercurialis collocava a séde da molestia nos ventriculos posteriores, e Quercitanus no coração.

Os seculos se ião succedendo sem que se chegasse á determinar e á conhecer sua séde e natureza; porém os autores que tambem se succedião não desanimarão, e novas theorias erão por elles imaginadas.

Tissot, esse vulto da sciencia, tambem apresentou sua theoria, indo procurar na origem dos nervos a séde da epilepsia.

Os estudos anatomo-pathologicos parecião destinados á vir resolver essa questão, e para elles voltarão todas as attencões; muitas autopsias de epilepticos forão feitas e multiplas e inconstantes lesões forão encontradas, sem que o anatomo-pathologista podesse explicar os accidentes epilepticos. A anatomia pathologica não pôde, pois, arrancar dos arcanos do organismo o segredo que viesse explicar os phenomenos do mal caduco.

Menard, porém, baseando-se antes nas idéas de Gall do que na anatomia pathologica, attribua os accidentes epilepticos á uma

lesão do cerebello; e tinha tanta convicção de sua opinião, que chegava á affirmar que nos casos em que não se encontravão pela autopsia lesões n'aquella parte do encephalo, era porque não tinha sido devidamente feita.

Boucher e Casauvieilh os attribuião á um estado inflammatorio da substancia branca; outros á uma encephalite chronica; outros á congestões cerebraes, etc. Estes ultimos querião con-eguir tudo da anatomia pathologica e desprezavão a physiologica.

A divergencia que existe entre as opiniões acima citadas mostra as trevas espessas que envolvião a natureza e séde da molestia que occupa nossa attenção. Não precisamos apresentar aqui argumentos para destruil-as, por isso que não resistem á menor objecção.

A physiologia em harmonia com o methodo experimental veio então tornar menos obscura a questão pathogenica da epilepsia.

Fundado na physiologia, Marshall-Hall, distincto physiologista inglez, apresentou sua theoria, que, depois de modificada, foi geralmente accéita e hoje é considerada como corrente na sciencia, por isso que explica todos os phenomenos epilepticos e satisfaz mesmo a um espirito exigente. Segundo essa doutrina a séde da molestia é o bulbo, cuja irritação morbida dá em resultado os diversos phenomenos que a caracterisào.

Se á Marshall-Hall cabe a gloria de ter sido o primeiro que teve a idéa da localisação da séde da epilepsia na região bulbar, á Brown Sequard, e Kussmaul e Tenner cabe a de terem-n'a modificado e firmado por meio de suas experiencias, feitas em animaes, nos quaes elles conseguirão reproduzir os phenomenos epilepticos.

O Dr. Jaccoud reune o resultado d'essas experiencias nas conclusões seguintes:—1.ª A excitação do mesocephalo (substancia parda) provoca convulsões geraes e symetricas;—2.ª O mesocephalo é a unica parte do systema nervoso, cuja excitação produz conclusões geraes e symetricas;—3.ª Os effeitos convulsivos que resultão da excitação bulbar não dependem da influencia cerebral, pois podem ser produzidos com caracteres identicos, quando são subtrahidos os hemispherios cerebraes;—4.ª A anemia subita do cerebro dá em resultado a abolição da actividade cerebral, em todos os seus modos, conhecimento, percepção e volição.

As tres primeiras conclusões são os resultados, como dissemos, das experiencias de Brown Sequard e Hussmaul e Tenner; a 4ª encontra um forte apoio nas experiencias de Donders e de van der Becke Calenfels, que demonstrarão a contractilidade dos vasos da pia-mater; além d'isso se sabe que a medulla allongada é o ponto d'onde parte a innervação do *systema vaso-motor*. Não resta, pois, duvida alguma que o bulbo é a séde, o ponto de partida dos phenomenos epilepticos.

Conhecida a séde da molestia, resta-nos conhecer a sua natureza.

Por mais de uma vez temos dito que nas necropsias, feitas em epilepticos, têm sido encontradas numerosas e variadas lesões, mas que não ha uma só que seja constante. Schroder van der Kolk, estudando attentamente esta questão, encontrou nos casos recentes os vasos da medulla allongada dilatados e hyperemiados; á medida que estudava casos mais antigos, encontrava tambem alterações mais positivas. Observou que a dilatação dos vasos é seguida de uma exsudação albuminosa, que suas paredes espessão-se e se endurecem, e que os elementos nervosos participão d'esse endurecimento, e que ulteriormente podem tornar-se gordurosos e amollecidos.

Como se vê, as lesões encontradas por van der Kolk são consecutivas aos ataques e não primitivas. Portanto, não havendo lesão alguma constante e por si só capaz de produzir os accesos; e por outro lado estes podendo ser produzidos na ausencia de qualquer lesão, pelo menos apreciavel aos meios de que dispomos, e sendo o character das nevroses a ausencia de uma alteração organica constante e invariavel, concluimos que a epilepsia é uma nevrose cerebro-espinhal, porque occupa a base do cerebro e parte superior da medulla espinhal, de natureza desconhecida, como acontece a todas as nevroses.

Vejamos agora se podemos explicar os phenomenos principaes da epilepsia.

**AURA.**—É o primeiro phenomeno, que se dá; é a sentinella avançada dos accesos.

Os phenomenos que constituem as tres especies de aura devem ser considerados como a expressão de um estado morbido local,

dizem Portal e Herpin; são uma sensação illusoria analoga áquellas que os amputados accusão no côto ausente, dizem Willis e Sauvages; são o écho afastado de um estado pathologico dos centros nervosos, diz Axenfeld.

Vejamose se os autores supra mencionados têm razão pronunciando-se d'esse modo.

A aura psychica ninguem contesta que sua origem seja central.

A aura sensitiva se traduz por uma sensação; ora, para que esta se dê, é necessario que haja um ponto impressionado e um centro receptor, que é o sensorio, além do trajecto pela impressão percorrido; portanto, para que haja aura é necessario que haja uma impressão em um ponto qualquer da via transmissora. Vejamose, pois, em que ponto se faz essa impressão.

Não é da periphèria que parte a impressão, porque em muitos casos em que existe aura não se encontra lesão alguma na parte em que ella se manifesta, nem tão pouco causa que a explique; e nos casos em que encontrão-se lesões, que parecem explical-a, não são ellas sua causa, porque, se assim fôsse, sempre que semelhantes lesões existissem, a provocarião, o que não succede; devemos, pois, procurar sua causa em um ponto afastado da periphèria, isto é, no centro nervoso.

Ora, sabendo-se, segundo a pathogenia da epilepsia, que sua séde é no bulbo e que sua natureza consiste na irritabilidade d'essa mesma região; e sabendo-se mais, pelos dados anatomophysiologicos, que os diversos pontos dos centros nervosos achão-se em perfeita continuidade, podemos concluir que é do bulbo que parte a impressão que, transformada em sensação no sensorio, produz a aura sensitiva.

Não queremos, porém, ser absolutos. Pode em alguns casos haver uma impressão periphèrica; mas esta não será nunca sufficiente para produzir por si só a aura; é necessario que ella ao passar pela região bulbar encontre-a predisposta, em estado de irritabilidade tal, que a exagere, do contrario nenhum phenomeno se manifestará.

A ausencia de lesões nos pontos de partida e a falta de relação entre essas lesões, quando existem, e os accessos, nos levão tambem a concluir que a aura sensitiva é central. Demais, sendo

algumas vezes impossivel estabelecer-se limites entre as tres especies de aura, e ellas se confundindo em alguns casos, tanto que, segundo Axenfeld, somos forçados até certo ponto a dar-lhes uma séde commum, e ninguem negando que a psychica seja central, segue-se que a sensitiva e a motora tambem o são.

AURA MOTORA. — Além das ultimas razões acima dadas, os movimentos, que a caracterisção, sendo semelhantes aos determinados por lesões e incisões praticadas no encephalo nos estudos experimentaes, nos levão tambem a concluir que a aura motora é de origem central.

PERDA DO CONHECIMENTO E PALLIDEZ DA FACE. — A excitação morbida do bulbo existindo, propaga-se por intermedio de filetes nervosos aos ganglios cervicaes superiores, e d'estes ao grande sympathico cervical e aos nervos vaso-motores ; d'ahi a contracção das arterias, anemia do cerebro e da face, e por conseguinte a perda do conhecimento e a pallidez da face. A simultaneidade d'estes dous phenomenos indicão bem que ha uma relação intima entre as causas que os produzem.

A explicação acima, dada por Schroder van der Kolk e aceita pelo Dr. Jaccoud, foi demonstrada experimentalmente por Brown Sequard e por Donders e van der Becke Callenfels, que, irritando o bulbo ou os ganglios cervicaes do grande sympathico, fizeram contrahir os vasos da pia-mater e da face. Se appellarmos para a observação clinica, vemos que a intervenção do grande sympathico na producção dos accessos não pode ser posta em duvida ; pois muitos outros symptomas que acompanhão a crise, e que só podem ser devidos á sua influencia, provão claramente. E' assim que os vomitos, as dôres visceraes, as emissões involuntarias de ourina, de materias fecaes, de esperma, etc., que de ordinario têm lugar durante o accesso, são devidas a um estado anormal do grande sympathico. Após a anemia cerebral e a pallidez da face, vem a congestão. Os nervos vaso-motores se relaxão, os vasos se dilatão e por conseguinte maior affluxo de sangue para elles. Congestão, que é exagerada pela contracção tetanica dos musculos do pescoço, que produz a stase do sangue nas veias da cabeça. A perda do conhecimento, que até então era devida á

anemia cerebral, agora será devida á congestão, não obstante a opinião contraria de Axenfeld.

O Sr. Dr. Poincaré tambem pensa que a perda do conhecimento não deve ser attribuida á uma congestão consecutiva á anemia dos lóbos cerebraes. Elle diz que os lóbos cerebraes continuão exangues, ao passo que o resto do encephalo e a face se congestionão cada vez mais.

E' na verdade difficil de conceber-se a razão por que os vaso-motores, que presidem os vasos dos lóbos cerebraes, conservão-se em um estado de tonicidade exagerada, ao mesmo tempo que os vaso-motores, que presidem os vasos do resto do encephalo e da face, e que pertencem ao mesmo systema ganglionar que os primeiros, se relaxão.

O illustre professor adjunto da Faculdade de Medicina de Nancy, depois de apresentar algumas razões para sustentar suas idéas, diz que nas autopsias feitas em epilepticos a anemia parcial do encephalo se mostra da maneira a mais evidente. A' esta ultima razão nos submettemos, porque não podemos duvidar da probidade medica d'aquelles que têm encontrado no cadaver essa anemia parcial. Sómente diremos que ha de ser difficil, que em um epileptico morto durante o accesso, os vaso-motores, que presidem aos lóbos cerebraes, se conservem, até o ultimo momento em que a vida se extingue, em estado de tonicidade exagerada.

Demais, os vaso-motores já fatigados pelo excessivo trabalho que desenvolvem, e por outro lado o affluxo sanguineo que se faz com toda a energia para o cerebro durante a phase tonica, são circumstancias que parecem excluir toda a idéa de anemia parcial.

GRITO. — Beau diz que o grito é devido a uma expressão rapida de surpresa ou de terror, que o doente sentiria ao cahir.

Herpin o attribue a uma viva dôr.

Nem uma, nem outra opinião pode ser acceita, porque então o epileptico deveria, depois de passado o accesso, lembrar-se do grito, e isso não se dá.

A opinião de Axenfeld, acceita por Grisolle, pelo Dr. Jaccoud e outros, parece explicar melhor esse phenomeno. Segundo essa opinião, o grito é o resultado da contracção espasmodica dos musculos do larynge, acompanhada de um movimento brusco de expiração,

devido á contracção dos musculos respiratorios, quando as faculdades intellectuaes já estão completamente abolidas.

QUÉDA. — Segundo Billot, a quéda é devida ás convulsões tetanicas e a sua direcção depende dos musculos tetanisados. Não sabemos como Billot explicaria a quéda que pode ter lugar em outras molestias, nas quaes não ha convulsões de especie alguma.

Com Voisin acreditamos que é muito mais racional attribuil-a á abolição das faculdades intellectuaes.

CONVULSÕES TONICAS. — Esta phase é a traducção fiel do maximo de exaltação do bulbo ; e, segundo Axenfeld, a parte superior da medulla espinhal provavelmente tambem participa d'essa exaltação.

Dada a irritação bulbar, ella se propaga, qualquer que seja o modo pelo qual se produza, aos nervos motores mais vizinhos, taes como o facial, glosso-pharyngeo, hypoglosso, maxillar inferior, e provoca a contorsão da face, a constricção da garganta, movimentos convulsivos da lingua e dos maxillares. Em seguida a irritação invade os nervos que presidem a respiração, os musculos do thorax se tetanisão, a immobilidade d'este é completa e a asphyxia imminente. A propagação da irritação não pára ainda, transmite-se logo aos nervos motores rachidianos, e o tronco e os membros tambem entrão em scena, e as convulsões tetanicas são então geraes.

