

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA CADEIRA DE CLÍNICA MÉDICA D'ADULTOS

Do diagnostico e tratamento do tabes dorsalis

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM

2 DE SETEMBRO DE 1887

E sustentada no dia 27 de Dezembro do mesmo anno

PELO

Dr. Francisco de Faria Lobato Sobrinho

NATURAL DE MINAS GERAES

E FILHO LEGÍTIMO DO

Dr. Candido de Faria Lobato

E

D. Francisca Machado Lobato

RIO DE JANEIRO

Typ. CENTRAL, de Evaristo Costa, travessa do Ouvidor, 7

1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE SABOIA

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE S. SALVADOR DOS CAMPOS

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biológica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
José Benício de Abreu.....	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas (Examinador).....	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Barão de S. Salvador dos Campos..	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia.....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e aparelhos.
Conselheiro Nuno de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira (Examinador).....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima (Examinador)..	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem.....	Clínica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa.....	
Conselheiro Barão de Saboia.....	Clínica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro.....	
Hilário Soares de Gouveia.....	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psiquiatrica.

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

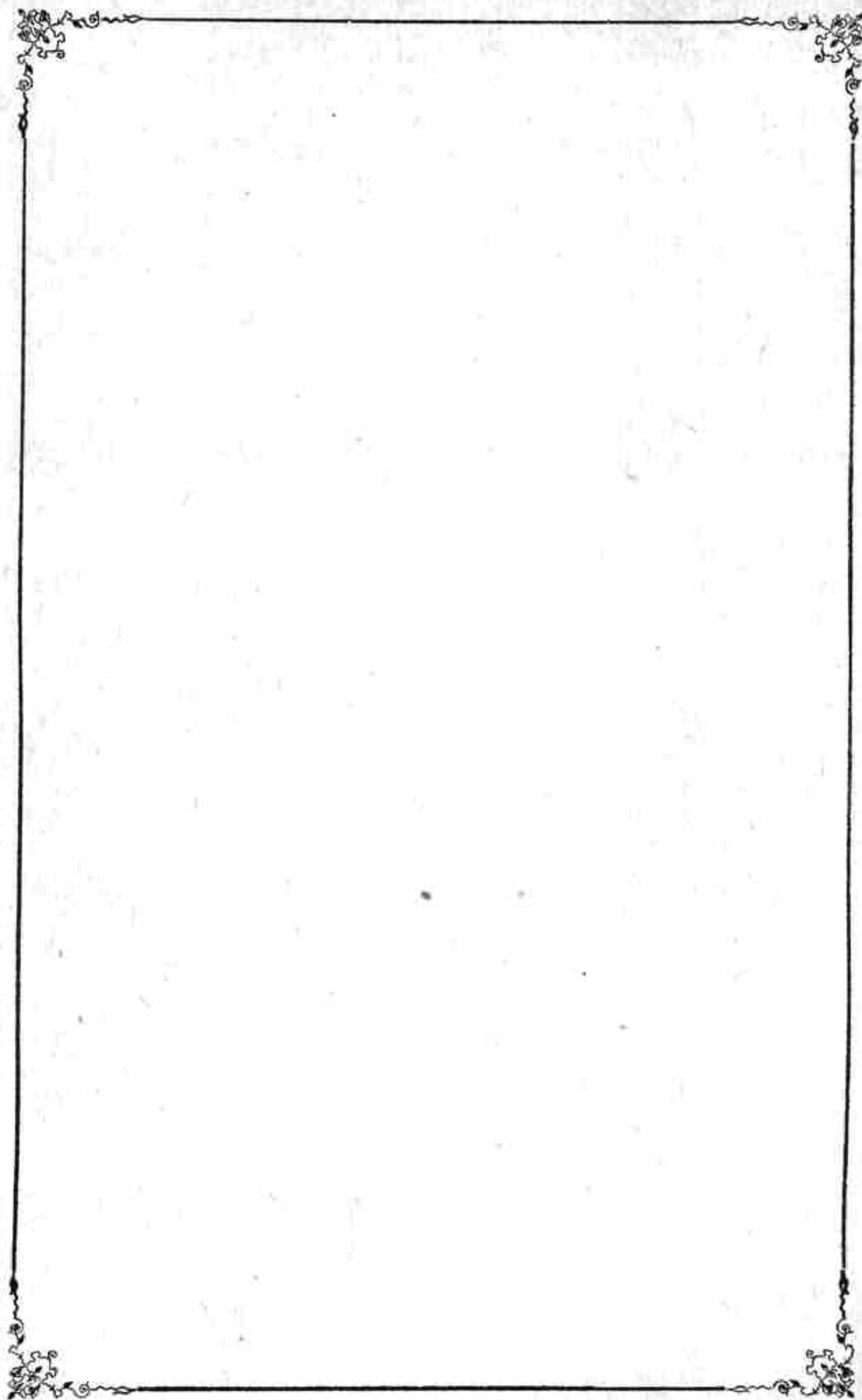
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Anatomia descriptiva.
---------------------------------------	-----------------------

ADJUNTOS

.....	Physica medica.
.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biológica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e aparelhos.
.....	Materia medica e therapeutica especialmente brasileira.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	Clínica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes.....	
Bernardo Alves Pereira.....	Clínica cirurgica de adultos.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Clínica obstetrica e gynecologica.
Francisco de Paula Valladares.....	
Pedro Severiano de Magalhães.....	Clínica medica e cirurgica de crianças.
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	
.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Luiz da Costa Chaves Faria.....	Clinica ophtalmologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica psiquiatrica.
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	

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

MEIS ET AMICIS



ERRATA

Pag. 21, linha 24 — Em vez de paralyisia facial, leia-se paralyisia do facial.

Pag. 52, linha 24 — Em vez de *o caso*, leia-se *o accaso*.

Pag. 99, linha 5 — Em vez de (antifibrina), leia-se (antefebrina.)

DADOS HISTORICOS

Antes de Duchenne (de Boulogne), já Romberg tinha prescrito a existencia da ataxia locomotora progressiva; mas a descripção por este feita sob o nome de *tabes dorsalis* era tão imperfeita e incompleta, que podemos justamente attribuir a Duchenne o merito d'essa descoberta. De 1850 a 1858, Duchenne, preocupado em estudar a força dos movimentos parciaes no estado physiologico e no estado pathologico, observou em certos individuos, apparentemente paraplegicos, a conservação integral da força nos movimentos parciaes dos membros, notando que a difficuldade ou impossibilidade da locomoção, n'estes doentes, achava-se sob a dependencia da incoordenação motora.

Em sua monumental memoria de 1858, creando esta especie clinica, Duchenne accentúa magistralmente os mais importantes traços clinicos da molestia.

" Abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, tels sont les caractères fondamentaux de la maladie que je me propose de décrire. Ses symptômes et sa marche en font une espèce morbide parfaitement distincte. Je me propose de l'appeler ataxie locomotrice progressive. "

Já n'estas primeiras phrases de sua memoria, Duchenne encara de frente e de modo resolutivo a questão, e parece surpreender o processo morbido em sua disfarçada marcha, obrigando-o a revelar-se pelos seus verdadeiros symptomas clinicos: *incoordenação e falsa apparencia de paralysis*.

Bem razão tem, pois, o professor Grasset quando diz que:

“ Les types cliniques créés par Duchenne dans la pathologie du système nerveux ressemblent à ceux que Laënnec a créés pour l'appareil respiratoire; on peut les compléter, mais il n'est pas le plus souvent nécessaire les retoucher. ”

Muitos casos, até essa epocha estudados e grupados no quadro das paralysias e paraplegias, foram novamente tomados e estudados por Duchenne que n'elles encontrou symptomatologia e evolução communs ao typo morbido — *ataxia locomotora progressiva*.

Duchenne procura primeiramente salientar a marcha da molestia, e a successão habitual de seus periodos.

Ha, desde o começo da molestia, o periodo prodromico (Duchenne), no qual observam-se perturbações motoras do olho (paralysias do 3º ou do 6º par); enfraquecimento ou perda da vista.

Iniciam verdadeiramente o primeiro periodo as dôres fulgurantes, “rapides comme un éclair ou comme une décharge électrique,” diz Duchenne, voltando por crises, e a todas as regiões do corpo.

Decorrido um tempo mais ou menos longo (mezes ou annos), a instabilidade do equilibrio e a incoordenação motora transparecem; apparecendo simultaneamente, nos membros inferiores, a anestesia e a analgesia.

Finalmente em um terceiro periodo generalizam-se os accidentes.

N'este periodo os doentes são obrigados a guardar o leito, porquanto rapidamente escoam-se as forças, e os tabeticos cahem em um verdadeiro estado marasmatico, succumbindo geralmente

de uma molestia intercurrente qualquer, ou apresentando phenomenos de paralysis bulbar.