CONVULSÕES CLONICAS.—Se o tetanismo é a expressão da maxima excitação bulbar, as contracções intermittentes, que constituem o clonismo, indicão diminuição d'essa excitação, indicão que os centros nervosos já não podem reagir, já não se vão esgotando.

Não precisamos, para explicar esta phase, appellar para a lei geral da economia, segundo a qual todo o excesso de actividade funcional é seguido de esgoto nervoso, visto que a perturbação da hematose e o accúmulo de accido carbonico no sangue, e por conseguinte o sangue venoso, que então predomina, nos parece explicar satisfactoriamente. A contracção espasmodica dos musculos respiratorios suspende a respiração, a troca de oxygeno e acido carbonico não se faz mais, o sangue tornando-se então venoso entorpece todo o organismo, e do seu contacto com os centros de motricidade segue-se a extincção gradual de toda a acção motora. E' durante a diminuição gradual da motricidade que o clonismo se manifesta.

**DILATAÇÃO DA PUPILLA.**—As fibras radiadas da iris estando debaixo da influencia do grande sympathico, e sendo est. superexcitado, se contraem e produzem a dilatação da pupilla.

**ESCUMA.**—A baba escumosa é devida á uma hipersecreção das glandulas salivares, que a seu turno é auxiliada pelos movimentos automaticos da mastigação, que fazem affluir a saliva, tornada escumosa por sua mistura com o ar atmospherico, para a parte anterior da bôca.

Os ferimentos da lingua, das gengivas, da bochecha e dos labios, devidos aos dentes postos em acção pelos movimentos convulsivos dos maxillares, e talvez á exsudação sanguinea da mucosa das primeiras vias, explicão o sangue que corre de mistura com a escuma.

**MORDEDURA DA LINGUA, DOS LABIOS, ETC.** — Os movimentos convulsivos dos musculos da lingua e da face, levando a lingua, os labios, etc., entre as arcadas dentarias, explicão as feridas d'essas partes.

**PEQUENHEZ DO PULSO.** — A excitação dos filetes sympathicos dos vasos, produzindo a constricção das arterias, nos dá conta da pequenez do pulso, assim como a relaxação ulterior dos mesmos filetes explica a sua amplidão posterior. A extensão forçada dos braços para trás e a rigidez dos musculos da região brachial devem concorrer tambem para a pequenez do pulso.

**COMA.**—Após o spectaculo terrivel das convulsões, vem o coma, acompanhado de respiração estertorosa. Elle é a expressão do esgoto nervoso, ou, o que é ainda mais provavel, de uma hyperemia cerebral.

A' medida que a hyperemia vai-se dissipando, que a respiração vai-se regularisando, o coma é substituido por um somno tranquillo e reparador, do qual, se não houve algum accidente devido á quéda e ás convulsões, e salvo alguma fadiga, peso na cabeça, máo humor, etc., o individuo levanta-se em estado de poder entregar-se aos seus negocios.

**ATAQUES SUB-ENTRANTES.** — Acontece muitas vezes, como dissemos na symptomatologia, que os accessos succedem-se em intervallos tão curtos, sendo estes preenchidos pelo coma, que parecem constituir um só de duração muito longa. Para explicar esta serie de accessos quasi continuos, os autores appellão para a exaggeração da irritação bulbar, dizendo que ella adquire tal intensidade, que uma só crise não é

sufficiente para dissipal-a. Os centros motores, como que abafados pelo sangue carregado de accido carbonico, conservão-se por momentos subjugados; mas desde que a hyperemia venosa vai desaparecendo, que a circulação cerebral vai-se aproximando do estado normal, e por conseguinte o coma se dissipando, elles entrão de novo em acção e um novo accesso se manifesta. A' medida que os accessos se aproximão, se multiplicão, as convulsões vão se tornando menos intensas e de menor duração. E assim devia ser, porque não só a irritabilidade dos centros motores vai necessariamente diminuindo e o esgoto nervoso apparecendo por causa do excessivo trabalho, mas tambem a asphyxia resultante dos accessos precedentes, tornando-se de algum modo permanente, estabelece um grande obstaculo, que doma de certo modo a irritação motora.

**FORMA APOPLECTICA.** — N'esta forma a excitabilidade anormal do bulbo é muito menos pronunciada que na commum, e por isso as convulsões tonicas falhão, cedendo o lugar ás clonicas, que são sempre menos prolongadas, menos intensas e ordinariamente mais circumscriptas.

Pequenos fòcos hemorrhagicos, que se fazem no cerebro, explicão, como diz Trousseau, as paralyrias incompletas e passageiras que algumas vezes se observão.

**PEQUENO MAL.** — Aqui a irritabilidade do mesocephalo ainda é menos pronunciada do que na forma apoplectica; ella pode limitar-se a este ou aquelle ponto do bulbo e propagar-se indifferentemente a este ou aquelle nervo motor.

Na vertigem só se nota perda do conhecimento, pallidez da face e convulsões limitadas a um ou outro musculo, porque a excitação tambem se limita aos nervos vaso-motores do cerebro, da face e a um ou outro nervo motor.

Um gráo ainda menor de irritação se dá na ausencia, cujos phenomenos são mais circumscriptos do que na vertigem; são rigorosamente limitados á esphera da ideação, diz o Dr. Jaccoud. N'esta forma a excitação se limita somente aos nervos vaso-motores do cerebro e da face, produzindo a perda do conhecimento e a pallidez da face.

FORMAS LARVADAS.— O delirio agudo paroxistico, que alguns observadores considerão como forma larvada, é difficil de ser explicado.

Axenfeld, entretanto, apresenta a hypothese seguinte, para explical-o : « A excitação é transportada dos orgãos incitadores do movimento áquelles que presidem os actos intellectuaes, ou, por outra, a excitação passa da substancia parda intra-medullar ás circumvolucões cerebraes.

Quanto aos accessos hyperesthesicos representados pelas nevalgias do eminente vulto do Hotel Dieu, se procurou explical-os admittindo-se a hypothese de que a irritabilidade se limita exclusivamente á esphera dos phenomenos sensiveis.

### IX.

#### Diagnosticco.

Se tivermos impresso na memoria o quadro symptomatico variavel da gôta coral ; se não esquecermos que é uma molestia proteiforme ; se attendermos que á cada uma de suas formas podem faltar os seus principaes caracteristicos ; se virmos que ha necessidade, tanto para o prognostico como para o tratamento, de firmar-se bem o diagnosticco ; se soubermos finalmente que os embusteiros escolhem-n'a de preferencia quando querem simular uma molestia, veremos immediatamente as difficuldades quasi insupperaveis com que o medico terá muitas vezes de arrostar, vendo-as á cada passo surgirem diante d'elle.

Na clinica tudo é difficuldade, tudo traz embaraço ao pratico, e muitas vezes as molestias mais bem caracterisadas não podem ser diagnosticadas ; aqui, porém, não tratamos de um ponto clinico, mas sim theorico, e por isso nos será mais facil estabelecer a differença que existe entre a epilepsia e as molestias que d'ella mais se aproximão. Se em alguns casos as difficuldades são quasi insupperaveis, como dissemos, na maioria d'elles felizmente os phenomenos que a caracterisáo são tão claros, tão sensiveis, que o

diagnostico será logo feito sem restar a menor duvida no espirito do medico.

Quando o ataque fôr caracterisado pela quèda brusca, pela perda absoluta das faculdades intellectuaes e sensorias, pela successão rapida de suas phases, pelo predominio das convulsões em um dos lados do corpo, pela cõr pallida á principio e logo depois livida, e mais tarde cadaverica, pelo corrimento de uma escuma mais ou menos abundante e sanguinolenta pela bõca, pela flexão do pollegar, pela expressão medonha da physionomia, pela alteração momentanea das faculdades intellectuaes, que ás vezes se manifesta logo depois do ataque; quando se conhece a marcha da molestia e as suas causas provaveis; quando não existirem os signaes proprios das molestias, que podem ser confundidas com ella, nenhuma incerteza ou hesitação pode haver em firmar-se o diagnostico.

Vejamos quaes são as melestias que podem confundir-se com a epilepsia.

**ECLAMPSIA.**— E' difficil, se não impossivel, fazer-se o diagnostico differencial entre a epilepsia e a eclampsia, baseando-se nos symptomas de uma e outra, porque ha identidade quasi absoluta em suas manifestações; e tanto é assim, que Niemeyer diz que a eclampsia é uma forma morbida, que só se distingue da epilepsia por sua marcha aguda.

Trousseau diz: « Attendendo-se somente á forma convulsiva, a epilepsia é a eclampsia com retorno, e a eclampsia é a epilepsia accidental e transitoria.» Marrate a distingue da eplepsia sómente pelas occasiões em que ella se manifesta.

Cullen e outros pensão que estas duas affecções são uma e a mesma cousa.

Cazeaux procura estabelecer a differença entre uma e outra, dizendo que o grito inicial, ao passo que é commum na epilepsia, é raro na eclampsia, e o coma menos pronunciado na 1ª do que na 2ª; mas é no exame das ourinas, é na albuminuria, commum na eclampsia e rara na epilepsia, que elle encontra maior differença. Este mesmo autor, porém, não dá quasi importancia á esses signaes distinctivos, dizendo que na epilepsia o coma é algumas vezes muito profundo, e que o grito, embora muito commum na

epilepsia, póde tambem se dar na eclampsia; que a albuminuria, posto que muito frequente na eclampsia, pode em alguns casos faltar, e pode tambem se apresentar na epilepsia.

Para o Sr. Dr. Pinheiro Guimarães e Grisolle a sensibilidade é apenas embotada na eclampsia, a escuma nos labios talvez nunca exista e a feição não é medonha.

O Sr. Dr. Pientzenauer diz: « Na epilepsia ha persistencia da sensibilidade reflexa, ao mesmo tempo que ha perda do conhecimento. A sensibilidade não existe na eclampsia. »

Cazeaux, tratando da eclampsia, diz: « O ar se mistura á saliva e ao sangue que corre das feridas da lingua; assim se produz uma escuma sanguinolenta, que enche a bôca e sahe entre os labios. O aspecto dos doentes é então medonho. »

Ora, a discordancia notavel que existe entre estes quatro illustres professores sobre symptomas que são apontados para differenciar as duas affecções, e as opiniões autorisadas de Trousseau, Niemeyer, Cullen, etc., nos mostram que o diagnostico differencial só pode se basear na marcha e etiologia de uma e outra, e na existencia ou não de certas circumstancias que precedem ou acompanhão os ataques. Assim, se observarmos que os accidentes convulsivos epileptiformes, manifestando-se pela primeira vez, se reproduzem de um modo quasi continuo em pequenos intervallos, se durante estes a saude do individuo não fôr mais ou menos perfeita, se elle estiver debaixo da influencia de outras affecções morbidas, se as convulsões desaparecerem depois de combatida a causa, se houver febre, se os accidentes se manifestarem por occasião da prenhez, do parto, da denticão, de uma febre eruptiva; se poderem ser ligados á uma irritação intestinal, á intoxicação saturnina, uremica, etc., deveremos com uma quasi certeza diagnosticar a existencia da eclampsia.

Se não se verificarem estas condições, se a molestia tiver uma marcha chronica, fôr apyritica, seus accessos mais ou menos espaçados; se as causas que a produzirão fôrem desconhecidas, o nosso juizo diagnostico será em favor da epilepsia.

**HYSTERIA.**— O diagnostico differencial entre a epilepsia e a hysteria não apresenta ordinariamente grandes difficuldades.

Nos casos, porém, de hytero-epilepsia de crises combinadas ou mixtas, em que as duas nevroses, segundo o Sr. Charcot, são coevas, as dificuldades serão immensas; mas n'esses casos esse autor sustenta com fortes argumentos que só se trata de uma hysteria mais intensa.

Na epilepsia a aura é menos constante do que na hysteria, onde ella é comparada pelos doentes á uma sensação de bolo que sobe do hypogastrio ou do hypigastrio para o coração ou parte superior do esophago e determina ahí una constrictão penosa; e além d'isso sua duração é maior do que a da aura epileptica; esta, como já vimos, differe muito d'aquella, não só no ponto de partida e na sensação que produz, como na rapidez de sua manifestação.

Na epilepsia o grito é unico, rouco, inarticulado, sinistro; na hysteria os gritos são diversos, violentos, articulados; o doente continúa á gritar durante o paroxismo, falla, levanta-se, queixa-se de dôres fortes, etc.

No hystericico a quêda não é tão brusca, elle tem tempo de escolhêr o lugar e o modo de cahir, e evitar assim suas consequencias, ás vezes funestas; no epileptico dá-se o contrario, a quêda é brusca, n'agua, no fogo, em um precipicio, pouco importa, diz o Dr. Jaccoud, ahí mesmo elle cahe.

Na hysteria a perda do conhecimento é incompleta e nunca primitiva; na epilepsia é completa e instantanea, salvos os casos de epilepsia parcial, em que, segundo Trousseau, a intelligencia pode ser conservada.