A denominação *tabes dorsalis*, adoptada por Romberg, convem sobretudo a este ultimo periodo, verdadeiro periodo da phtisica dorsal, mas ella não deve ser preferida, em absoluto, á expressão *ataxia locomotora progressiva*, porquanto esta ultima, se bem que tenha a desvantagem de mal caracterisar o periodo inicial, tem, no entanto, a vantagem de caracterisar o segundo periodo da molestia, sem duvida mais importante do que o ultimo, tanto em sua ordem chronologica como em sua importancia symptomatica.

Não sendo rigorosamente scientificas as expressões *tabes dorsalis* e *ataxia locomotora progressiva*, nós não daremos preferencia á nenhuma d'ellas, empregando-as indifferentemente, no correr de nossa dissertação.

Depois de Duchenne, as observações de ataxia locomotora progressiva e trabalhos sobre este assumpto se multiplicaram.

Duchenne (de Boulogne) traçara magistralmente a parte clinica da molestia, o mesmo não succedendo á sua anatomia pathologica, que não foi por elle claramente interpretada.

Em sua memoria de 1858, Duchenne, guiando-se pelos estudos de Flourens, acreditava na existencia de uma lesão cerebellosa.

O exame necroscopico de um tabetico mudou completamente o modo de pensar de Duchenne, que, então, começou a sustentar que a ataxia locomotora progressiva era uma *nevrose*, opinião abraçada ainda pelo immortal Trousseau, em 1865.

Romberg foi o primeiro a prever uma tal ou qual relação entre o *tabes dorsalis* e as lesões dos feixes posteriores da medulla. Depois d'este, Leyden, Friedreich, na Allemanha, Charcot, Oulmont, Pierret, etc., em França, estabeleceram que a lesão tabetica traduz-se pela sclerose radicular posterior.

SYNONIMIA — DEFINIÇÃO

A ataxia locomotora progressiva tem sido descripta, pelos auctores, sob denominações multiplas, e, muitas vezes, improprias para caracterisal-a. Eis as principaes denominações adoptadas, quer sob o ponto de vista clinico, quer sob o ponto de vista anatomo-pathologico:

Tabes dorsalis (Romberg); ataxia locomotora progressiva (Duchenne); paralysisa espinhal progressiva (Wunderlich); sclerose espinhal posterior (Charcot); mal de Duchenne (Trousseau); sclerose atrophica dos cordões posteriores (Leyden); sclerose dos feixes radiculares posteriores (Hammond); meningo-myelite chronica posterior, etc.

Como acabámos de vêr, o numero d'essas expressões, que tem tido curso na Nevropathologia, é consideravel e evidencia a manifesta divergencia dos nozographos que têm descripto este typo morbido, clinicamente bem estudado e conhecido, mas ainda bastante controvertido quanto á sua anatomia pathologica.

A denominação *tabes dorsalis* é uma expressão antiquissima, remontando aos tempos de Hypocrates, que grupou, sob tal denominação, todas as molestias consumptivas da medulla espinhal.

Essa mesma denominação serviu, ainda em nosso seculo, para caracterisar affecções de naturezas diversas, especialmente as paralysisas medulares, consecutivas a excessos venereos.

Alem disso, a expressão *tabes dorsalis*, em sua restricta significação etymologica, quer dizer phtisica dorsal, e, por conseguinte, só poderia servir para caracterisar o ultimo periodo da molestia, periodo que póde, como muitas vezes acontece, deixar de existir.

A denominação *ataxia locomotora progressiva* (Duchenne) não póde ser rigorosamente empregada, quer a consideremos clinica ou anatomo-pathologicamente.

A expressão *paralysisa espinhal progressiva* (Wunderlich) deve ser eliminada, por isso que o exame dynamometrico, feito em um tabetico, mesmo no terceiro periodo, manifesta uma certa quantidade de força, que infelizmente não é regulada.

Regeitada tambem deve ser a expressão *sclerose espinhal posterior*, que, em seu todo, abrange duas lesões distinctas: a lesão das zonas radiculares externas, e a lesão dos cordões de Goll, que apenas representam um episodio secundario na marcha da molestia.

Demais, guiados pelos factos clinicos, Pierret e Ducastel mostraram que a lesão das zonas radiculares posteriores é a lesão essencial e necessaria da ataxia locomotora progressiva, sendo a degenerescencia dos cordões de Goll uma lesão secundaria e inteiramente accessoria.

Expressão impropria é a denominada *mal de Duchenne* (Trousseau), porque ella tanto póde caber ao *tabes dorsalis*, como tambem á atrophia muscular progressiva, estudada brilhantemente por Duchenne. Alem disso, esta expressão não deve ser aceita porque, induzindo a um erro chronologico, é contraria á imparcialidade da historia.

Em 1840, Romberg já havia descripto esta molestia, que, só mais tarde (1850), foi novamente estudada por Duchenne, que brilhantemente a descreveu. Trousseau teria sido justiceiro se tivesse denominado esta molestia *mal de Romberg*, cognome que em cousa alguma adiantaria o conhecimento d'este typo morbido.

As outras denominações, que pretendem exprimir a molestia, não resistem á critica, e, como estas, devem ser postas á margem.

Já o dissemos, adoptaremos indifferentemente as expressões *tabes dorsalis* (Romberg), e *ataxia locomotora progressiva* (Duchenne), no correr de nossa dissertação.

Definição. — No estado actual da sciencia medica, o *tabes dorsalis* não pôde ser rigorosamente definido, por isso que problemas importantes de sua anatomia pathologica esperam ainda uma solução. Na impossibilidade de o definir, ligeiramente o procuraremos descrever.

Molestia essencialmente chronica, o *tabes* reveste variadas modalidades clinicas, e, anatomicamente, caracteriza-se por lesões multiplas, disseminadas pelo systema nervoso.

ETIOLOGIA

A questão etiologica do *tabes dorsalis* é um problema complexo, difficil e ardentemente discutido por diversos pathologistas, que, para esse fim, têm apresentado e sustentado opiniões numerosas e até contradictorias. Á solução etiologica do *tabes* prendem-se problemas scientificos e therapeuticos de alto valor pratico, porquanto dependem de seu exacto conhecimento o emprego racional de uma medicação *curativa* e *preventiva*, que poderia sustar a marcha imminantemente progressiva da molestia, prevenindo, em muitos casos, a sua manifestação.

Importantissimos trabalhos feitos ultimamente, em França, na Inglaterra e na Allemanha, vieram resolver, para a maioria

dos casos, as duvidas etiologicas, emprestando á therapeutica um cunho scientifico e verdadeiramente racional.

Syphilis.— Duchenne (de Boulogne), Schulze, Topinard, Carré, etc., já tinham assignalado a frequencia da syphilis nos tabeticos, mas, foi realmente Fournier quem, invocando, alem de grande numero de factos clinicos, a autoridade de Féréol e Syredey, mostrou os laços de intimo parentesco entre a syphilis e a ataxia.

A genese syphilitica do *tabes*, até essa epocha, jamais fôra suspeitada por autor algum. Fournier, argumentando com o auxilio poderoso e inatacavel das estatisticas, diz que "*na enorme maioria dos casos, a ataxia locomotora constitue uma manifestação de proveniencia syphilitica.*"

Esta opinião, a principio mal recebida em França, levantou criticas severas e numerosas, tendo apenas conseguido o apoio de Vulpian e de Grasset. Mal recebida em França, a doutrina de Fournier foi, na Inglaterra, e sobretudo na Allemanha, objecto de serios estudos e numerosos trabalhos.

Vivamente combatida por alguns, a doutrina especifica do *tabes* foi brilhantemente sustentada por outros; donde um verdadeiro conflicto scientifico.

Um cotejo rapido sobre as diversas estatisticas, recentemente colleccionadas para este fim, demonstrará claramente o que acima affirmamos. Eis as ultimas estatisticas:

Erb (de Leipzig) em uma recente communicação ao Congresso de Londres, incrimina a syphilis como factor etiologico do *tabes* 89 sobre 100. Esta opinião do eminente professor de Leipzig foi, n'esse mesmo Congresso, defendida ardentemente por Banks (de Dublin), Zambaco e Roseinstein.

Althaus (de Londres) encontrou a syphilis, produzindo o *tabes*, 90 vezes sobre 100.

Cazalis em um numero superior a 100, só uma vez deixou de observar antecedentes syphiliticos.

Gowers, na *The Lancet* de 15 de Janeiro de 1881, diz ter encontrado, em 33 ataxicos, 23 vezes antecedentes syphiliticos.

Quinquaud, em 21 tabeticos, observou 21 *vezes* antecedentes syphiliticos.

Fournier, em 117 casos, observou 107 vezes antecedentes syphiliticos bem verificados.

Vulpian, que, em 1879, dizia ter encontrado, em 20 tabeticos, 15 antigos syphiliticos, actualmente affirma que "desde a epocha em que sua attenção foi particularmente attrahida pelas relações do *tabes* com a syphilis, elle não encontrou mais *um só tabetico* sem antecedentes syphiliticos rigorosamente verificados."

Procurando, pois, a média d'estas differentes estatisticas, encontraremos:

Erb.....	88 %
Althaus.....	90 %
Cazalis.....	99 %
Gowers.....	69 %
Quinquaud.....	100 %
Fournier.....	91 %
Vulpian.....	100 %
Média.....	91 %

Toda discussão é fraca e impossivel de sustentar-se diante a força numerica d'essas varias estatisticas, feitas e deduzidas de factos authenticos e escrupulosamente verificados.

O *tabes dorsalis* é, pois, uma manifestação terciaria da syphilis, podendo todavia ter como factor etiologico uma outra causa.

Em geral, o *tabes* manifesta-se tardiamente, e só excepcionalmente póde explondir em franco periodo secundario.

A manifestação tabetica faz-se sentir 6 á 12 annos depois da primeira infecção syphilitica, podendo o seu apparecimento precoce ter logar em alguns casos.

Casos ha em que o *tabes* apparece em uma epocha adiantadissima da diathese, 20 á 25 annos depois da manifestação do cancro infectante.

Fournier faz notar que o *tabes dorsalis*, quasi sempre, succede a casos de syphilis benigna. Esta proposição paradoxal, á primeira vista, póde ser bem explicada, se tivermos em consideração o descuido dos doentes ou a insignificancia dos meios therapeuticos, empregados para debellar essas manifestações benignas da syphilis, que, como diz Fournier, "*póde começar bem e acabar muito mal.*"

Herança.—O *tabes dorsalis* offerece relações numerosas com as diversas psychopathias. Baillarger, Westphal, Foville, Magnan, etc., mostraram os frequentes e intimos laços de parentesco existentes entre o *tabes* e a paralyasia geral dos alienados, com a qual póde, muitas vezes, se confundir. Demais, a coincidência de perturbações mentaes com o *tabes* tem sido observada, desde muito tempo, por Horn, Romberg, Hoffman, Leyden, Topinard, Eulenburg, etc. Benedikt observou o *tabes dorsalis* acompanhado de symptomas de depressão psychica. Tigges tem muito insistido sobre o estado melancolico que, quasi sempre, se apresenta na evolução do *tabes*, a titulo de verdadeira combinação. Rey foi o primeiro que, em França, occupou-se d'esses factos, prestando escrupulosa attenção á essa melancholia anciosa, seguida de delirio de perseguição, fundado sobre allucinações sensoriaes diversas.

Rougier admitte uma relação directa entre as vezanias tabeticas e as lesões anatomicas; para elle, o delirio do *tabes* é um delirio de perseguição unido á uma lypemania, apparecendo em geral com as perturbações cephalicas do *tabes*, e desaparecendo commummente com ellas, caracterisado por sensações anormaes, cuja intermittencia explica a discontinuidade do delirio. Féré não acredita na existencia de uma relação entre a evolução anatomica e a vezania; na sua opinião, as perturbações sensoriaes só influem sobre a fórma do delirio, mas não o cream. Ha tabeticos lypemaniacos, mas não ha lypemantias tabeticas; ha simplesmente duas affecções combinadas. A melancholia dos ataxicos não póde

ser, pois, attribuida á evolução de suas affecções cerebro-espinhaes, porquanto as perturbações psychicas apparecem, muitas vezes, antes dos phenomenos tabeticos.

Não é só por suas combinações com as psychoses que a ataxia trahe seu parentesco com as nevroses, mas ainda pela sua frequente união á estas ultimas pela herança. Trousseau, falsamente considerando a ataxia como uma nevrose, já a observára, muitas vezes associada, em uma mesma familia, á alienação mental, epilepsia, hysteria, etc., etc.

Charcot, na Salpêtrière, professa, desde muito tempo, que a herança é a causa primordial da ataxia, e que os outros factores etiologicos: syphilis, excessos de todos os generos, traumatismos etc., representam simplesmente o papel de causas adjuvantes.

Ballet e Landouzy, em uma memoria importantissima, têm insistido sobre o papel da herança nervosa na genese do *tabes dorsalis*, procurando deduzir da frequencia da herança nevropathia argumentos contra os outros factores etiologicos do *tabes dorsalis*, e especialmente contra a syphilis.

Incontestavelmente a influencia nervosa exerce importante papel na etiologia do *tabes*, mas ella não póde, em grande numero de casos, explicar *per se* o apparecimento da molestia, que, em nosso modo de vêr, póde ser attribuida a factores etiologicos diversos, agindo associada ou isoladamente em certos individuos.

Rheumatismo.—No numero das diversas affecções diatheticas capazes de produzir o *tabes*, Grasset colloca o rheumatismo. Em muitos casos, existe um arthritismo hereditario, que, sob a influencia de excessos diversos, ou da herança nevropathia, prepara um terreno apropriado á sua localisação no eixo espinhal, desenvolvendo nos cordões posteriores o processo sclerosico, que póde, em outros casos, ser observado em outros pontos.

Habitos.—Todos os habitos que concorrem para superexcitar as funcções cerebro-espinhaes são sufficientes para pro-

vocar ou adjuvar a manifestação do *tabes dorsalis*. Os excessos venereos, o abuso das bebidas alcoolicas, as vigílias prolongadas, as grandes emoções politicas, etc., são um factor importante e que, acredito, pôde influir na producção das psychopathias.

Edades. — A experiencia clinica tem confirmado a lei da idade, de 18 á 40 annos, se bem que Trousseau haja observado um caso excepcional em um homem de 80 annos, e Grisolle um outro, em uma criança de 7 annos.

N'este mesmo ponto de vista, J. Ferry encontrou, em uma estatistica composta de 146 casos, os seguintes Algarismos: 5 casos antes da idade de 20 annos; 5 de 20 a 25 annos de idade; 13 de 25 a 30 annos de idade; 28 de 30 a 35 annos de idade; 24 de 35 a 40 annos de idade; 30 de 40 a 45 annos de idade; 15 de 45 a 50 annos de idade; e finalmente encontrou 23 casos de 50 a 80 annos de idade.

Compulsando esta estatistica, vemos que o *tabes* é mais vezes observado (30 vezes) dos 40 aos 45 annos de idade.

Sexo. — Influencia preponderante exerce o sexo na producção do *tabes*; muito frequente no sexo masculino, o *tabes* é excessivamente raro no sexo feminino. Qual a razão d'esta accentuada predilecção?

Este é o enigma que ainda pede uma explicação racional.

Symptomatologia

Na symptomatologia do *tabes dorsalis*, existe um facto, que, desde logo, attrahe a attenção do clinico: é a multiplicidade de phenomenos morbidos, que, ora grupam-se e encadeiam-se de uma maneira particular, ora revestem roupagens novas imprimindo á molestia feições clinicas variadas.

Um conagraamento symptomatico typico e especial póde perfeitamente patentear a molestia, que, ao contrario, póde revestir fórmãs extremamente caprichosas, incompletas e frustras, que difficilmente trahirão a sua natureza.

A divisão, pois, do *tabes dorsalis* em:

Fórma typica ou classica;

Fórma frustra ou larvada,

é a consequencia logica e necessaria d'esse polymorphismo clinico tão accentuado.

A grande maioria dos autores divide o estudo do *tabes dorsalis* em tres periodos. Clinicamente fallando, esta divisão deixa muito a desejar, porquanto nem sempre encontra-se essa fatalidade de apparecimento dos symptomas, em ordem tão clara e limitada; mas, sob um ponto de vista didactico e puramente especulativo, ella tem o merito da clareza e da synthese.

DO PRIMEIRO PERIODO.— *Periodo prodromico, precursor, premunitorio, das dôres fulgurantes, de invasão, preataxico.*

As denominações *periodo prodromico, precursor, premunitorio*, devem ser abandonadas. Molestia chronica, ao começar, o *tabes dorsalis* tem uma existencia propria e marcha fatalmente progressiva desde a hora em que explonde a primeira descarga dolorosa, desde o momento em que os symptomas cephalicos, gastricos ou vesicaes entram em acção.

O seu symptoma inaugural traduz, pois, não a *prodromicidade*, mas a accentuação plena e confirmada da molestia.

Se em muitos casos, as fulgurações dolorosas marcam o inicio da *ataxia locomotora progressiva*, em muitos outros, semelhantes dôres não se fazem observar, de modo que n'estes ultimos casos, a caracteristica do periodo das dôres fulgurantes seria a ausencia d'esses phenomenos dolorosos.

DO SEGUNDO PERIODO.— *Periodo de ataxia ou de estado.*

DO TERCEIRO PERIODO. — *Periodo terminal ou paralytico.*

A difficuldade e quasi impossibilidade de uma descripção synthetica, que possa abranger os multiplos phenomenos morbidos pertencentes a cada um d'estes periodos, obrigam-nos a examinal-os em grupamentos diversos.

PRIMEIRO PERIODO

DO PERIODO PRETAXICO OU INVASOR. — *Das perturbações de sensibilidade. — Dôres fulgurantes.* — Clara e brilhantemente descriptas, por Duchenne (de Boulogne), as dôres fulgurantes são o symptoma mais importante e mais constante do primeiro periodo do *tabes dorsalis*. São o symptoma mais importante, porque de seu conhecimento precoce pôde depender a cura da molestia, em alguns casos. São o symptoma mais constante, porque ellas quasi nunca faltam.