A escuma sanguinolenta, que corre pela bôca, é um phenomeno muito constante na epilepsia, enquanto que na hysteria deixa de manifestar-se. As convulsões hystericas, desde o principio clonicas, são desordenadas, mais expansivas, produzem tregeitos e mimicas; os musculos da bacia dão á esta movimentos especiaes; na epilepsia as convulsões apresentam a mesma ordem de successão, as tonicis precedem sempre as clonicas, e têm maior intensidade de um lado do corpo do que do outro. Os traços physionomicos do hystericico são menos alterados, sua face exprime soffrimento, enquanto que no epileptico ella é medonha. O epileptico permanece até a terminação do ataque no mesmo lugar em que cahio; o hystericico não fica em uma só posição, atira-se para

todos os lados, debate-se com as pessoas que o sustentão, e adquire uma força que não está em relação com sua constituição.

A duração do ataque epileptico é apenas de alguns minutos, seguido logo de um coma profundo e terminado por um somno reparador, do qual o individuo acorda-se carrancudo, vexado, enfadado, sem se lembrar de nada do que lhe aconteceu; a duração dos ataques hystericos é, quando muito curta, de um quarto de hora; não são seguidos de coma. Depois que céssem as convulsões, o doente ri-se, conversa, queixa-se de seus soffrimentos, sente necessidade de urinar, emittindo então grande quantidade de uma urina limpida.

**EXTASIS.**— O extasis se distingue da ausencia epileptica, porque n'aquelle ha antes erethismo das facultades intellectuaes e não abolição; a face se cobre de um ligeiro rubor e sua duração é geralmente mais prolongada do que a da ausencia.

**CONGESTÃO CEREBRAL.**— Tem-se muitas vezes confundido um accesso epileptico com uma simples congestão cerebral, e a confusão é muito mais facil de se dar, quando o medico só chega em presença do doente, durante o estado comatoso. E' preciso, pois, que tenhamos em mente que na congestão cerebral as convulsões são excessivamente raras, as desordens cerebraes muito menos graves, a sensibilidade ou se conserva intacta, ou é apenas obtusa; a intelligencia só em casos raros é totalmente abolida, e se a congestão é tão forte que chega a abolir completamente as funcções cerebraes, uma paralyia mais ou menos extensa se manifesta. Demais, os accidentes da congestão, por mais ephemeros que sejam, persistem por um tempo muito mais longo do que os da epilepsia; n'esta, por mais notaveis e intensos que sejam, a perda das facultades intellectuaes e sensorias, os movimentos convulsivos, a alteração da respiração, o estado comatoso, etc., etc., céssem promptamente. A repetição dos accessos, o seu apparecimento em uma idade em que ainda é rara a congestão cerebral, a alteração do estado moral do individuo, que sempre segue os accessos, são elementos poderosos em favor da epilepsia.

**MENINGITE E CEREBRITE.**— A meningite, apresentando sempre um periodo de excitação caracterizado por cephalalgia viva, delirio,

vomitos e febre intensa, nunca se confundirá com a epilepsia. O mesmo acontece com a cerebrite, onde ha febre, cephalalgia e paralytia mais ou menos extensa.

**HEMORRHAGIA CEREBRAL.**—A hemorragia cerebral, além de outros symptomas que lhe são proprios, é acompanhada commumente de hemiplegia, o que a distingue da epilepsia; mesmo na hemorragia que occupa a protuberancia e que dá lugar á movimentos convulsivos e perturbações geraes, que podem simular um accesso epileptico, a paralytia, a resolução dos membros e a morte prompta virião tirar toda a duvida.

**CATALEPSIA.**— A epilepsia nunca poderá ser confundida com a catalepsia, pois além de faltar n'esta ultima os principaes symptomas d'aquella, a catalepsia é caracterisada pela contracção tonica dos musculos; os membros conservão a posição que tinham no principio do ataque, ou aquella que se lhes dá; o ataque cataleptico pode durar uma, duas, ou mesmo muitas horas.

**SYNCOPE.**— A syncope, que consiste na suspensão subita e momentanea da acção do coração, com interrupção dos movimentos respiratorios, differe do pequeno mal, porque n'este a circulação continúa á se fazer, e quando ha parada da respiração, o individuo torna-se vermelho, roxo, em vez de pallido, como acontece na syncope; além d'isso, no pequeno mal, observando-se com attenção, pode-se descobrir alguns brandos movimentos convulsivos, e passado o accesso o individuo continúa sua occupação, termina sua phrase interrompida, apresentando sómente uma physionomia mais ou menos estúpida.

A reproducção dos accidentes e a existencia de escuma nos labios vem excluir do diagnostico a syncope. N'esta a perda dos sentidos se faz gradualmente, o individuo sente-se fraco, percebe que sua respiração e circulação vão-se embaraçando, cahe de vagar, tem tempo de escolher lugar, o que não acontece com o epileptico, que é lançado por terra, como se fôsse fulminado.

**ACCESSOS NOCTURNOS.**—Os accessos nocturnos de epilepsia podem passar desapercibidos, confundindo-se com o somno a perda de conhecimentos, com um sonho agitado o delirio, e com um

simples ronco a respiração esterterosa; existem, porém, signaes que podem denunciar a molestia, que a noite tem procurado occultar; assim, se individuo ao despertar queixar-se de peso na cabeça, enfraquecimento, fadiga extrema; se tiver a lingua ferida, manchas ecchymoticas na face e no pescoço, podemos desconfiar de um accesso nocturno; se além d'estes signaes observarmos emissões involuntarias de ourina, de materias fecaes e de esperma; se o travesseiro se apresentar com manchas de uma saliva sanguinolenta, podemos, quasi sem receio de errar, dizer que o individuo soffreu um accesso nocturno do mal caduco.

### Diagnostico differencial entre as tres especies de epilepsia.

Depois de nos termos esforçado para estabelecer o diagnostico differencial entre a epilepsia e as molestias que com ella se podem confundir, vamos entrar no estudo de um problema de solução difficil, e em alguns casos impossivel. E' da sua solução que dependem os meios therapeuticos de que se tem de lançar mão para combater uma molestia tão rebelde, tão pertinaz, quanto terrivel em suas manifestações; é tambem de sua solução que depende em parte o prognostico.

**EPILEPSIA IDIOPATHICA.**—Para resolver-se esta questão é necessario um estudo attento e minucioso das causas; é necessario remontar-se aos precedentes do doente, aos seus ascendentes, quer directos, quer collateraes. E' assim que, se verificarmos que entre os ascendentes do individuo houve algum epileptico, ou que alguns d'elles soffrêrão de qualquer molestia nervosa; se o doente soffreu qualquer molestia nervosa, mas que n'esta não se encontra relação alguma com a epilepsia; se pelo exame minucioso de todas as funcções de cada orgão não encontrarmos algum estado morbido que nos dê a razão dos accessos; se durante a vida intra-uterina do individuo, sua mãe soffreu algum abalo forte; se elle fôr excessivamente impressionavel; se tiver soffrido alguma impressão moral forte, como seja o terror; se a epilepsia tiver sido precedida pela hysteria ou outra nevrose qualquer; se emfim se

verificarem todas estas condições, podemos com grande probabilidade diagnosticar uma epilepsia idiopathica, que pode ser hereditaria, congenita, ou adquirida, conforme a epocha do seu apparecimento ou a causa a que estiver intimamente ligada. Se no exame minucioso do epileptico não encontrarmos lesão alguma ou qualquer circumstancia que explique a molestia, devemos diagnosticar uma epilepsia idiopathica, ainda mesmo que nos seus ascendentes ou nos antecedentes nada se encontre que esteja em relação com esta especie de epilepsia.

**EPILEPSIA SYMPTOMATICA.**— Se attendermos somente ao character das convulsões e aos diversos symptomas e signaes que caracterisão um accesso, não podemos sem duvida dizer que se trata de uma epilepsia symptomatica; é preciso remontarmos aos antecedentes do doente, procurarmos saber qual a sua profissão, quaes os seus habitos, quaes as molestias que tem soffrido, e fazermos um exame minucioso de todas as funcções e de todos os orgãos; é preciso attendermos á todas essas condições para podermos chegar ao diagnostico d'esta especie de epilepsia, e isso mesmo em grande numero de casos só chegaremos á probabilidades. Se o doente nos disser que soffre de uma cephalalgia intensa, constante, fixa; que tem tonteiras, peso na cabeça, vomitos, hypotimias, insomnia ou somnolencia, paralysias, e que todas essas manifestações persistem nos intervallos dos accessos; se elle apresentar desordens intellectuaes, perturbações dos sentidos, surdez, amourose; se a aura se manifestar do lado do corpo opposto á séde da cephalalgia, podemos com uma quasi que certeza diagnosticar uma epilepsia symptomatica. Se, além de todas estas circumstancias, o epileptico apresentar signaes de syphilis terciaria; se entre os seus ascendentes existir algum canceroso, e se o proprio doente tiver um ou mais tumores d'essa natureza; se fôr moço e soffrer de tuberculos pulmonares; se por causa de sua profissão se tem achado cercado de uma atmosphaera plumbica; se tem abusado dos mercuriaes, etc., o diagnostico será facil e a epilepsia será então syphilitica, cancerosa, tuberculosa, saturnina, hydrargirica, etc.

**EPILEPSIA SYMPATHICA.**— Quando as lesões que provocão o apparecimento dos accessos tiverem sua séde fóra dos centros nervosos,

concluiremos que a epilepsia é *sympathica*; mas para chegarmos ao conhecimento da séde dessas lesões, quantas difficuldades teremos de vencer! quantas vezes teremos de suspender o nosso juizo, re conhecendo a impossibilidade de supperal-as! E' tal a semelhança de suas manifestações com as da epilepsia *idiopathica*, que o exame o mais attento e aprofundado não nos permittirá em muitos casos descobrir a causa, que por sua acção *peripherica* vá excitar o bulbo.

A aura, quando existe, pouco ou nada nos pode adiantar, porque ella pode ser devida a uma causa central, e entretanto partir sempre de um mesmo ponto da *peripheria*.

Em alguns casos, porém, podemos chegar a um diagnostico mais ou menos provavel.

Assim, se reconhecermos que os accessos coincidem com a presença de vermes nos intestinos, e que, depois de uma medicação apropriada dirigida contra estes, e depois de serem elles expulsos, aquelles desaparecerem, podemos então concluir que se tratava de accessos epilepticos *sympathicos*.

Quando os accessos fôrem precedidos de dôres *percordiaes*, de palpitações intensas, de anciedade, de suffocação, e quando além d'isso reconhecermos a existencia de uma lesão *cardiaca* anterior á epilepsia, presumiremos que se trata de uma epilepsia *sympathica*.

Os accessos epilepticos, que apparecem após uma *affecção hepatica*, *esplenica*, *intestinal*, *uterina*, etc., etc., e tornão-se mais ou menos repetidos e intensos conforme aquellas *affecções* se aggravão ou melhorão, e se antes de cada um d'elles se observão *prodromos*, principalmente a aura, tendo seu ponto de partida no figado, baço *intestinal*, *utero*, etc., etc., estarão ligados áquellas *affecções*, e portanto serão *sympathicos*.

A coincidencia do apparecimento dos accessos com a epocha da *denção* será grande presumpção em favor da epilepsia *sympathica*.

E' difficil, repetimos, acompanhando a opinião dos autores, em presença dos accessos, dizer-se se elles são *sympathicos*, ou *idiopathicos*; por isso devemos ter toda a prudencia antes de formar o diagnostico, estudando com minuciosidade e attenção as causas, os *symptomas* *precursores* e todas as *circumstancias* que nos podem esclarecer.

**EPILEPSIA SIMULADA.**— Ha individuos que simulão um ataque epileptico com tanta habilidade, que os mais illustrados medicos podem ser enganados.

Para provar a veracidade d'esta proposição é bastante lembrarmos o muito conhecido facto citado por Trousseau e passado em sua presença.

Esquirol sustentava que havião certos phenomenos, que nunca poderião ser imitados, mesmo por aquelles que conhecessem perfeitamente tudo o que se passa durante um accesso. Calmiel, querendo provar-lhe o contrario, deixa-se cahir por terra, como se fõsse uma massa inerte, e finge tão bem as convulsões, que Esquirol, depois de examinal-o, voltou-se para Trousseau e disse-lhe: « *Le pauvre garçon, il est epileptique!* ». Apenas terminára Esquirol essa phrase, Calmiel levantou-se e perguntou-lhe se ainda julgava impossivel simular-se a epilepsia.

Ha, entretanto, certos phenomenos, que nunca poderão ser produzidos artificialmente, e se Esquirol tivesse attendido á elles e se não fõsse a perturbação que necessariamente apoderou-se d'elle vendo um seu collega, moço e illustrado, cahir subitamente e extrebuxar sobre o tapete, não teria por certo se enganado.

Assim, enquanto o verdadeiro epileptico, que não é prevenido do ataque, cahe em qualquer que seja o lugar em que elle se ache, o que simula escolhe sempre lugar onde possa cahir sem se ferir, e nunca se deixa cahir com a face para diante, e se o faz tem sempre a cautella de protegê-la com as mãos, o que não acontece com o verdadeiro epileptico, que cahindo ordinariamente para diante, traz quasi sempre estampadas nas partes mais salientes da face feridas ou cicatrizes indeleveis.

Um outro phenomeno que o falso epileptico nunca poderá fingir é a pallidez cadaverica da face, que se nota no comêço do ataque e que é seguida logo por uma turgencia violacea. N'elle as convulsões são geraes e não predominão de um lado, como ordinariamente acontece no verdadeiro epileptico.

Para Niemeyer a prova mais certa de que o ataque não é simulado é a dilatação da pupilla, apezar da aproximação de uma luz muito intensa.

Além d'esses signaes, que reunidos nos fazem reconhecer se o ataque é ou não simulado, os autores aconselhão alguns meios que,

postos em pratica, servem para arrancar a mascara ao impostor que tão audazmente pretenda illudir o medico.

A insensibilidade devendo ser absoluta no verdadeiro epileptico, e sendo difficilmente fingida pelo falso, se procurará despertar a sensibilidade por diversos meios e sempre de uma maneira brusca; para isso se procurará sorprendel-o por meio de um som violento e imprevisto, como seja a detonação de uma arma de fogo; se lhe fará respirar vapores irritantes e feudos; se o ameaçará com alguma operação dolorosa e perigosa. Um meio pratico, empregado por Watson, e que póde dar algum resultado, é aquelle que consiste em ordenar em alta voz ao enfermeiro que derrame agua fervendo nos pés do individuo, depois de ter-lhe ordenado em segredo que substitua a agua fervendo por uma outra bastante fria.

Graças aos trabalhos de Augusto Voisin, distincto medico alienista, se dispõe hoje de um meio que presta um auxilio poderoso para se distinguir o ataque simulado do verdadeiro. Este illustrado medico, tendo tido a feliz idéa de applicar o sphygmographo no epileptico durante o accesso, chegou ao resultado seguinte:—Que o pulso é mais frequente e rapido, a linha de ascensão vertical, o angulo superior agudo, a linha descendente apresenta uma depressão muito pronunciada, e que estas modificações podem ainda ser apreciadas uma hora depois do accesso. O que é ainda mais importante é que estas modificações se dão tanto no grande mal como na fórma a mais branda e fugitiva do pequeno mal.

## X.

### Prognostico.

Do que temos dito até aqui sobre a molestia que occupa nossa attenção, deixamos bem claro nosso modo de pensar a respeito de seu prognostico.

De harmonia com a maioria dos autores a consideramos como uma das mais terriveis molestias, não tanto por suas consequencias imme-

diatas, que só em circumstancias especiaes podem ser funestas, mas sim por suas consequencias mediatas.

Se é verdade que durante um acesso, maximè durante os sub-entrantes, a morte póde ter lugar em consequencia de um grande numero de accidentes, como sejão: a ruptura do coração já alterado em sua textura, de um aneurisma, ferimentos, queimaduras extensas e profundas, asphyxia, etc., não é menos verdade que o que a torna mais grave e terrivel é a sua quasi incurabilidade, é a degradação em que o misero por ella escolhido vai pouco a pouco cahindo, são as perturbações cerebraes que não se deixão muito esperar. Porém, nem todos os autores pensão que o—*morbus comicialis*—só em casos raros póde ser curado.

Herpin, por exemplo, diz que elle entregue sómente aos recursos da natureza termina pela cura em um vigesimo de casos; que a medicina póde intervir utilmente em tres quartos, que póde cural-o em mais de metade, produzir uma melhora mais ou menos duravel em um quinto, e que os casos rebeldes á um tratamento perseverante e bem dirigido não excedem á um quarto.

Grisolle, apreciando o valor d'aquellas conclusões, que, se fõsem a expressão da realidade, serião na verdade animadoras, diz que Herpin pensa d'esse modo porque julga curados os epilepticos que têm passado um intervallo de tempo maior do que o habitual sem ter acesso; e que se este reaparece em uma epocha relativamente afastada, segundo a marcha ordinaria dos ataques, elle vê n'isto uma reincidencia, e, se triumpha ainda, acredita em uma nova cura e augmenta sua estatistica com mais um caso.

Sem negarmos o que diz o illustre medico genovez, sómente julgando que só se deve considerar curado o epileptico, que não soffrer mais ataque durante o resto de sua vida, ou pelo menos durante muitos annos, continuaremos a pensar, com o Dr. Jaccoud, que a cura da epilepsia é realmente excepcional.

Trousseau, Axenfeld, Esquirol, Grisolle, Niemeyer e muitos outros dizem que a epilepsia é geralmente incuravel.

Devemos entretanto dizer que o prognostico depende em parte de certas circumstancias. Se a molestia é hereditaria, se apparece sem causa apreciavel, sobre tudo se ella tem se manifestado nas primeiras idades, podemos consideral-a como incuravel. Alguns autores, porém, citão factos de cura de epilepsia, que elles affirmão ser hereditaria.

Segundo Herpin, e com elle alguns autores, o prognostico é mais grave na virilidade e depois na infancia, e menos grave na juventude e ainda menos na velhice.

O Sr. Dr. Pinheiro Guimarães considera a molestia quasi sempre incuravel nos recém-nascidos, frequentemente curavel quando ella apparece no periodo que vai de alguns mezes depois do nascimento até a puberdade; raramente depois dos 25 annos, e ainda mais rara na velhice.

Muitos autores, acompanhando a opinião de Hippocrates, dizem que o apparecimento das regras e o casamento podem trazer a cura da molestia. Voisin e Villard pensão inteiramente o contrario, considerando o casamento e a epocha catemenial como exercendo uma influencia nociva sobre o prognostico do morbus sacer.

Nos parece que tanto estes, como aquelles, têm razão, porque o casamento póde dar lugar á cura, se a causa da molestia fôr a continencia; mas, se ella estiver ligada á uma outra causa qualquer, o casamento, longe de produzir uma acção benefica, aggravará muito o seu prognostico; e deve portanto ser proscripto, tanto em beneficio do proprio individuo, como da geração que nascer de um tal consorcio.

O sexo e a constituição não exercem influencia notavel sobre o prognostico.

Em algumas mulheres os accessos cêssão durante a prenhez para reaparecerem depois. Aquelles, que são determinados pela prenhez, cêssão ordinariamente com ella, podendo reaparecerem com uma nova prenhez.

As perturbações intellectuaes, estando, segundo Voisin, ligadas á lesões cerebraes ou cerebro-meningeas, aggravão muito o prognostico.

Uma educação má, a falta de moralidade, os habitos viciosos, são circumstancias que aggravão muito o mal.

A epilepsia que está ligada á um vicio de conformação congenito está acima de todos os recursos da medicina.

O prognostico é tanto mais grave quanto mais longos e mais aproximados são os accessos e quanto mais antiga é a molestia.

O numero dos accessos exerce mais influencia sobre o prognostico que a antiguidade da molestia. Para Herpin os epilepticos que têm tido menos de 100 accessos são quasi todos curaveis; ao passo que os que têm tido mais de 500 são excepcionalmente curaveis.

Quanto ás formas do mal caduco, é claro que o grande mal dará lugar mais vezes á morte; porém as vertigens e ausencias são consideradas por quasi todos os autores como mais rebeldes ao tratamento, e como sendo mais vezes complicadas de perturbações intellectuaes; e, segundo Calmiel, é a reunião do grande mal com as vertigens que concorre mais poderosamente para a perda rapida da razão.

Axenfeld diz que os ataques nocturnos exercem uma influencia mais nociva sobre a intelligencia que os diurnos; Voisin, porém, pensa inteiramente o contrario, dizendo que os diurnos são mais nocivos.

A especie *sympathica* é de todas a menos grave, salvo quando o orgão compromettido, causa dos accessos epilepticos, é de tal importancia, que só por sua alteração, aggravada pelos accessos, póde determinar a morte. Se concebe facilmente que, se a molestia fôr devida á alterações menstruaes, á lesões uterinas e dos nervos periphericos, e sendo estas combatidas, ella ordinariamente desaparecerá.

Moreau de Tours considera a especie *idiopathica* como a mais grave, porém a maioria dos autores diz que ella occupa o meio termo entre as outras especies quanto á gravidade de seu prognostico.

A especie *symptomatica* é a mais grave quando está ligada á uma lesão que está além dos recursos da medicina, porém tambem será a menos grave quando depender de lesões que podem ser combatidas pelos meios therapeuticos, como sejão, por exemplo, as manifestações de *syphilis terciaria*.

E' preciso, entretanto, não se esquecer que muitas vezes a causa, que produzio a epilepsia, é combatida, e a molestia continúa sua marcha fatal, sendo então devida talvez á um habito definitivo do organismo.

Axenfeld acredita que a complicação da epilepsia com a *hysteria* diminue um pouco sua gravidade; e o Dr. Jaccoud tambem julga favoravel esta complicação; Voisin, porém, não pensa d'esse modo.

Quando a molestia tem de terminar pela cura, os ataques vão-se tornando mais raros e mais fracos, ao mesmo tempo que se opéra no estado physico, moral e intellectual do doente uma mudança notavel.

Em alguns casos, diz Niemeyer, uma molestia intercurrente aguda, o apparecimento ou suppressão das regras, as emoções psychicas

violentas, têm feito a epilepsia parar em sua marcha e produzido uma cura definitiva. Uma influencia semelhante, continúa o mesmo autor, parece algumas vezes ser produzida pela erupção de um exanthema ou pelo reaparecimento de uma ulcera já curada.

## XI.

### Tratamento.

Deixando por um momento o entusiasmo do estudante quando estuda a acção physiologica e therapeutica de cada um medicamento, e estudando com calma e espirito desprevenido o que os autores dizem á respeito do tratamento da epilepsia, se vê logo que não ha medicamento algum, no qual se possa depositar grande confiança com o fim de combatel-a, assim como não ha talvez, dizem Littré e Robin, na therapeutica um só agente que não tenha sido empregado contra ella.

Estes dous factos, de não haver medicamento algum que inspire confiança, e de não haver talvez agente therapeutico algum que não tenha sido lembrado para alliviar as infelizes victimas da epilepsia, nos vem convencer ainda mais o quanto tem razão o Dr. Jaccoud, quando diz, que só excepcionalmente ella póde ser curada, e quando dizem Grisolle, Niemeyer, Trousseau e outros que só em casos raros. Aceitando estas idéas, não queremos dizer que se deve desanimar em presença da molestia e cruzar os braços; não, mil vezes não; queremos somente prevenir áquelles que, embriagados com os animadores resultados annunciados por Herpin e talvez com as pilulas anti-epilepticas do Sr. D. F. da Silva Castro (do Pará), suppõem que podem sempre ou quasi sempre cural-a, e n'essa supposição sejam levados a fazer um prognostico favoravel, e mais tarde veção seu castello, entusiasticamente construido, ser lançado brutalmente por terra, com abalo profundo de sua reputação.

Acceitando, pois, aquellas idéas, admittindo mesmó um ou outro facto de cura somente, somos os primeiros á dizer que, consul-

tado por um epileptico, devemos medical-o, escolhendo para isso, entre os medicamentos que gozão de mais reputação, aquelles que fôrem mais racionaes, revestindo-nos de paciencia para acompanhá-lo durante mezes e mesmo annos, promptos á passar de um medicamento á outro, desde que reconhecermos sua impotencia ou a nullidade dos resultados que d'elle se podia esperar. Assim pensando e deixando bem clara a opinião que adoptamos relativamente á cura da molestia que constitue o assumpto do nosso ponto, passamos á nos occupar do tratamento, e, para melhor methodisar sua descripção, o consideraremos sob quatro pontos principaes.

Em 1º lugar estudaremos os meios prophylacticos, isto é, procuraremos descrever os conselhos que o medico deve dar aos pais de familia, afim de prevenirem o apparecimento da molestia em seus descendentes.

Em 2º, os meios que devem ser empregados para impedir os accessos imminentes.

Em 3º, os cuidados que devemos prestar ao doente durante o ataque, e os meios de combater suas consequencias.

Em 4º, o tratamento da molestia, o qual subdividiremos em hygienico e curativo, sendo este ultimo ainda subdividido em medico e cirurgico.

### Meios prophylacticos.

Sendo a herança uma das causas mais poderosas do morbus sacer, se concebe facilmente que deve ser rigorosamente prohibido o casamento entre os individuos epilepticos, afim de que aquella causa seja, se não excluida, ao menos pouco importante no quadro etiologico d'aquella molestia. A prohibição do casamento não virá por certo curar o individuo que já soffre; porém, além de ser muitas vezes uma causa de menos que concorre para aggravação de seu mal, é sem duvida alguma um meio de evitar-se a propagação da molestia pela herança.

Nas familias em que a epilepsia é hereditaria ou mesmo n'aquellas cujos membros são sujeitos á qualquer nevrose, os casamentos consaguineos devem ser igualmente prohibidos.

Como muitos individuos, affectados da molestia, não se compenetrando de seu estado, e pouco se importando com o futuro de sua progenie, casão-se, não obstante os salutaes conselhos do medico, é sobre a criação e educação do futuro ente que deve ser attrahida toda a nossa attenção, com o fim de preservarmol-o do germen do mal, cuja influencia poderá receber desde o momento de sua concepção até seu nascimento e durante seu aleitamento.