Em 104 casos de *tabes*, observados por Topinard, só em 24 falharam as dores fulgurantes. Em 203 casos, tantos são os da estatistica de Cyon, só em oito as fulgurações dolorosas deixaram de se manifestar. Finalmente, Erb, em uma estatistica de 56 casos de *tabes*, observou a ausencia de dores fulgurantes em quatro doentes. A ausencia das fulgurações dolorosas é a excepção, por isso que, diz Fournier, "*des divers troubles de la sensibilité qu'on observe au début du tabes le plus commun et de beaucoup le plus frappant, le plus rémarqué, consiste dans ce qu'on a appelé les douleurs fulgurantes.*"

No começo, na phase positivamente inicial da molestia, as dores são surdas e longinquas, e podem passar despercebidas do paciente.

Fugaces, rapidas e inconstantes, as dores fulgurantes podem ficar isoladas, ou podem se seguir de muito perto, constituindo um accesso.

Em começo, essas fulgurações dolorosas localizam-se, de preferencia, nos membros inferiores, circumscrevendo-se a um ponto ou tendendo á generalisação.

Quando ellas localizam-se em um só lado do corpo, coincidem com a dilatação da pupilla do mesmo lado.

Alem disso, uma zona hyperesthesica póde existir na séde d'essas dores, podendo, então, a pressão arrancar gritos horríveis ao doente.

Não ha regularidade no apparecimento successivo d'essas crises dolorosas. A frequencia e intensidade das dores fulgurantes augmentam-se á medida que a lesão espinhal progride em seu processo sclerosico.

Admiravelmente exprime-se Fournier, dizendo que, no periodo preataxico do *tabes*, as dores ainda são isoladas e dissociadas; "elles ne font pas encore groupe. Elles se composent de quelques élancements plus ou moins vifs, voire exceptionnellement très-penible, mais toujours assez distincts les uns des autres et, en tout cas, ne se répétant pas avec cette insistance, avec ce caractère de succession subintrante, qui composent ce qu'on appelle un accès."

Em um periodo mais adiantado da molestia, os accessos tornam-se mais frequentes, em certas epochas, e sob a influencia de diversas causas accidentaes. Essas dores fulgurantes localizam-se em uma ou outra perna, podendo invadir consecutivamente os membros superiores e o tronco. Ellas têm, pois, uma marcha ascendente e crescente, tanto em suas tendencias invasoras, como em sua intensidade dolorosa. Não ha hora determinada para o apparecimento das fulgurações dolorosas, que podem ter logar em horas diametralmente oppostas, isto é, uma de dia, outra de noite; mas Fournier diz ter observado uma certa predominancia em seu apparecimento durante a noite.

"Faisant invasion la nuit, dit-il, ces douleurs réveillent les malades en sursaut, quelques fois avec une sensation très singulière de seccousse, de choc, de coup dans les jambes."

Se, em muitos casos, essas dores (légers élancements) podem passar despercebidas do paciente, em virtude de caracteres tão insignificantes; o mesmo não se passa com as dores fulgurantes de uma phase mais adiantada. São dores de caracter especialissimo. Ordinariamente fulgurantes, essas dores desapparecem e apparecem com a rapidez da faísca electrica.

Em alguns casos, essas dôres duram um tempo mais, ou menos longo (1 segundo á 1 minuto), repetindo 15, 20 vezes durante uma hora. Em outros casos mais raros, fixam-se em um ponto qualquer de um membro, durante minutos, provocando soffrimentos continuos e insupportaveis

Essas crises dolorosas podem ser isoladas, ou dispostas sob fórma de accessos. Intervallo mais ou menos longo póde interpor-se á essas crises dolorosas, ou estas podem se seguir umas ás outras, de momento á momento, com a rapidez do relampago, congregando em series.

A constancia quasi fatal das fulgurações dolorosas e a sua prioridade, na symptomatologia do *tabes dorsalis*, crescem de importancia e impoem-se á attenção do clinico por um caracter de preciosidade enorme, sob o ponto de vista do diagnostico: é que em grande numero de casos, essas dôres são o substractum symptomatico unico e exclusivo da molestia durante muito tempo, ou em certos casos, durante toda a vida do doente. O illustre mestre, Exm. Barão de Torres Homem, em uma de suas magistraes lições oraes, referiu-nos o caso do fallecido vigario do Engenho-Velho, o Sr. Padre Marianno, que soffria, ha mais de 30 annos, do *tabes dorsalis*, manifestando-se clinica e symptomaticamente, até sua morte, pelas dôres fulgurantes.

Symptoma incontestavelmente dominante e cheio de ensinamentos no periodo preataxico, essas dôres terriveis não têm, já o dissemos, uma existencia fatal. As estatisticas registram, como vimos, factos rarissimos é certo, em que a tragedia morbida se desenrolou aos olhos do clinico sem que a existencia de uma só fulguração dolorosa se tivesse trahido. Das insignificantes

perversões sensitivas, ha um numero variadissimo de modalidades dolorosas, que podem occupar todos os pontos do organismo. Em geral, essas dôres começam nos membros inferiores, e, só em casos excepçionaes, podem ter o seu inicio nos membros superiores, limitando-se, n'estes casos, as primeiras dores á esphera do cubital.

Ha as chamadas dores lombares, que irradiam-se aos nervos rachidianos, ou circumscrevem-se á zona medullar.

Duas modalidades principaes podem revestir as fulgurações dolorosas: são *dores terebrantes*, quando assemelham-se ás dores produzidas por um instrumento perfurante, animado de movimento rotatorio, ao atravessar os tecidos; ou são *dores lancinantes*, quando semelhantes ás sensações produzidas pela lamina acerada de um punhal que atravessa bruscamente as carnes.

As fulgurações dolorosas seguem, muitas vezes, os ramusculos nervosos, que são, por ellas, repentinamente atravessados; mas, em outros casos, a sua séde é vaga e impossivel de limitar-se. Charcot observou uma erupção cutanea no trajecto dos filetes nervosos, atravessados por essas fulgurações, que podem então acompanhar-se de movimentos bruscos e inconscientes. As dores lancinantes complicam-se quasi sempre de paresthesias de natureza variada, na região innervada pelo cubital.

Nos pontos correspondentes sentem uma sensação subjectiva de frio.

Sensações exquesitas, experimentadas pelos doentes, devem filiar-se a esse primeiro periodo do *tabes*: as sensações constrictivas em pontos diversos do corpo. Ora, os doentes dizem que têm o peito apertado em uma couraça, em uma cinta de ferro ou em um espartilho estreitissimo. Esta sensação é mais penosa do que dolorosa.

Accessos de suffocação são muito communs, em taes casos. Fournier refere o facto de um ataxico, em que existia uma pressão circumthoracica, que, á primeira vista, fazia com que se acreditasse na existencia de uma lesão pulmonar, ou de uma lesão organica do coração.

Deixemol-o fallar: " L'habitus du malade était celui d'un asthmatique en état de crise, ou d'un sujet en proie à une lésion cardiaque avancée. Il fallait véritablement le recours de l'auscultation pour arriver à se convaincre de l'intégrité complète des organes thoraciques. "

Ora os doentes accusam que seus braços e suas pernas estão cerrados por um circulo de ferro; e finalmente dizem sentir os sapatos muito apertados, e a dôr de uma verdadeira facha, apertando as paredes abdominaes.

A constancia e estabilidade d'estes symptomas devem merecer toda attenção de nossa parte, porque são elles de grande vantagem para o diagnostico.

Para terminar a descripção dos phenomenos dolorosos, lembremos as dores nevralgicas—paroxísticas ou continuas—que podem seguir um ramusculo nervoso, ou localisar-se em systemas organicos diversos, constituindo as visceralgias.

Das anesthesias. — Os phenomenos iniciaes do *tabes dorsalis* podem interessar a sensibilidade, produzindo a anesthesia e as multiplas sensações anômalas, que se filiam ás perturbações sensitivas. A anesthesia é um symptoma constante, precedendo quasi sempre as desordens da motilidade.

Os primeiros signaes de anesthesia ou de perversão de sensibilidade observam-se nos membros inferiores, e principalmente nos pés.

Parece aos doentes que seus pés estão excessivamente largos, para accommodarem-se em seus sapatos; ou que pedaços de algodão se interpoem aos seus dedos. Dores ardentes podem existir, algumas vezes, na região plantar dos pés, porém geralmente existe, n'esse ponto, uma sensação de formigamentos ou de entorpecimento.

Alem da diminuição da sensibilidade, outro symptoma pôde apresentar-se, é o seguinte: as impressões sensitivas, que se transmittem ao cerebro, não se fazem com o mesmo gráo de

actividade normal. Hammond refere que um de seus doentes não sente, durante 14 segundos, uma alfinetada em seu jumello direito, e que, só depois de 16 segundos sente a picada do jumello esquerdo.

Um outro doente de Hammond accusa o facto curioso do retardamento na percepção das sensações thermicas; o que elle assim exprime:

“ Mes pieds pourraient être brûlés, je ne m'en apercevrais que quand le mal serait fait; mais alors je le sentirais violemment. ”

N'estes casos, o doente só tem consciencia do facto quando está feito.

Em taes condições, as impressões periphericas não se transmittem ao cerebro por intermedio dos cordões posteriores lesados, e parecem seguir um outro caminho mais longo do que o primeiro, por isso que a percepção é retardada.

A faculdade de sentir as dores acha-se bastante diminuida, coexistindo notavel diminuição da sensibilidade tactil, cujo gráo só póde ser exactamente aferido, por intermedio do compasso c'e Weber.

Applicando o esthesiometro de Weber, observa-se que, affastadas largamente as suas duas pontas, o doente só sente uma impressão em partes do corpo ao nivel das quaes, no estado normal, sentiria duas sensações distinctas com um affastamento muito menor. Esta perda da sensibilidade dá logar á algumas sensações exquesitas, sobretudo ao nivel da região plantar dos pés. Ordinariamente os doentes imaginam que uma camada de algodão, ou um espesso tapete interpõe-se a seus pés e a seus sapatos, ou entre estes e o chão. Um acredita pizar sobre coxins, outro julga pizar sobre uma bexiga de ar, e um terceiro imagina caminhar sobre uma escada ou sobre bengalas. Impressões subjectivas diversas podem apparecer. Hammond falla de um doente que sentia uma sensação subjectiva, que elle descrevia, comparando-a á que elle experimentaria se molhasse seus pés em alcatrão, e mergulhasse-os consecutivamente em areia.

Em certos casos, se póde ainda distinguir as differenças thermicas, ou apreciar as sensações produzidas pelos corpos quentes ou frios sobre a pelle da parte affectada; mas não é um phenomeno constante, como pretendem alguns, porque, na maioria dos casos, as sensações produzidas pelo calor ou o frio são tão pouco percebidas como as impressões tactis ou dolorosas.

Das hyperesthesias.— No periodo de invasão da ataxia locomotora, placas de hyperesthesia cutanea apparecem, ora acompanhando *pari e passo* as fulgurações dolorosas, ora apresentando-se isoladamente. N'estas condições, o simples contacto, o mais ligeiro attrito, póde provocar dores insupportaveis e indescriptives ao doente. A duração d'estas placas hyperesthesicas, em geral, é ephemera; tendo, no entanto, ás vezes, uma persistencia mais ou menos duradoura.

A região rachidiana e os membros são seus pontos de predilecção.

Habitualmente podem ser limitadas á uma pequena circumscripção do territorio tegumentario, podendo invadir um departamento organico mais consideravel. Em muitos casos, uma placa hyperesthesica soffre uma mutação bastante interessante: é a sua transformação em placa anesthesica.

Placas anesthesicas e hyperesthesicas podem occupar um mesmo membro; em outros casos, a hyperesthesia póde dominar um lado do corpo, occupando a anesthesia o lado contrario.

Leyden refere um facto exquesito de paresthesia — a *hyperesthesia relativa*. Em que consiste tal phenomeno?

Este phenomeno consiste na ausencia da percepção de ligeiras excitações pelo tabetico, no qual irritações mais vivas determinam violentissima dôr. O inverso póde ser observado, isto é, o ligeiro attrito póde arrancar ao tabetico terriveis dores, diminuindo por uma forte pressão.

Muitas vezes, dores de violencia extrema manifestam-se *espontaneamente*, em zonas mais ou menos anesthesiadas: é a *anesthesia dolorosa*.

Apséphalesia.— Eigenbrodt e Spring foram os primeiros a chamar a attenção sobre este curioso desaparecimento da sensibilidade.

O ataxico apsephalesico perde toda noção do tacto, conservando as sensações dolorosas de pinçamentos, alfinetadas, etc.

Erros de logar.— Quasi sempre observados nos ataxicos, que, chegados á uma certa phase da molestia, perdem inteiramente o conhecimento do logar que seus membros occupam no leito. E' um phenomeno observado na obscuridade, ou pela occlusão dos olhos.

Symptomas cephalicos

Estes symptomas correspondem ás lesões dos nervos bulbo-craneanos.

E', em muitos casos, no inicio mesmo da molestia, quando as fulgurações dolorosas se manifestam, que as perturbações d'esses nervos á ellas se ajuntam, combinando-se em proporções varias. Ha casos em que, os symptomas cephalicos precedem ao apparecimento das descargas dolorosas, podendo até constituir, durante horas, mezes ou annos, o substractum symptomatico do *tabes dorsalis*. Todos os nervos bulbo-craneanos podem ser compromettidos. Topinard observou a paralyisia facial, em um doente do Hotel-Dieu, o qual apresentava uma irregularidade das duas metades da face. A paralyisia da lingua tem sido tambem observada, e, em taes casos, o doente acha-se temporariamente privado

do uso da palavra, que apparece com rapidez igual á de seu desaparecimento.

Já dissemos que todos os nervos bulbo-craneeanos podem ser lesados, e agora resta-nos lembrar a frequencia ou quasi constancia das lesões dos nervos oculo-motores e opticos.

Estas perturbações oculares têm importancia manifesta e maxima, na ataxia locomotora progressiva, por isso que ellas podem evoluir conjunctamente com a manifestação dos phenomenos dolorosos, ou, ainda, podem preceder a qualquer outro symptoma tabetico, formando *per se* a accentuação fatal da molestia, e revestindo caracteres especialissimos.

Em seu estudo consideraremos tres ordens de phenomenos:

1º *Phenomenos pareticos ou paralyticos dos nervos oculo-motores: strabismo, blepharoptose, diplopia;*

2º *Phenomenos visuaes: amblyopia, estreitamento do campo visual, dyschromatopsia, amaurose;*

3º *Phenomenos oculo-pupillares: perda do reflexo pupillar, myosis, mydriase.*

1º—Phenomenos pareticos ou paralyticos.— De todas as desordens da innervação motora ocular, as que mais attenção merecem são as paralycias, por isso que são communs em seu apparecimento, que póde preceder a qualquer outra manifestação tabetica.

Essas paralycias oculares são unicas e dissociadas, affectando um só olho; ou, excepcionalmente, são paralycias mais complexas, compromettendo varios pares motores, em um só dos olhos ou nos dous simultaneamente.

O terceiro par (nervo motor ocular commun) é aquelle que é mais frequentemente compromettido em seu funcionamento, vindo em seguida á este o sexto par (nervo motor ocular externo), e finalmente o quarto par, cuja lesão funccional é rara de observar-se.

Quando o terceiro par acha-se compromettido, paralycias parciaes, dissociadas, são geralmente observadas, podendo

tambem, em casos raros, existir uma paralyisia total ou generalisada. Assim vemos :

A *diplopia*, mas a diplopia pura e simples, impossivel de filiar-se á paralyisia d'este ou d'aquelle outro musculo, apezar de minucioso e attento exame; o *strabismo*, leve, insignificante e movel, escapando, muitas vezes, á attenção do observador. Alem d'esses, a *ptosis* póde tambem ficar desconhecida, porquanto caracterisam-na a indecisão e inconstancia.

Caracteres interessantes assignalam estas desordens oculomotoras: *apparecimento subito e imprevisto; desapparecimento sponte sua; possibilidade de uma ou mais reincidencias.* (Fournier).

Na phase puramente inicial do *tabes*, estes symptomas oculo-motores distinguem-se pela sua insignificancia e volubilidadade morbidas; o mesmo não acontecendo, em uma phase adiantada, em que taes symptomas tendem a generalisar-se, revestindo fórmias clinicas accentuadas, e uma duração mais ou menos longa, ou definitiva.

O strabismo é convergente quando a paralyisia assesta se no sexto par; elle é divergente quando esta assesta-se no terceiro par.

A blepharoptose, devida á paralyisia do elevador da palpebra superior, fugaz, insignificante, e muitas vezes despercebida, no começo, accentua-se e evidencia-se, de modo a não pairar duvidas no espirito do clinico.

As frequentes manifestações paralyticas na esphera dos nervos oculo-motores, e os caracteres especialissimos de sua evolução, devem attrahir a attenção do medico, que deve esforçar-se em surprehendel-os, auxiliando-se da investigação escrupulosa dos precedentes fornecidos pela historia anamnetica do doente.

2º — *Phenomenos visuaes.*— Hoje não é mais admissivel a ignorancia d'estes phenomenos, que, em muitos casos, precedem ao apparecimento de qualquer manifestação tabetica, formando o *abstractum symptomatico do tabes.*

A *ambliopia* é geralmente a manifestação primaria nas perturbações da visão; ambliopia que segue uma marcha crescente e progressiva, indo do simples enfraquecimento da visão até á amaurose completa, isto é, até á cegueira irremediavel.

A *amaurose tabetica* reconhece como seu elemento causal a lesão optica, denominada *induração cinzenta progressiva*, em opposição á lesão do mesmo nervo, na sclerose em placas, onde ha um processo analogo, mas de progressão menos fatal; e ás lesões cognominadas *nevrites opticas*: n'estes dous ultimos casos, se bem que haja traços semelhantes, ha tambem differenciação de lesões e de symptomas, que distanciam-se dos observados na *atrophia optica do tabetico*.