Não é, porém, só n'esta epocha que a transmissão se póde dar; se é a mãe a doente, o ovulo, mesmo antes de ser influenciado pela acção vivificadora do germen masculino, póde já trazer em si o principio morbido, o qual continúa á trazel-o debaixo de sua acção durante todo o periodo da prenhez, isto é, durante todas as suas evoluções, até que se torne um ser apto para viver uma vida propria.

Sendo o pai o affectado da molestia, o germen d'esta só poderá ser transmittido á sua prole na epocha de sua concepção.

Nascida a criança, sendo a mãe epileptica, deve ser amamentada por uma boa ama; pois não só póde acontecer que tenha sido immune da influencia morbida durante sua vida intra-uterina, como por aquelle modo será subtrahida á acção sempre má de um leite viciado.

Se além da predisposição hereditaria a criança apresentar qualquer phenomeno diathesico, ou qualquer indicio de excitação nervosa, deve-se procurar modificar esses estados, administrando-lhe medicamentos apropriados.

Aos 15 mezes mais ou menos, se a criança fôr sadia, deve-se desmamal-a, porém não de uma maneira brusca, mas sim lenta, e á medida que se fôr diminuindo o numero de vezes que ella estava acostumada á mamar, ir-se administrando-lhe uma alimentação bôa e de facil digestão. Se ella fôr debil, fraca ou soffrer de qualquer molestia, deve-se continuar á aleital-a além dos 15 mezes e esperar que seu estado melhore para então se desmamal-a lentamente e á medida que seu aparelho digestivo, ainda pouco energico, fôr tolerando uma alimentação mais substancial.

Sua educação deve ser dirigida com circumspecção; habitual-a á fazer exercicios moderados, á usar de banhos frios, evitar tudo

o que lhe póde causar raiva, medo, susto e terror; reprehendel-a brandamente quando commetter travessuras, etc., etc.; não contrarial-a, mas convencel-a de que deve preferir este áquelle regimen, este áquelle brinquedo, etc., etc.

Na idade dos 7 aos 8 annos, facultar-lhe os meios de aprender a lêr sem que para isso se entregue por muito tempo aos trabalhos intellectuaes; fazel-a finalmente combinar os trabalhos intellectuaes com os exercicios physicos, como sejam os de gymnastica, de modo que, á par do desenvolvimento intellectual, haja tambem desenvolvimento physico.

Uma vigilancia maior, mais difficil de ser exercida, e por isso mesmo requer mais attenção dos pais, exige a idade da puberdade. E' n'esta idade em que a inclinação aos vicios predomina, é n'ella que novas necessidades apparecem, é n'ella emfim que os maiores abusos são commettidos. De todos os vicios, de todos os abusos, é sem duvida o onamismo aquelle que mais damno causa ao pubere; e infelizmente é esse mesmo vicio o mais difficil de ser reprimido. Aos pais e ao educador compete mostrar ao filho ou educando os perigos que o esperão, e empregar todos os meios, descendo mesmo á uma linguagem franca e clara, de convencel-o das consequencias fataes que resultão de sua persistencia em tal vicio.

Passada essa idade da inexperiencia, a razão começa á predominar e o homem já deve ter os conhecimentos necessarios para se dirigir em todos os seus actos.

O que acabamos de expôr á respeito da educação de uma criança já predisposta á contrahir a molestia, se deve observar, não com tanto rigor, á respeito da educação de qualquer outra criança.

### Meios que devem ser empregados para impedir os accessos imminentes.

Para fazer-se abortar os ataques o que convem em primeiro lugar é evitar o quanto fôr possivel as causas occasionaes; das quaes já tendo tratado em outro lugar, deixaremos de repetil-as aqui.

Nos casos em que os acessos são annunciados por auras, que partem de pontos periphericos, tem-se conseguido algumas vezes impedir o seu apparecimento, fazendo-se uma compressão entre o ponto de partida da aura e o encephalo. Assim, se a aura partir da mão, do ante-braço; do pé, da perna, etc., se fará uma compressão no ante-braço, no braço, na perna, na côxa, etc., etc. A compressão póde ser feita com uma atadura de panno, de couro, com a propria mão, etc., com tanto que se estabeleça uma especie de barreira entre os centros nervosos e o ponto de partida da aura.

Os autores aconselham ainda fricções, cauterisações, incisões e excisões nos pontos em que a aura costuma partir, com o fim de fazer abortar o accesso.

Diz Grisolle que Lauret conseguiu conjurar acessos nocturnos, impedindo que os doentes se deitassem durante a imminencia da crise.

Tem sido aconselhadas as inalações de carbonato de ammoniaco, de tabaco, etc., com o mesmo fim.

Tem-se igualmente impedido o apparecimento de um accesso imminente, comprimindo-se as carotidas, administrando-se um vomitivo energico, fazendo-se o doente entrar em um banho, etc.

A vantagem d'estes meios é problematica, diz o Dr. Jaccoud, porque a observação demonstra que o doente soffre mais depois de um accesso abortado do que de um completo, e que o seguinte é muito mais violento.

Se é verdade isto, que diz o Dr. Jaccoud, não devemos nunca empregar meio algum para impedir a explosão de um accesso imminente.

### Cuidados que devemos prestar ao doente durante o ataque e os meios de combater suas consequencias.

Quando chegarmos em presença de um epileptico durante seu accesso, devemos dar-lhe uma posição conveniente, deitando-o horizontalmente, com a cabeça um pouco elevada e inclinada para um dos lados, afim de facilitar o corrimento da saliva; devemos remover todas as causas, que possam difficultar ou embaraçar a circulação e a respiração; assim deve ser desabotoado o collete,

o collarinho, as calças, a ceroula, os punhos ; desatada a gravata, os atilhos ; desapertado o vestido, o classico espartilho, etc.

Para evitar-se que a lingua seja ferida, que os dentes se quebrem, se collocará uma rolha de cortiça ou um rôlo de panno molhado, o que é preferivel, entre os dentes. Todos os objectos, que possam feril-o, serão retirados.

A. Voisin, com o fim de prevenir ou diminuir o estado asphyxico, aconselha inhalações de chloroformio. Devemos, porém, notar que essas inhalações podem produzir effeitos funestissimos, e por isso será prudente não se lembrar d'ellas em tal occasião, apesar de serem aconselhadas por esse vulto da sciencia.

N'isto cifra-se o papel do medico, se o ataque fôr simples ; se, porém, elle se prolongar, se fôr composto, se houver congestão cerebral, se applicará sanguesugas na região mastoidéa, refrigerantes sobre a cabeça, revulsivos energicos, como sejam sinapismos nas extremidades inferiores, vesicatorios, etc., e mesmo uma sangria geral, quando a constituição e o estado geral do epileptico a permit-tirem e a amplidão e dureza do pulso a exigirem.

Os accidentes que podem ter lugar em consequencia dos accessos são numerosos : cephalalgia, estupor, fracturas, contusões, congestões, delirio, etc., etc., os acompanhão commummente, e como exigem tratamento especial e alheio á epilepsia, deixaremos de descrevel-o aqui, mesmo porque nosso humilde trabalho não comporta tanto desenvolvimento.

## Tratamento da molestia.

### TRATAMENTO HYGIENICO.

Em uma molestia, como a que occupa nossa attenção, em que os meios mais energicos e applicados com persistencia têm sido impotentes para combatel-a, não devemos desprezar os meios hygienicos, já aconselhados por Hyppocrates e muitos outros autores antigos, e ainda hoje considerados pelos modernos como capazes de exercer quasi sempre uma acção benefica n'aquella terrivel

molestia. Elles não são os unicos uteis no seu tratamento, como pensavão alguns autores, mas é fóra de duvida que são auxiliares poderosos e que exercem modificações vantajosas e favoraveis na desgraçada victima do morbus sacer.

Aos epilepticos deve ser aconselhada uma habitação em lugar salúbre, em clima moderado, em casas arejadas e onde o asseio seja rigorosamente observado.

Uma alimentação sobria, moderada, substancial e de facil digestão ser-lhes-ha recommendada, assim como prohibidas as comidas e bebidas excitantes e tudo o que pode produzir um desarranjo gastro-intestinal.

Pode-se permittir-lhes fazer uso de um vinho fraco, em pequena quantidade, e mesmo de cerveja; mas deve-se attender muito quando se fizer concessões como esta, visto que, sem haver grande abuso, pode haver algum excesso, e n'estes casos se prevê facilmente os inconvenientes que podem resultar.

Os banhos quentes devem ser prohibidos; os frios são considerados, por alguns, perigosos, porque, dizem elles, são seguidos algumas vezes de accessos.

O Sr. Dr. Avellar Junior, porém, acredita que são uteis, sobre tudo os de chuva, sendo seguidos de uma forte fricção sobre toda a superficie do corpo, com toalhas de panno grosso, afim de trazer mais facilmente a reacção para a pelle; os mórnos prolongados são vantajosos e devem ser aconselhados, ainda que fôsse só com o fim de conservar o maior asseio possivel do corpo.

Não se deve consentir-lhes o uso de colletes, gravatas, espartilhos e vestidos muito apertados.

A cabeça deve estar sempre fresca, e portanto deve-se prohibir tudo o que possa aquecel-a, e condemnar com toda a energia os grandes maços de cabellos postiços que a implacavel moda obriga ás senhoras, á custa de sua saude, á trazerem como enfeite. O Sr. Dr. Pinheiro Guimarães aconselha que os cabellos devem ser cortados á escovinha: isto se consegue facilmente dos homens; mas das mulheres, ainda mesmo abatidas sob a terrivel influencia do mal de S. João, seria difficil; já seria muito conseguir-se d'ellas que sua vaidade ficasse satisfeita concedendo-lhes conservarem suas bellas tranças, e prohibindo-se-lhes somente as cabel-

leiras, que tão caro lhes fazem ás vezes pagar sua vaidosa imprudencia.

A liberdade do ventre deve ser conservada, applicando-se um brando purgativo logo que houver constipação.

Os exercicios moderados, os passeios ao ar livre, a vida tranquilla dos campos, as distracções, o estudo da musica, a leitura moderada de livros que deleitem, sem exaltar e cançar a intelligencia, os trabalhos physicos que occupem a attenção, sem contudo forçarem-n'a, aproveitão muito aos epilepticos. Os exercicios violentos de qualquer natureza, a vida monastica, as impressões moraes vivas, as contrariedades, as habitações nas grandes cidades, os theatros, os bailes e toda a especie de grandes reuniões, a morada dos epilepticos em commum, são circumstancias que devem ser o mais possivel evitadas.

Os abusos e mesmo o uso de bebidas alcoolicas, os excessos de mesa, e maximè os venereos, devem ser combatidos energicamente, e sem tregoa, por todos aquelles que se interessão pelo doente.

A masturbação, sendo uma das causas da epilepsia, é tambem uma de suas consequencias que mais concorre para a maior degradação tanto das facultadès intellectuaes, como do estado physico do epileptico, e por isso deve attrahir muito a attenção do medico hygienista. E' difficil de ser reprimida, porque o onanista encontra sempre meios de escapar á vigilancia a mais activa, e além de tudo, elle chega ás vezes á uma degradação tal, que sua razão é completamente subjugada pelos instinctos animaes; e n'este caso é necessario o emprego de algum apparelho, mesmo incommodo, para poder-se reprimil-o. Elle deve ser continuamente vigiado; deve-se procurar distrahil-o de qualquer modo, obrigal-o á passeios e á exercicios, afim de que, logo que se deitar, durma sem se lembrar de masturbar-se.

TRATAMENTO MEDICO.

Não nos sendo possivel descrever toda a lista dos agentes therapeuticos que têm sido empregados na epilepsia, não só porque nosso trabalho não comportaria uma tal descripção, como porque a maior parte d'elles têm cahido em um descredito com-

pleto, descreveremos somente aquelles que estão mais em harmonia com a sciencia e que são sancionados por autores de reputação conhecida, e nos contentaremos em mencionar um ou outro d'aquelles que nos parecem mais ou menos extravagantes.

Seria, na verdade, fastidioso, e iríamos parar longe, sem vermos n'isso grande utilidade, se tivéssemos de percorrer a longa e interminavel série de substancias que têm sido empregadas pelos praticos, desde a mais remota antiguidade; além d'isso, muitas são até repugnantes, e só preconceitos enraizados podem explicar a razão por que homens da sciencia as têm mencionado como capazes de produzir a cura da molestia.

E' verdade que os medicos, vendo-se quasi sempre batidos e tendo de confessar sua impotencia em presença de uma molestia tão terrivel, tão pertinaz e tão rebelde, devião lançar mão de todas as armas, quaesquer que ellas fôsem, mesmo d'aquellas que lhes fôsem offerecidas pela classe ignorante e preñhe de prejuizos, desde que lhes dissessem que em uma ou outra occasião têm concorrido para debellar o teimoso inimigo—a epilepsia.

*Bromureto de potassio.*—De todos os medicamentos, o que nos parece dever occupar o primeiro lugar, é o bromureto de potassio; e assim pensando, não fazemos mais do que acompanhar o Dr. Jaccoud e a maioria dos praticos modernos.

Este heroico agente therapeutico foi pela primeira vez, em 1851, empregado contra a epilepsia por Charles Locock, que obteve com elle 14 curas em 15 epilepticos.

Brown Sequard, Bland Radcliffe, Williams, Mac-Donnel, Sieveking e outros continuarão á empregal-o na Inglaterra; e excepto Sieveking, todos os outros dizem ter conseguido triumphar da molestia, ou pelo menos modifical-a em sua marcha e na intensidade de seus accessos.

Só 13 annos mais tarde, a datar de 1864, Blache, Bazin, Besnier, e principalmente A. Voisin, fundados em observações, conseguirão que a descoberta de Locock tivesse acceitação em França e começasse então a ser um dos medicamentos menos infieis contra a epilepsia.

Os praticos brasileiros mais ou menos n'aquella epocha começarão a experimental-o contra tão rebelde molestia, e hoje o seu uso é geralmente aconselhado.

A principio o bromureto de potassio era empregado em pequenas doses; A. Voisin, porém, observou que para se obter resultado era necessario começar-se por pequenas doses e progressivamente elevá-las e continuar sua applicação durante mezes e mesmo annos sem interrupção, salvos os casos de repugnancia do doente ou da intolerancia gastrica; que era necessario que fôsse puro, não contivesse iodo, nem chloro, e que fôsse dado um pouco antes das refeições em doses que varião de 2 á 12 grammas e mais por dia. Este illustre autor observou tambem que as nauseas e vomitos que se manifestão pela introdução de uma colher na base da lingua até a epiglote, deixão-se de manifestar depois do uso do bromureto de potassio por um certo tempo. E' a suppressão d'esta nausea reflexa que avisa ao medico que não deve elevar mais a dose do medicamento.

Elle aconselha que para os meninos de 2 á 3 annos deve-se começar á empregal-o na dose de meio gramma á um e meio; para os de 5 á 10 annos na dose de 2 á 5 grammas, e para os de 10 á 15 annos na dose de 3 á 12 grammas, e elevar-se lenta e progressivamente a dose até que a titillação da úvula não provoque nauseas e vomitos; conseguida esta tolerancia reflexa, não convem elevar-se mais a dose, porém deve-se insistir na applicação do medicamento, quer a molestia tenha sido apenas modificada, quer tenha sido curada, tornando-se o bromureto, como diz o mesmo autor, uma especie de alimento para o ex-epileptico.

No fim de um ou dous annos, não é mais necessario que o medicamento seja dado quotidianamente, mas sim com intervallo de um, dous e tres dias, e só deverá ser suspenso annos depois que a molestia tenha desaparecido.

Durante o uso do bromureto póde manifestar-se o bromismo, que na opinião de Legrand de Saule dá-se quando o bromureto é ioduretado.

O bromismo caracteriza-se por cephalgia frontal, côr livida da pelle, acné, grande enfraquecimento cardiaco, abatimento das forças, excitação gastrica, somnolencia quasi continua, obtusão das faculdades intellectuaes, grande enfraquecimento das funcções genitales, etc., etc.

Voisin aconselha que se administre concumitaneamente com o bromureto os diureticos, afim de favorecer a eliminção d'aquelle sal pelas ourinas, e impedir por esse modo certas erupções cutaneas. Além

dos diureticos é conveniente tambem que o doente use dos ferruginos para evitar a anemia e o bromismo, que podem apresentar-se.

O Dr. Jaccoud aconselha administrar-se o bromureto de potassio em uma tisana de valeriana, ou em agua adoçada com xarope de cascas de lorangeira.

B. Séquard recommenda, como tendo a grande vantagem de diffcultar o apparecimento do bromismo, a formula seguinte :

Iodureto de potassio.....	1 oitava	( 4 gram.	
Bromureto de potassio....	1 onça	( 32 »	
Bromureto de ammonium.	2 1/2 oit.	( 10 »	
Bicarbonato de potassa....	2 escrop.	( 2 »	e 60 centig.
Infusão de calumba.....	6 onças	(192 gram.	

Para tomar uma colher de café antes de cada uma das tres refeições, e ao deitar-se tres colheres de café com um pouco d'agua.

O xarope de Henry Mure é, na opinião do Dr. Belltyn-Haltes e dos Srs. Drs. Torres Homem, João Silva e outros praticos, um dos melhores preparados de bromureto de potassio. Uma colher de sôpa deste xarope contém dous grammas de sal.

Os Srs. Drs. Peçanha da Silva, Albino de Alvarenga, João Silva e João Ribeiro de Almeida, nos disserão que é no bromureto de potassio que elles depositão mais confiança, e o Sr. Dr. Torres Homem nos disse que acredita que a epilepsia, que não é curada pelo bromureto ou pelo valerianato de atropina, é incuravel.

Muitos outros praticos do Rio de Janeiro têm tirado resultados mais ou menos felizes com o emprego d'este medicamento.

Baseado na opinião e observação d'estes distinctos praticos, e nos resultados colhidos com este agente therapeutico na cura da epilepsia por muitos medicos inglezes, francezes, e norte-americanos, não hesitaremos um instante em lançar mão d'elle, logo que, ao começar nossa vida clinica, tivermos occasião.

*Belladona.* — Empregada á principio por Greding e Murray contra a epilepsia, sem auferirem de seu emprego grandes resultados, por isso que não obtiverão curas completas, conseguirão todavia melhorar as condições do doente, o que já era alguma cousa.

Mais tarde, Ferrus, Leuret e Ricard empregarão-n'a contra a mesma molestia, porém obtiverão pouco resultado.

Bretonneau, e principalmente Debreyne, que a experimentou em 200 epilepticos, obtiverão resultados mais ou menos notaveis.

Delasiauve a empregou em Bicêtre por espaço de muitos annos e nada ou quasi nada conseguiu, pois suppõe ter apenas obtido uma cura.

Trousseau diz que a belladona é o medicamento menos inefficaz de todos os que elle tem experimentado e visto experimentar; e accrescenta que tem obtido um certo numero de curas e em muitos casos uma melhora que elle não ousava esperar. O illustre clinico do Hotel Dieu diz que em uma molestia chronica como a epilepsia é necessario um tratamento chronico, e por isso o doente deve revestir-se de paciencia, bem como o medico, que deve dispôr-se á acompanhá-lo durante muitos annos.

Eis como elle aconselha o emprego da belladona :

Extracto de belladona.....) aã 1 centigramma.  
Pó das folhas de belladona.)

Para uma pilula.

Durante um mez o doente tomará uma pilula de manhã ou á noite, conforme os accessos fõrem diurnos ou nocturnos. Em cada um mez que se segue se augmentará uma pilula, de modo que chega-se a administrar 10, 15, 20 e mais por dia; e qual-quer que seja a dóse, deve ser dada sempre no mesmo momento.

A influencia que o medicamento exerce sobre a molestia e a tolerancia do doente marcão o limite até onde se deve elevar a dóse. Se o medicamento é difficilmente supportado, se ha effeitos toxicos (grande dilatação das pupillas, secura incommoda na garganta, agitação, etc.), não se deve augmentar a dóse senão de 2 em 2, de 3 em 3, ou de 4 em 4 mezes. Se a molestia modificar-se sensivelmente, mantem-se a dóse administrada em ultimo lugar, sem augmentar, nem diminuir uma só pilula, por espaço de um ou mais annos. Uma progressão decrescente será então seguida; suspende-se durante algum tempo a medicação, para recomeçal-a depois, de novo suspendel-a e de novo reco-

meçal-a; e assim alternativamente, conservando-se um intervallo de repouso, cuja extensão será subordinada ás melhoras que o doente apresentar.

Esse distincto clinico deu mais tarde preferencia ao alcaloide da belladona e o prescreve do modo seguinte :

- Sulphato neutro de atropina..... 5 centigrammas
- Aguardente..... 5 grammas

Uma gotta d'esta solução corresponde á uma pilula do extracto e pó de belladona, e portanto sua administração será feita segundo o methodo aconselhado para as pilulas.

*Valeriana.* —A valeriana silvestre é, na opinião do Sr. Dr. Pinheiro Guimarães, um dos medicamentos que deve occupar, se não o primeiro lugar, ao menos um dos primeiros, entre as substancias preconizadas como especificas contra a epilepsia.

E' bastante a opinião d'este illustre professor, tão favoravel á valeriana, para lhe concedermos um lugar em nosso humilde trabalho. Acreditamos, porém, que o distincto professor exagera muito sua importancia, bem como Tissot, que diz dever-lhe a cura de um grande numero de epilepsias essenciaes e estar persuadido de que, quando ella não cura, o mal é incuravel.

Não devemos, entretanto, desprezar a opinião d'estes dous clinicos, a qual, além de ser para nós de grande valor, é tambem a de muitos praticos eminentes, que citarão a valeriana como substancia poderosa contra a epilepsia.

*Valerianato de atropina.* —Este medicamento foi empregado pela primeira vez por Michéa, que, tendo grande confiança na atropina, mas julgando-a ao mesmo tempo de acção muito energica e perigosa, a combinou com o acido valerianico, com o fim de obter duas vantagens:—attenuar os effeitos do alcaloide e aproveitar ao mesmo tempo a acção da valeriana, que era julgada, como dissemos, por muitos autores poderosa contra a epilepsia.

O nosso illustrado lente de clinica nos disse que para elle o valerianato de atropina só é rivalisado pelo bromureto de potassio, e acredita, como já dissemos, que a epilepsia que resistir á estes dous medicamentos é incuravel. O distincto professor, em

um trabalho publicado na *Gazeta Medica* de 1º de Setembro de 1862, apresenta tres casos de epilepsia tratados pelo valerianato de atropina, nos quaes forão satisfactorios os resultados obtidos.

Eis as formulas que elle costuma empregar:

Valerianato de atropina.....	5 centigrammas.
Oxydo de zinco.....	2 grammas.
Assucar.....*	4 grammas.

Divida em 30 papeis.—Para tomar a principio dous por dia e depois tres.

Valerianato de atropina.....	25 milligrammas.
Oxydo de zinco.....	15 decigrammas.
Extracto de valeriana.....	15 decigrammas.

F. 30 pilulas.—Para tomar a principio uma por dia e depois tres.

O Dr. José Alves Machado communicou-nos que empregou em dous doentes seus o valerianato de atropina em dóse sempre crescente, segundo a tolerancia dos doentes, e que conseguiu excellentes resultados.

Um dos doentes, que era uma menina de 12 annos, restabeleceu-se completamente depois de ter seguido durante tres mezes esta medicação, havendo já oito mezes que os ataques desapparecerão.

Quanto ao segundo doente, um menino de nove annos, a cura não foi cómpleta, mas observou-se, entretanto, que os accessos forão espaçados consideravelmente durante o uso da medicação, que os pais do doente abandonarão para seguirem o tratamento de um curandeiro, á cujos cuidados o doente acha-se presentemente entregue.

*Preparados de zinco.*—O oxydo de zinco, empregado por varios medicos com mais ou menos proveito na epilepsia, é á Herpin que deve principalmente a importancia que chegou á ter no tratamento

d'essa molestia. Herpin começava administrando-o na dóse de 30 centigrammas e elevava progressivamente essa dóse até 6 grammas por dia e a continuava por muito tempo. Aconselhava que mesmo depois da suppressão dos accessos os doentes devião tomar uma quantidade maior do que a que tinha sido necessaria para supprimil-os.

O Sr. Bourneville apresenta quatro observações, em duas das quaes o oxydo de zinco produzio apenas melhoras; nas outras duas não deu resultado algum. Este autor prescreve á principio dóses de dous á nove centigrammas e as augmenta mais ou menos rapidamente, segundo as circumstancias.

Mais tarde Herpin preferio o lactato de zinco ao oxydo. Começava administrando-o na dóse de 10 á 15 centigrammas por dia e a elevava á duas grammas. O valerianato, o acetato e o sulphato de zinco têm sido tambem empregados.

Foi por meio dos preparados de zinco que esse autor conseguiu um grande numero de curas. Infelizmente, porém, a importancia d'esses preparados não tem sido coufirmada pelos praticos.

Herpin applicava o oxydo de zinco do modo seguinte:

Oxydo de zinco.....	3 grammas.
Assucar.....	4 »

Divida em 20 papeis.—T. 2 por dia.

Augmente-se um gramma de oxydo de zinco no fim de cada semana, sendo conservada a mesma quantidade de assucar.

Logo que chegava á seis ou oito grammas, Herpin não mandava augmentar mais a quantidade, porém aconselhava insistir-se n'essa dóse durante muitos mezes.

*Nitrato de prata.*—Este agente therapeutico tem sido tambem empregado contra a epilepsia pelos medicos inglezes, francezes, italianos e norte-americanos; porém os resultados pouco satisfactorios por elles obtidos e a argyriasis que provém em consequencia de seu uso prolongado, bem como gastralgias e desordens graves das vias digestivas, são circumstancias que nos levão a não aconselhar o seu emprego.