A *induração cinzenta progressiva*, tambem chamada em ophtalmologia, *atrophia progressiva da papilla*, reveste caracteres ophtalmoscopicos especiaes que, durante a vida, a denunciam.

A *atrophia progressiva da papilla* é, por muitos, considerada *especifica*, e, como tal, póde *per se* patentear a existencia do *tabes dorsalis* ou o seu apparecimento mais ou menos proximo, ainda mesmo com exclusão de outras perturbações funcçionaes.

As conclusões de Jæger, Wecker, e Galezouski não deixam duvidas a esse respeito. Charcot, diz ter sido testemunha da segurança e precisão diagnostica alcançada por esses especialistas e accrescenta: "Je suis arrivé à partager, au moins en grande partie, la conviction qui les anime."

Ainda mesmo que taes factos deixassem de ter o cunho especifico ou pathognomónico, deveriam merecer-nos maxima importancia e attenção, porquanto teriam sua justificativa no interesse que devem merecer todas as questões concernentes ao nosso principal fim clinico — o *diagnostico*.

Em taes emergencias, claro é que devemos prestar religiosa attenção ao exame regular do fundo do olho; exame que nos ensinará a distinguir, de modo seguro, certos symptomas devidos a lesões encephalicas, que, em muitos casos, mascaram e até impossibilitam o diagnostico do *tabes*, cuja lesão optica póde preceder

a todos os outros symptomas, formando *per se* todo substractum da molestia.

Esses caracteres que, segundo Wecker, Jøeger, Galezouski e Charcot, permittem reconhecer a *amaurose tabetica*, e distingui-la das diversas amblyopias, devem concentrar todo o espirito do clinico observador, que sem o diagnostico navegará em um *mare magnum* de incertezas e responsabilidades.

E', pois, fóra de toda discussão e contestação, a existencia da *amaurose tabetica*, cuja realidade póde ser comprovada por meio do exame ophtalmoscopico.

Bem frisantemente temos mostrado a necessidade do conhecimento da *induração cinzenta progressiva*; agora, indaguemos quaes os seus caracteres especiaes.

No estado normal, a papilla apresenta, ao exame ophtalmoscopico, os caracteres seguintes: fórma ovalar, contornos nitidos e accentuados, depressão central cupuliforme, leve côr rosea peripherica, devida á transparencia dos vasos que percorrem a sua espessura.

Na *induração cinzenta progressiva*, a papilla é ovalar, e nitidamente contornada. A sua distribuição vascular é ainda a mesma, sómente devido á mudança de textura do nervo optico e á desaparição do cylindro de myelina, a papilla perde a sua transparencia e deixa que a reflexão da luz se faça desordenadamente, impedindo ao observador a visão dos vasos situados em sua profundidade. Em taes condições, a papilla apresenta a coloração branco-nacarada.

A marcha da *induração cinzenta progressiva* é centripeta e póde invadir até os corpos geniculados. Como acabamos de ver, a induração cinzenta é um character symptomatologico, que póde por si só, quando convenientemente estudado, especificar a *amaurose tabetica*, estabelecendo decisivamente o diagnostico.

Se bem que a induração cinzenta possa isoladamente trahir a existencia da ataxia locomotora progressiva, convem não pôr de lado certas perturbações funcçionaes, que em muito contribuem

para a exactidão diagnostica, nos casos em que os dados ophtalmoscopicos forem poucos accentuados.

Demais, ha perturbações funcçionaes que podem, em ausencia de caracteres ophtalmoscopicos, prejudgar a natureza da molestia.

Nos casos em que a *amblyopia* já é bastante accentuada, e muitas vezes antes da perda total da agudeza visual, ha o apparecimento da *circumscripção concentrica e unilateral do campo visual*. Esta circumscripção, geralmente progressiva, tem marcha centripeta, isto é, a invasão começa da peripheria para o centro. Quando o apparecimento d'este phenomeno faz parte do cortejo morbido, os tabeticos vêm os objectos grosseiramente contornados, e nebulosos.

Esta circumscripção do campo visual póde ser excessiva, de maneira a fazer desaparecer a sua parte peripherica, com persistencia de uma perfeita agudeza visual *central*. Galezouski considera este curioso phenomeno como pathognomonic do *tabes*.

Não podemos calar um symptoma, que, segundo Galezouski e Benedikt, é, até certo ponto, especifico; é este uma fórma especial de *achromotopsia*, caracterisando-se pelo daltonismo para as côres *vermelho* e *verde*, com elevada persistencia das côres *azul* e *amarello*.

A marcha d'essas lesões não guarda entre si verdadeiro synchronismo, porquanto sua invasão limita-se e accentua-se em um só lado; e, só em epocha adiantada da molestia, tende a estender-se e a localisar-se nos dous olhos.

3.º Phenomenos oculc-pupillares.— A' Romberg passou despercebido o estreitamento pupillar (*myosis*), que mereceu grande attenção de Argyl-Robertson, em 1869, e rigoroso exame de Vincent e de Erb.

No estado de integridade physiologica, as pupillas reagem ás impressões dos raios luminosos e da accommodação.

Na ataxia locomotora, as impressões luminosas são impotentes para produzir a reacção pupillar, que ainda manifesta-se pela accommodation. Em 51 tabeticos, Vincent observou 40 casos em que a accommodation conseguia provocar a reacção pupillar, impossível de manifestar-se pela acção dos raios luminosos. Sómente em 7 casos, Vincent observou immobildade absoluta da pupilla, coincidindo quasi sempre com a amaurose.

Todos os autores estão accordes em classificar estes phenomenos no grupo das perturbações de ordem reflexa.

Para a maioria dos pathologistas, os phenomenos oculopupillares traduzem a excitação do centro *cilio-espinhal*, situado na medulla; excitação que propaga-se aos musculos radiados da iris, por intermedio dos filetes sympathicos que originam-se n'aquella região.

Alguns acreditam que o centro reflexo acha-se situado junto ao aqueducto de Silvius, donde a irritação dirige-se á periphéria, seguindo os nervos ciliares, tributarios do terceiro par (nervo motor ocular commum).

Estes phenomenos não têm valor pathognomónico, se bem que sejam muito frequentes.

Perturbações pelvianas

DESORDENS GENITAES.— Bem estudadas por Trousseau, Charcot, Brouardel e outros, estas desordens podem ser observadas em individuos accommettidos de *tabes dorsalis*, em epocha anterior á do apparecimento das fulgurações dolorosas. Entre estes accidentes nervosos, merecem attenção: a *incontinencia nocturna das urinas*, e a *spermatorrhéa*. O professor Trousseau diz que a metade dos tabeticos, por elle examinados, apresentava, á

partir da puberdade, perdas seminaes diurnas ou nocturnas, sobretudo notaveis por occasião dos esforços de defecação. A' estas perdas seminaes acompanham, em grande numero de casos, erecções e sensações voluptuosas, coincidindo, no entanto, muitas vezes com ellas a *anaphrodisia*—pela ausencia de desejos venereos, ou pela incompleta erecção, no momento do coito.

Em alguns casos, rarissimos na verdade, ha *satyriasis*; ha uma superexcitação genital, uma verdadeira nevrose genital, como diz Trousseau, consistindo em uma propriedade singular de poder repetir o coito um grande numero de vezes em um limitado espaço de tempo. Compreende-se que a funcção genital tenha uma certa duração, um limite elevado mesmo, no estado physiologico, mas não se deve desconhecer os eminentes perigos, as irremediaveis consequencias a que se acham sujeitos os individuos que revelam tão elevado hyperfuncionalismo genital; não, esses desgraçados são, em taes condições, victimas de um estado morbido, ligado quasi sempre á hyperexcitação medullar,

O facto de Brouardel é mais eloquente do que as palavras, por mais selectas que o sejam; elle merece, pois, a pena de uma descripção.

Um individuo de 45 annos de idade, casado, sapateiro, apresentou uma tendencia insaciavel á repetição da copula muitas vezes, em limitadissimo espaço de tempo; facto este que passou despercebido tanto ao sapateiro, como á sua mulher, que, só muito mais tarde, viu-se obrigada a partilhar o leito conjugal com uma de suas costureiras, a qual, por sua vez, teve de cedel-o á uma substituta, que tambem teve successora e assim até a decima segunda successão. Em taes emergencias, a mulher levou seu marido á consulta de Brouardel, que, em vista de tal hyperfuncionalismo genesico, diagnosticou um caso de *tabes dorsalis*, que plenamente se confirmou, no fim de pouco tempo, pelo grupamento de outras manifestações tabeticas.

Phenomenos analogos podem ser observados na mulher, assim como o mostraram Bouchard e Charcot. Em uma de suas

doentes da Salpêtrière, Charcot observou que, por ocasião das crises fulgurantes, ella experimentava sensações voluptuosas, semelhantes ás determinadas pelo coito, e acompanhadas de abundante secreção vulvo-vaginal.