Trousseau, entretanto, dá-lhe alguma importancia, e diz tê-lo applicado alternativamente com a belladona, limalha de cobre e os preparados de zinco, e conseguido algum resultado.

Este professor manda preparar a formula seguinte :

Nitrato de prata crystallizado...	10 centigrammas	
Gomma arabica.....		} aã q. s.
Agua distillada.....		

Para 10 pilulas.

Continuando á dar sempre a belladona de manhã, manda dar duas d'estas pilulas á noite, mesmo á crianças de 4 á 10 annos, durante 10 dias.

Nos 10 dias seguintes, elle manda substituir o nitrato de prata pela limalha de cobre na formula seguinte :

Limalha de cobre.....	1 gramma
Assucar.....	4 »

Misture e divida em 20 papeis.

Manda que o doente tome primeiramente dous por dia e que depois augmente progressivamente até seis, tendo sempre em vista a tolerancia do estomago. Para as crianças abaixo de 4 annos, cada papel deverá conter sómente dous centigrammas de limalha. Nos 10 dias que se seguem ao emprego da limalha, elle manda dar ao doente os preparados de zinco. Dá preferencia ao lactato de zinco misturado com assucar, como na formula precedente. Terminada a ultima dóse do sal de zinco, elle manda voltar para o nitrato de prata, depois para a limalha de cobre e finalmente para o lactato de zinco, e assim por diante.

*Espelina* (*perianthopodus espelina*, Manso.)—Os Srs. Drs. Estevão de Rezende e A. Romualdo Manso, em suas excellentes theses, dão uma noticia muito lisongeira da espelina, como um agente que póde dar importantes resultados no tratamento da molestia que occupa nossa attenção. Elles, dando essa noticia, se basêão na opinião do Sr. Langgaard e dos distinctos medicos Srs. Dr. Vieira de Mattos, Dr. Goulart e Dr. Azambuja.

O Sr. Dr. Lourenço B. Pereira da Cunha, no numero 5 da *Revista Medica* de 15 de Agosto de 1874, fez considerações muito importantes sobre essa planta, e apresenta seis casos de cura de epilepsia obtidos com ella, um pelo Sr. Dr. Langgaard, e cinco pelo Dr. Vieira de Mattos. De 1874 para cá, o Sr. Dr. P. da Cunha nos disse que poucas vezes a tem empregado, e que só lhe deposita confiança quando a epilepsia é dependente de uma alteração intestinal.

Esta planta, pertencente á familia das cu-curbitaceas, e que se encontra nas provincias de Minas, S. Paulo e Matto Grosso, foi empregada pela primeira vez no Rio de Janeiro, contra a epilepsia, pelo Dr. Vieira de Mattos, em 1850. Este sempre lembrado medico observou que sendo elevada a sua dóse além de 75 centigrammas, ella produz effeitos purgativos.

O Sr. Dr. Langgaard diz que na dóse de dous grammas ella produz effeito emeto-cathartico e que em dóse menor obra como tonico e diuretico. Este mesmo Doutor diz que a planta conhecida em Minas com o nome de tomba pouco differe da espelina e tem a mesma acção therapeutica.

Um nosso collega nos affirmou que a tomba é empregada nos sertões de Minas com muito proveito contra a epilepsia.

O Dr. Vieira de Mattos seguia o methodo seguinte na applicação da espelina :

Espelina em pó..... 60 centigrammas  
 Assucar..... q. s.

Para um papel e mais 60 semelhantes.—Para tomar metade de um papel de manhã e outra metade á noite.

Sobre cada uma dóse o doente deve tomar uma chicara de infusão de folhas de lorangeira addicionada com uma colher de chá da tintura ante-epileptica do Dr. Vieira de Mattos.

Não sabemos se além do Sr. Dr. P. da Cunha, que poucas vezes a emprega, haverá algum outro pratico que continue a empregal-a e a estudar seus effeitos therapeuticos. E' provavel que não.

Consultando alguns medicos brasileiros, elles nada nos disserão além do que dizem os Srs. Dr. E. de Rezende e Dr. Manso.

Entretanto acreditamos que as cinco observações do Dr. Vieira de Mattos, a do Sr. Dr. Langgaard, a do Sr. Dr. Soares de Souza, a do Sr. Dr. Goulart, de que fallão os Srs. Drs. P. da Cunha e E. de Rezende, e a do Sr. Dr. Manso, devião chamar a attenção dos medicos brazileiros para essa planta tambem brazileira, sobre tudo se attendermos que trata-se de combater com ella uma molestia que caracteriza-se pela sua quasi incurabilidade, e pelas suas consequencias muitas vezes funestas.

Ainda que não houvesse patriotismo no coração do medico brazileiro, a humanidade falla bem alto para que o impulso dado pelo finado Dr. Vieira de Mattos e o appello feito pelo Sr. Dr. Langgaard sejam attendidos.

*Monobromureto de camphora.*—O Sr. Bourneville apresenta nove observações de epilepticos tratados por este medicamento, cujos resultados são pouco animadores. Elle conseguiu apenas obter uma diminuição relativa dos accessos do grande mal e uma diminuição um pouco maior no numero das vertigens.

Este autor acredita, entretanto, que este agente therapeutico tem uma indicação formal nos casos em que se tratar das formas do pequeno mal, e julga que se obterá d'elle beneficios mais sérios, se fôr applicado á doentes que estejam em melhores condições do que os de Salpêtrière, os quaes, segundo elle pensa, estão collocados em um meio que se poderia qualificar de epileptogenico.

O Dr. Pathault, que tem procurado estudar a acção d'esse medicamento, pouca importancia parece lhe dar no tratamento da epilepsia.

*Nitrito de amyla.*—As inalações de nitrito de amyla têm sido n'estes ultimos cinco annos empregadas contra a epilepsia. O Sr. Bourneville apresenta alguns casos de epilepticos observados por elle e por alguns praticos norte-americanos, nos quaes as vantagens d'esse medicamento parecem reaes. Devemos, entretanto, esperar que novas experiencias venhão confirmar esses resultados.

*Emissões sanguineas e revulsivos.*—Schroeder van der Kolk, fundando-se em seus estudos anatomo-pathologicos, recommenda o emprego das emissões sanguineas locaes por meio de sanguesugas e ven-

tosas na região da nuca, e mais tarde a applicação de vesicatorios, cauterio e sedenho. Elle considera estes meios como os unicos racionaes e capazes de modificar a irritabilidade da medulla allongada e de prevenir as congestões.

Não obstante haver exaggeração da parte d'este illustre observador, os resultados felizes obtidos por elle e por Niemeyer fazem com que elles não devão ser desprezados. Acreditamos, porém, com o Dr. Jaccoud, que este meio de tratamento só póde dar algum resultado nos casos de epilepsia recente, e isso mesmo como auxiliares, e que só deverá ser empregado nos individuos fortes e robustos, e contra-indicado formalmente nos individuos fracos, debilitados e anemicos.

*Hydrotherapia.*—A hydrotherapia, segundo alguns autores, é indicada com proveito não só contra muitas das causas que entretém a epilepsia, como contra a propria molestia.

E na verdade, parecem ter alguma razão os que assim pensão.

Se na etiologia d'esta molestia encontramos a anemia, a escrophulose, o rachitismo e outras alteracões na qualidade e quantidade do sangue, a hydrotherapia, produzindo sobre estes estados uma modificação benefica por meio de sua accão tonica e estimulante, quer activando e regularisando a circulação capillar da pelle e por conseguinte em todo o systema vascular, quer melhorando a hematose, dando por esse modo ao sangue as qualidades que elle tinha perdido e tornando-o mais apto para estimular o organismo e em ultima analyse os centros nervosos, parece encontrar uma indicação causal.

Esta nevrose é, segundo sua pathogenia, entretida por um estado de excitabilidade morbida; ora, a agua fria, poderoso agente da hydrotherapia, por meio de sua accão sedativa, hyposthenisante, póde combater perfeitamente essa excitabilidade.

Além dos medicamentos que acabamos de descrever, muitos outros têm sido empregados e se achão completamente abandonados, quer porque têm uma accão inefficaz contra o mal caduco, quer porque são mais prejudiciaes do que uteis, quer emfim porque são extravagantes e muitos até mesmo ridiculos. Entre essa serie quasi infinita temos: o opio que, em vez de produzir uma accão benefica, exagera a excitabilidade reflexa, e o mesmo acontece com os anesthesicos, que, segundo Grisolles, são mais capazes de provocar accessos do que de

prevenil-os; a digitalis, o selinum palustre, a artemisa, o almiscar, o castoreo, o alho, a cebola branca, a arruda, a peonia, a noz vomica, o meimendro, a assa-fœtida, o sulphato de quinina, o anil, o louro cerejo, a camphora, meconium, excrementos de diversos animaes, raspas de craneo e de vertebrae humanas, encephalo humano ou de corvo, figado e coração de rã, testiculos de urso, dente de cobra, minhocas e muitos outros que são apontados pelo Sr. Dr. Pinheiro Guimarães.

Temos até aqui nos occupado quasi exclusivamente do tratamento da epilepsia essencial, obedecendo de algum modo a divisão que estabelecemos.

Nosso modo de proceder fica justificado desde que admittimos que a epilepsia symptomatica e sympathica, sendo supprimida a causa que a produzio, continúa muitas vezes a existir, mudando apenas de nome, isto é, passando a ser essencial. Demais, a epilepsia symptomatica e sympathica requer um tratamento que varia com a causa que a produzio, e se tentassemos descrevel-o, teriamos de nos afastar muito de nosso ponto, pois teriamos de descrever o tratamento da intoxicação syphilitica, mercurial, absinthica, da chlorose, da anemia, da plethora, da escrophulose; teriamos de fallar dos vermifugos, dos meios de combater as affecções uterinas, etc., etc.

Basta-nos dizer que em presença de um caso de epilepsia o medico deve procurar conhecer a causa e dirigir contra ella, quando é conhecida, todo o tratamento; assim, se ella estiver ligada á um estado syphilitico, se recorrerá aos mercuriaes e ao iodureto de potassio; se estiver ligada á anemia, aos marciaes; se á existencia de vermes no intestino, aos vermifugos, etc., etc. Se, supprimida a causa, os accessos continuarem, se recorrerá então aos meios que já descrevemos.

#### TRATAMENTO CIRURGICO.

*Trepanação.* — Esta operação tem sido aconselhada por alguns praticos nos casos em que um tumor ou qualquer corpo estranho contido na caixa craneana, comprimindo ou irritando os orgãos

encephalicos, produza accessos epilepticos, e nos casos em que aquella cavidade, em consequencia de um vicio de conformação, se torne relativamente pequena para conter aquelles orgãos. Os poucos resultados obtidos, a difficuldade de diagnosticar-se a existencia e sobretudo a séde da lesão, e a gravidade dessa operação, são circumstancias que concorrem muito para proscrever-se o emprego da trepanação como meio curativo da epilepsia. Entretanto, se os accessos não fôrem de longa data, se fôrem entretidos por um corpo estranho, que tenha sido introduzido na cavidade craneana, e que sua séde seja perfeitamente conhecida, julgamos que ella deve ser empregada. Fóra d'este caso nos parece que nunca deve ser lembrada.

*Tracheotomia.* — Aconselhada e empregada por Marshall-Hall no tratamento do morbus sacer, a tracheotomia encontrou alguns partidarios entre os medicos inglezes. Hoje, porém, se acha completamente abandonada, e nos parece que ninguem mais se lembrará de tal operação, que, além de perigosa, é improficua n'esta melestia.

*Secção dos nervos.* — A secção dos nervos tem tambem sido feita com o fim de impedir que seja levada ao cerebro a impressão produzida sempre em um mesmo ponto.

Este meio se acha completamente abandonado, e assim devia ser, visto que os poucos casos felizes que são citados pelos autores não compensavão os perigos d'essa operação; e além disso, ignorando-se qual fôsse o ramo nervoso conductor da impressão, fazia-se, ás vezes successivamente, a secção de muitos nervos até encontrar o conductor, o que dava lugar a paralyrias extensas.

*Cauterisação dos nervos.* — A cauterisação com o ferro em braza sobre o trajecto dos nervos, que a aura parece seguir, tem sido proposta.

A respeito d'ella nada temos a acrescentar além do que dissemos relativamente á secção dos nervos.

*Cauterisação do pharynge.* — Esta operação, além de não encontrar justificação, nem na pratica, nem na theoria, pode occasionar consequencias muito graves. A unica justificação que encontramos, para que Ducros a aconselhasse como meio de tratamento da

epilepsia, é a pertinacia d'esta molestia, que zombando de todos os recursos, obrigava os praticos á recorrerem a todos os meios que em sua imaginação parecessem produzir algum beneficio.

*Castração.* — Acreditamos que não ha cirurgião algum que se aventure á praticar esta barbara operação com o fim de fazer desaparecer ataques annunciados por aura, que tenha seu ponto de partida nos testiculos. A gravidade d'esta operação, a degradação do individuo castrado, e a incerteza de se obter a cura da molestia, fallão bem alto contra ella.