E' facil de comprehender-se que muitos casos de superexcitação genital passem despercebidos do clinico; por isso que os individuos suppõem-se em um estado de prosperidade, e só vêm, n'essa anomalia genital "uma verdadeira superioridade na esphera da animalidade"; o que não incommoda e não os leva a consultar medico.

Se o exagero do functionalismo genital fica muitas vezes desconhecido do clinico, o mesmo deixa de acontecer nos casos inversos, pois a impotencia genesica inspira cuidados e receios, que, em geral, incitam o doente a procurar o medico ou ainda os *curandeiros*, pedindo remedios para seu mal.

Os phenomenos de decadencia genital caminham lenta e gradativamente; ha, no começo, possibilidade do doente realizar a função, que não é perfeita e integral, porquanto as erecções desaparecem antes de finda a copula.

Em epocha mais adiantada, o senso genital parece paralisar, e, então, as mais energicas excitações só conseguem delinear erecções fugaces, imperfeitas, incapazes de concorrer efficazmente para a execução do acto sexual.

Nem sempre a impotencia genital do tabetico é conhecida pelo medico, porquanto esta confirmação importa, para alguns individuos em verdadeira degradação, e, ainda, porque esta impotencia marcha de par com a ausencia do desejo erotico, que precede a erecção.

Estas perturbações dos órgãos genitales devem merecer muita attenção de nossa parte, por isso que ellas quasi nunca falham nos tabeticos, podendo, na maioria dos casos, a *anaphrodisia* apparecer logo no começo, ou seguir-se a um periodo de excitação genital, de priapismo doloroso.

A sensação voluptuosa, que acompanha a ejaculação, pôde diminuir de modo notavel, no tabetico, chegando, em alguns casos, a desaparecer totalmente.

DESORDENS URINARIAS.— Manifestações varias e polymorphas caracterizam o periodo invasor do *tabes dorsalis*, porquanto se a sua evolução symptomatologica, em muitos casos, traduz-se pelo apparecimento das fulgurações dolorosas, pela accentuação das perturbações oculares, etc., em alguns outros casos, póde inicialmente se patentear por intermedio das perturbações urinarias, que poderão constituir, durante um tempo mais ou menos longo, o symptoma unico e necessario.

Estas perturbações urinarias são de ordens e fórmas variadas, revestindo uma evolução especial e instructiva.

a) *Paresia vesical*.— No estado physiologico, a repleção da bexiga dá-se até um certo limite que não póde ser excedido, por isso que as paredes do reservatorio se retrahem sobre o seu conteúdo, que naturalmente tende a forçar a resistencia natural do sphincter vesical, cuja relaxação concorre para a immediata emissão da urina.

No caso de *paresia vesical*, a contractilidade do plano muscular do reservatorio urinario acha-se alterada, e, por isso mesmo, impossibilitada a concorrer efficaz e regularmente para a sua depleção, que torna-se irregular. N'estas condições, os doentes urinam lenta e demoradamente, empregando um esforço mais ou menos consideravel. Não ha rapidez na evacuação da bexiga; a emissão das urinas interrompe-se, para de novo começar, e assim durante segundos, minutos, gastando o individuo um tempo muitas vezes longo, na realisação de um acto tão simples. Fournier, em seu apreciado livro sobre ataxia locomotora progressiva, refere um caso de paresia vesical, que valeu ao seu portador uma briga em um mictorio publico, porquanto o desconhecido, que esperava o seu logar, impacientou-se e suppondo-se ludibriado, protestou contra tanta demora.

Muitas vezes estes phenomenos incrementam-se, impondo-se aos doentes como verdadeiras affecções urinarias, e forçando-os a procurar o medico, que deverá, então, procurar conhecer e

distinguir esses *faux urinaires* (Guyot), afim de medical-os convenientemente; porquanto, n'estes casos, uma therapeutica racional e energica pôde ainda curar, ou pelo menos minorar o estado do tabetico.

Algumas vezes, conjunctamente aos symptomas precedentes, ou isoladamente, apparece um outro symptoma ao qual Fournier presta grande valor.

Este consiste na *emissão accidental de um pequeno filete de urina*. Em um momento imprevisto, o doente sente-se molhado por algumas gottas de urina. A producção deste accidente dá-se em circumstancias diversas; ora produz-se quando o desejo da micção não é immediatamente satisfeito; ora, manifesta-se, quando a bexiga está excessivamente repleta; ora, ainda apparece durante o somno; ou finalmente, em casos raros, segue-se ás excitações moraes, aos esforços, etc.

Realmente "*esta pequena desgraça*", como dizem os doentes, é uma desgraça enorme; pois que ella representa um dos symptomas mais graves pertencentes ás molestias do systema nervoso central.

O seu valor diagnostico é consideravel, porquanto Fournier diz "... réduit à la simple émission accidentelle et intermittente d'un léger filet d'urine, ce symptome est presque caracteristique du *tabes*. "

Como acabámos de ver, importantissima deve ser para o clinico, a ilação diagnostica fornecida por este symptoma, porquanto é um phenomeno morbido inicial do *tabes*, que, então, pôde ser capitulado; o que, infelizmente, poucas vezes acontece, em consequencia da pequena importancia que lhe prestam os doentes, que (é forçoso dizel-o) vexam-se em referir estas "*pequenas desgraças*."

Perturbações ainda mais raras do que as precedentes pôdem ser observadas no periodo pre-ataxico do *tabes*.

A *anesthesia vesical*, symptoma rarissimo do *tabes*, pode tomar parte na sua evolução morbida, marchando *pari e passo* com outras manifestações tabeticas, ou isolando-se, para constituir

per se o unico *subtractum* morbido. Quando predomina a anesthesia vesical, os doentes perdem a sensação necessaria da repleção do reservatorio urinario, deixando que esta se torne exagerada, de modo a provocar, *ipso facto*, um estado de incommoda oppressão abdominal, que obriga-os a urinar.

Fournier falla de um de seus clientes a quem passava despercebida a sensação repletiva da bexiga. Este doente referindo os seus males a este distincto clinico o fazia nos seguintes termos:

“ J'ai perdu lebesoin d'uriner; je n'urine plus que *par raison*, á heures fixes, ou je m'impose l'obligation de songer à moi, sans quoi je ne viderais jamais ma vessie, je crois. ”

Ha casos, verdadeiramente excepcionaes, em que os doentes perdem a sensação da micção, ou o conhecimento exacto do momento em que a urina deixa de correr; e, como diz Fournier, “ ils ne savent jamais si, oui ou non, ils ont fini d'uriner. ”

O *tencsmo vesical* póde manifestar-se, n'este periodo, de modo imprevisto, imperioso e irresistivel, para obrigar os doentes a uma micção frequentissima, caso não queiram urinar em suas roupas. Outros casos impõem-se a nossa attenção, porque phenomenos excessivamente *dolorosos* fazem parte de seu cortejo morbido, exclusiva ou associadamente á algumas das manifestações precedentes. Estes phenomenos *dolorosos* apresentam-se, revestindo fórmulas variadas; ora, são *urethralgias*; ora, *spasmos do collo vesical*; ou, finalmente, verdadeiras *crises* ou *colicas vesicaes*, de angustiosa intensidade dolorosa.

Em sua marcha evolutiva, as perturbações urinarias de que nos occupamos revestem particularidades interessantes e dignas de especificação. Geralmente estas perturbações têm marcha progressiva e quasi fatal na intensidade de seus symptomas morbidos; estas perturbações, em seu começo, são insignificantes, mas vão se accentuando pouco á pouco, até attingir o seu fastigium em uma phase mais adiantada da molestia. Tal é a regra, mas ha casos em que a gravidade morbida patenteia-se desde seu começo.

Resumindo, podemos dizer que a persistencia e a aggravação das perturbações urinarias; desde o momento em que entram em scena, tornam-se permanentes e definitivas.

Se bem que a regra seja esta, ella tem no entanto excepções, por isso que as perturbações urinarias podem ser transitorias, em alguns casos.

b) Desordens rectaes.—As desordens rectaes são muito menos importantes e muito mais raras do que as desordens urinarias, ou genitales.

Uma das desordens rectaes mais habituaes, no periodo pre-ataxico, é a *constipação*, symptoma banal e insufficiente para a caracterisação deste typo morbido. A verdadeira característica da constipação é a rebeldia tenaz por ella opposta aos diversos meios therapeuticos.

N'estes casos, a defecação, quando faz-se, é dolorosa e prolongada.

Se a constipação é um symptoma banal, e pouco prestavel para o diagnostico, o mesmo não succede á *incontinencia anal*, frequentissima, n'este periodo, e que traz em si mesma particularissima significação.

Este symptoma consiste na evacuação involuntaria de pequenas quantidades de materias fecaes, acompanhando ou não a expulsão dos gases intestinaes, e produzindo-se por occasião de esforços, emoções, distracções, risos, ou outra qualquer especie de movimentos, etc.