Se a aura parte regularmente de uma cicatriz, de um tumor, da visinhança de um corpo estranho introduzido nos tecidos, que exerce uma pressão sobre um nervo peripherico ; se parte de um nevroma, deve-se recorrer aos meios cirurgicos, que, se as mais das vezes não impedem a continuação da molestia, podem em alguns casos cural-a.

Muitos outros meios cirurgicos têm sido empregados, como sejam : a obliteração das arterias epicraneanas por meio de incisões, a ligadura de uma das crotidas primitivas, a amputação de extremidades grangrenadas, cariadas, a avulsão dos dentes, etc., etc.

Dando pouca importancia a estas operações como meio de curar a molestia que faz assumpto do nosso ponto, e acreditando que, independentemente d'este caso especial, algumas d'essas operações são exigidas na cirurgia, e portanto estranhas aos nossos trabalhos, julgamos ter dito o quanto é sufficiente á respeito do tratamento cirurgico.



PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO  
SECÇÃO ACCESSORIA  
DO INFANTICIDIO



I.

Infanticidio é o assassinato do recém-nascido.

II.

Infanticida é o individuo que pratica o infanticidio.

III.

Tres condições são necessarias para que haja infanticidio :  
Que a morte tenha sido voluntariamente causada ; —que o menino  
tenha nascido vivo ;— e que seja recém-nascido.

IV.

O infanticidio póde ser commettido pela mãe ou pelo pai do recém-nascido, ou por qualquer outra pessoa.

V.

O infanticidio pode ser por commissão ou por omissão.

VI.

O menino só é considerado recém-nascido até a queda do cordão umbilical, que de ordinario se effectua do quarto ao oitavo dia depois do seu nascimento.

VII.

Os caracteristicos que nos levão a conhecer se o recém-nascido nasceu á termo são tirados do desenvolvimento geral do corpo, do estado do tegumento externo e do grão de ossificação.

VIII.

A presença do cadaver do recém-nascido é necessaria para se provar a existencia do infanticidio.

IX.

Ficará provado o crime de infanticidio desde que se reconheça que o pequeno ser viveu e que sua morte é a consequencia de manobras criminosas.

X.

Os signaes que provão que o menino viveu são fornecidos pelo exame do aspecto externo do cadaver e dos orgãos profundos.

XI.

O unico signal certo de que o menino viveu são os traços deixados pela respiração.

XII.

Pela docimasia hydrostatica se prova se o recém-nascido respirou ou não.

XIII.

O menino póde, porém, ter vivido sem que tenha respirado.

XIV.

Quando mesmo o recém-nascido não tenha respirado, a coagulação do sangue derramado de uma ferida prova que elle viveu.

XV.

A asphyxia é o meio mais empregado pelo infanticida na consecução de seus fins.



# TERCEIRO PONTO

## SECÇÃO CIRURGICA

### Operações reclamadas pelos calculos vesicaes

---

#### I.

São tres as operações cirurgicas conhecidas para a extracção dos calculos vesicaes: 1ª, extracção dos calculos inteiros pela via natural; 2ª, talha; 3ª, lithotricia.

#### II.

Pondo-se de parte a primeira operação, que só póde ser applicada na mulher, cuja uretra é rectilinea e nimiamente dilatavel, ficão a talha e a lithotricia para entre si disputarem a palma na cura dos calculos.

#### III.

Não é indifferente a applicação de um ou de outro d'estes dous methodos operatorios; cada um tem suas indicações especiaes e precisas, que devem ser acuradamente estudadas pelo cirurgião consciencioso, que não quizer ser o ludibrio de cheques continuados.

#### IV.

Foi justamente por não estudarem calma e detidamente as condições favoraveis ao emprego de um ou outro d'estes methodos

operatorios, que os cirurgiões, em algum tempo, se abrigarão uns sob a bandeira da talha, outros! sob o estandarte da lithotricia, sem attentarem á que são dous methodos operatorios estes que se auxilião mutuamente, mas que não se substituem.

V.

Assim, a lithotricia encontrará uma indicação solemne nos casos em que os calculos fõrem unicos, pouco volumosos, de densidade mediocre, e os orgãos ourinarios se acharem sãos, a bexiga tiver uma capacidade normal e a uretra se apresentar livre.

VI.

Será, pelo contrario, contra-indicada e entrará em seu dominio a talha, quando os calculos fõrem multiplos, volumosos, de densidade consideravel, engastados ou enkistados; ou então quando os rins e os ureteres, a bexiga e a prostata se apresentarem alteradas em sua textura ou em suas funcções.

VII.

Os estreitamentos da uretra só contra-indicão a lithotricia e dão lugar a que entre em scena a talha, quando são incuraveis; no caso contrario, não, porque poderão ser tratados e debellados antes da operação.

VIII.

A estreiteza do meato ourinario, levada á ponto de impedir a entrada dos instrumentos lithotridores, não é uma contra-indicção á lithotricia, porque se afastará esse obstaculo com uma simples incisão sobre elle feita com um bisturi abotoado.

IX.

O desenvolvimento muito consideravel da prostata, sua hypertrophia, constitue um obstaculo que, quando não pode ser removido, contra-indica a lithotricia já por si, já pelo desvio do canal

da uretra e a diminuição do diametro antero-posterior da bexiga, accidente este que se produz quasi sempre.

X.

E' em consequencia de se apresentar a prostata ordinariamente mais ou menos tumefacta nos velhos, que a lithotricia é n'elles perigosa; comquanto a amplidão da bexiga, sua pouca irritabilidade, a grande dilatabilidade da uretra, sejam condições, por elles apresentadas, favoraveis á manobra dos instrumentos da lithotricia.

XI.

O catarrho vesical, que ordinariamente se manifesta em consequencia da irritação produzida sobre a mucosa vesical pelo calculo existente na bexiga, não é uma contra-indicação á lithotricia, desde que todas as mais condições fõrem a ella favoraveis.

XII.

A hypertrophia da bexiga, seu endurecimento e grande irritabilidade constituem muitas vezes formal contra-indicação á lithotricia.

XIII.

A paralyasia da bexiga só por si não é uma contra-indicação á lithotricia, se todas as mais condições lhe fõrem favoraveis, embora a opinião contraria de Chaissaignac.

XIV.

Quando os calculos têm por nucleo um corpo estranho não friavel, será a talha a operação escolhida; no caso, porém, de serem formados sobre nucleos friaveis, serão tratados pela lithotricia.

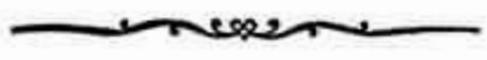
XV.

As epochas da vida mais favoraveis á lithotricia são a mocidade e a idade adulta. Nos meninos ainda póde ella ser coroada

de successos; mas a estreiteza da uretra e a indocilidade d'elles de um lado, e do outro as muitas probabilidades de successos offerecidas n'esta idade pela talha, fazem com que esta seja preferida por grande numero de cirurgiões.

XVI.

A lithotricia deverá ser preferida na mulher, todas as vezes que os calculos não poderem ser extrahidos pela dilatação moderada da uretra. Todavia, se o calculo fôr muito volumoso, se apresentar grande dureza, ou se os orgãos urinarios se mostrarem alterados, deverá ella ceder a palma á talha.



## QUARTO PONTO

### SECÇÃO MEDICA

Do jaborandi; sua acção physiologica e therapeutica.



#### I.

Sob o nome de jaborandi são conhecidas no Brazil diversas plantas; mas o verdadeiro jaborandi, aquelle sobre o qual têm versado todas as experiencias, é, segundo Boillon, uma especie da familia das rutaceas—o pilocarpus pinnatus, ou pinnatifolius.

#### II.

Comquanto o Dr. Pison houvesse já se occupado das diversas especies de jaborandi, em 1648, é todavia incontestavelmente ao Dr. Simphronio Coutinho, de Pernambuco, que cabe a gloria de ter tornado o pilocarpus pinnatus conhecido no mundo scientifico.

#### III.

Foi em 1873 que este distincto medico pernambucano apresentou as primeiras amostras d'esta planta ao sabio professor Gubler, que descreveu seus caracteristicos botanicos, determinou suas principaes propriedades physiologicas e formulou suas indicações therapeuticas mais importantes.

IV.

Os principios activos d'esta planta são encontrados em suas folhas e na casca dos grossos e medios caules.

V.

N'estas partes da planta encontra-se, segundo nos affirmão Byasson, Vulpian, Hardy e outros, um alcaloide que foi denominado —pilocarpina.

VI.

Póde-se administrar o jaborandi, acompanhando-se o professor Gubler, sob as fórmulas de infusão, de extracto aquoso, de elixir, de xarope e sacharureto, variando-se a dóse conforme o preparado preferido, que é de ordinario a infusão.

VII.

As numerosas experiencias feitas sobre o jaborandi não só confirmarão seus effeitos diaphoreticos e sialogogos, já reconhecidos pelo Dr. Coutinho, como tambem determinarão sua acção sobre outras funcções organicas.

VIII.

Diz o Dr. Rabuteau que o jaborandi parece destinado á substituir todos os sudorificos hoje conhecidos como taes. Não somos tão entusiastas ; reconhecemos, porém, que é verdadeiro sudorifico e que marcha ao lado d'esse grupo de medicamentos.

IX.

Os effeitos diaphoreticos começam á se mostrar 20 á 25 minutos depois da ingestão do medicamento ; attingem á seu maximo de intensidade 44 minutos depois do seu comêço e durão por espaços de 2 1/2 á 3 horas.

X.

Tão manifesto como o sudorifico é o effeito sialogogo do jaborandi, que precede mesmo áquelle 7 á 10 minutos, e attinge o seu maximo

de intensidade em 40 minutos, provocando a excreção de uma quantidade de saliva, cuja média foi calculada em 500 centímetros cubicos.

#### XI.

Quando os effeitos provocados pela ingestão do jaborandi seguem sua marcha normal, os phenomenos observados no tubo gastrointestinal consistem, além da salivação, em sêde intensa e em perturbações do appetite, que apresenta-se ora diminuido, ora exagerado. Porém, desde que uma aberração se dê n'essa marcha, vomitos e diarrhéa se apresentarão como consequencia.

#### XII.

Tres ordens de effeitos exerce o jaborandi sobre o apparelho da visão: hypercrinia lacrimal, contracção pupillar e perturbações visuaes, quer devidas ás lagrimas espalhadas sobre a cornea, quer independentes d'esta causa.

#### XIII.

Mesmo tendo-se em conta as lagrimas que, pelos conductos lacrimaes e canal nasal, vão ter ás fossas nasaes, é manifesta a hypercrinia nasal produzida pelo jaborandi, que tambem exerce uma acção modificadôra sobre a mucosa tracheo-bronchica.

#### XIV.

Como sudorifico que é, exerce o jaborandi acção manifesta sobre a temperatura animal. Esta aũgmenta-se até a occasião em que o effeito sialogogo se tem bem pronunciado e a sudação vai-se generalizando; quando, porém, esta tem attingido seu maximo de intensidade, começa ella a declinar-se e chega mesmo a descer abaixo de seu gráo inicial quando as hypercrinias vão-se declinando, para de novo á elle voltar, horas depois de cessadas estas.

#### XV.

O pilocarpus produz maior energia e frequencia nas impulsões cardiacas, que se traduz por accelaração do pulso; no dia seguinte, porém, ao de sua administração, ha diminuição das pulsações.

XVI.

O jaborandi diminue a quantidade de urina excretada, e esta diminuição está na razão directa de seu effeito diaphoretico. O mesmo se dá em relação á uréa.

XVII.

A secreção lactea augmenta-se sob a influencia do jaborandi.

XVIII.

Existe verdadeiro antagonismo entre os phenomenos produzidos pela ingestão do jaborandi ou de seu principio activo —a pilocarpina — e os que provocão a belladonna, seus saes e alcaloide.



# HIPPOCRATIS APHORISMI

## I.

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint. (Sect. 2<sup>a</sup>, Aph. 2.)

## II.

Ex comitialibus, juvenes, mutatione potissimum ætatis, et regionum et victuum liberationem accipiunt. (Sect. 2<sup>a</sup>, Aph. 45.)

## III.

Comitiales quibus ante pubertatis annos contingunt, depositionem accipiunt. At quibus quintum et vigesimum annum agentibus fiunt, eos fere, ad mortem usque comitantur. (Sect. 5<sup>a</sup>, Aph. 7.)

## IV.

Adolescentibus autem, sanguinis sputationes, tabes, febres acutæ, comitiales, alique morbi, præcipue tamem prædicti. (Sect. 3<sup>a</sup>, Aph. 29.)

## V.

Somnus, vigilia, utraque modum excedencia, malum denunciant. (Sect. 2<sup>a</sup>, Aph. 3.)

## VI.

Frigidum ossibus adversum, dentibus, nervis, cerebro, dorsali medullæ, calidum vero utile. (Sect. 5<sup>a</sup>, Aph. 18.)



v.7/156v

Esta these está conforme os estatutos.

Rio, 30 de Agosto de 1877.

DR. BENJAMIM FRANKLIM RAMIZ GALVÃO.

DR. PEDRO AFFONSO DE CARVALHO FRANCO.

DR. JOÃO JOSÉ DA SILVA.