Este symptoma, á primeira vista, parece não passar de um simples accidente, mas, se clinicamente o analysarmos, veremos a sua alta significação e gravidade, no duplo ponto de vista diagnostico e prognostico. A *incontinencia anal* fórma um verdadeiro contraste com a incontinencia urinaria, e, assim como esta, filia-se ás affecções cerebro-espinhaes, demonstrando conseguintemente insolita gravidade. Muitas vezes, a *incontinencia anal* passa despercebida, por isso que o doente vexa-se em referil-a, ou porque julga-a sem importancia. Em taes condições, é dever

do clinico procurar desvendal-a, fazendo, para isso, perguntas e respostas ao doente.

Um phenomeno que tambem pode apparecer é o *tenesmo anal*, que caracteriza-se pelo apparecimento de desejos frequentes e illusorios da defecação, atormentando o doente, muitas vezes, durante muito tempo.

Quando a *anesthesia recto-anal* domina a scena morbida, o doente perde a sensação da defecação.

Perturbações locomotoras

As perturbações locomotoras do periodo pre-ataxico do *tabes* podem, em muitos casos, passar despercebidas, porque differem claramente das desordens locomotoras typicas do periodo de ataxia confirmada, patenteando-se por intermedio de phenomenos *transitorios e pareticos*.

A mais das vezes, taes perturbações locomotoras se manifestam no inicio mesmo do *tabes*; os doentes sentem-se pesados; accusam incerta e vagamente peso nos membros, cansaço, curvaturas nas pernas, e um embaraço mais ou menos pronunciado nos movimentos articulares.

A marcha, por mais insignificante que seja, fatiga-os extraordinariamente, obrigando-os a tomar um tempo prolongado de repouso. O mesmo succede quando sobem uma escada, ou quando fazem exercicios; sentem *fraqueza, entorpecimento e peso*, e queixam-se de não possuir as "*suas pernas de outros tempos*."

Casos ha, em que os doentes caminham perfeitamente, mas não podem se conservar na estação vertical, porquanto sentem uma certa fraqueza e molleza, parecendo que suas pernas dobram-se sob o peso do corpo.

Estas desordens pareticas são, certa e fatalmente, o presagio de desordens mais graves; que em breve caracterisarão o periodo ataxico.

Transitorias e passageiras, estas perturbações locomotoras podem durar semanas ou mezes, para depois desapparecerem *sponte sua*, cedendo logar a outras manifestações symptomaticas.

N'este periodo pre-ataxico, as perturbações locomotoras nem sempre são phenomenos de ordem puramente paretica; ellas podem revestir uma ordem mais complexa, elevada, manifestando-se por intermedio de um symptoma que já caracteriza altamente a ataxia: *a incerteza motora na obscuridade*.

Este symptoma consiste nas desordens de equilibrio, provocadas no ataxico durante a estação vertical ou durante a marcha, pela obscuridade, ou pela oclusão dos olhos.

E' este um symptoma, que já preludia as grandes desordens, essas desordens accentuadissimas, que predominam no chamado periodo ataxico do *tabes*.

E' este um phenomeno de ordem puramente tabetica, e que traz enorme contingente ao diagnostico e ao tratamento, pois que elle póde inaugurar o *tabes*.

Perturbações gastricas

O *tabes dorsalis* apresenta, muitas vezes, em seu sequito symptomatico, perturbações gastricas, formando, bem que raras vezes, a manifestação primitiva e unica desta molestia.

Fournier diz ter observado tres casos, em que a molestia se apresentava unica e exclusivamente, desde seu começo, pelas perturbações gastricas.

Vulpian, em seu livro sobre molestias nervosas, refere um facto quasi analogo; as perturbações gastricas predominavam em

detrimento de outras manifestações tabéticas. “ L'attention, diz Vulpian, fut détournée des autres symptômes par l'intensité des troubles gastriques, si bien que le malade fut d'abord soigné, *pour un ulcère simple de l'estomac.*”

Necessaria e fatalmente, as perturbações gástricas são, na maioria dos casos, consideradas e tratadas como manifestações intimamente dependentes e ligadas á affecções do estomago. (gastralgias, dyspepsias, gastrites, ulcera simples, cancro, etc.), ou, ainda, são confundidas com a colica hepática ou nephretica, etc.

E', pois, dever imprescindível do clinico, conhecida a possibilidade do apparecimento dessas desordens no evoluir da ataxia locomotora progressiva, desmascaral-as, demarcando-lhes a verdadeira etiologia, e applicando-lhes o *rotulo verdadeiro*.

Grande numero de clinicos, entre os quaes convem citar Topinard, tinha observado e estudado as crises gástricas, mas apenas como simples detalhes de observação, deixando de lado as relações que estas apresentavam com as molestias espinhaes.

Já Gull, em 1858, indicára as relações das crises gástricas com uma molestia medullar, ainda desconhecida, mas cuja descripção faz suppor que tratava-se de um caso de *tabes dorsalis*.

O verdadeiro estudo desses symptomas, em suas relações com o *tabes*, foi feito, em França, por Delamare (1866), e por Charcot, e seu discipulo Dubois (1868).

O professor Fournier divide as perturbações gástricas em diversas especies, justificando o seu modo de pensar, nas linhas seguintes:

“ Généralement on les décrit sous une rubrique commune, celle de *crises gastriques du tabes*. Leur diversité cependant se prête mal à une description réduite de la sorte à un chapitre unique, et légitime bien, ce me semble, une division d'ailleurs très naturelle.

“ Pour ma part, je ne vois pas moins de trois ordres de symptomes à distinguer, en l'espèce, à savoir :

1º *Vomitos* ; 2º *Dores gastralgicas* ; 3º *Grande crise gastrica*.

Vomitos.— Muitas vezes, os vomitos podem ser o symptoma preponderante e exclusivo do *tabes*. São vomitos alimentares, quando apparecem pouco tempo depois da refeição ; ou são vomitos mucosos, liquidos, amarellados, ou até sanguinolentos, quando têm logar em uma epocha muito distante da refeição. Por occasião de seu apparecimento, estes vomitos são considerados como resultantes de simples indisposições gastricas, mas em breve, as duvidas se dissipam, porque a repetição e a rebeldia desses vomitos, apesar da variedade dos meios therapeuticos empregados, fazem suspeitar a sua natureza intima e a sua importancia semeiologica.

A duração d'estes vomitos pode ser de alguns dias, manifestando-se, então, um verdadeiro accesso de intolerancia gastrica ; os doentes não podem se alimentar, por isso que o estomago repelle os alimentos solidos ou liquidos.

Dores gastralgicas.— São constituídas por verdadeiros accessos de fulgurações dolorosas, especiaes, traduzindo um verdadeiro estado de contractura, de caimbra do estomago.

Extremamente penosas, agudas e atrozes, essas dores são intermittentes, e, habitualmente, não seguidas de vomitos. Largamente espaçados, no começo, estes accessos vão pouco a pouco se tornando irregularmente frequentes.

Grande crise gastrica.— Accidente horrivel da historia symptomatologica do *tabes*, a grande crise gastrica apparece subitamente, no momento em que o doente parecia gozar de mais repouso. O doente sente, na região inguinal, dores que se irradiam para a região epigastrica, onde localisam-se.

Intensas, violentas e insupportaveis, estas dores podem coincidir com as fulgurações dolorosas dos membros, e com as dores fulgurantes interscapulares, que, irradiando para a base do thorax, vão formar a chamada dor em cinta, muito semelhante á fava beriberica.

Os vomitos iniciam o apparecimento dos accessos; a principio, são verdadeiros vomitos alimentares, depois mucosos, incolores, podendo tambem ser biliosos ou sanguinolentos.

Em phase mais adiantada, vomitos seccos, incommodos e dolorosos entram em scena; o infeliz tabetico cança-se em impotentes esforços, que se multiplicam baldadamente, pois que elle não consegue vomitar. O coração accelera-se então, a respiração torna-se offegante e anhelante, e a crise parece tocar ao seu *fastigium*, compromettendo ainda mais a melindrosa situação do tabetico.

O quadro triste e medonho, que se nos apresenta, é o de uma colica nephretica ou hepatica; é o verdadeiro quadro de torturas, onde tudo concentra-se na expressão de uma dor violentissima.

Os traços physionomicos do doente acham-se excessivamente alterados; elle agita-se, soltando gritos de dor e desespero, tomando as posições mais exquisitas afim de minorar os seus soffrimentos. A' um estado angustioso e indiscriptivel póde seguir-se a syncope e lypothymia.

A duração das crises gastricas é de dous ou tres dias, sendo excepcional uma duração superior a seis dias.

Estas crises gastricas podem ser a manifestação unica do *tabes*, que, talvez, revista mais tarde uma accentuação typica, sem que por isso desapareçam as perturbações gastricas, que persistem ainda associadas ás fulgurações dolorosas dos membros.

E' para admirar que phenomenos tão intensos e alarmantes não deixem após si desordens digestivas; terminado o accesso intempestivo e doloroso, vem a calma para o estomago, que digere perfeitamente, não apresentando modificações de especie alguma em seu funcionamento.

• Alem d'estas diversas perturbações gastricas, o professor Fournier descreve uma outra variedade, que elle cognomina de *flatulenta*.

Eis o facto por elle referido :

“ Les crises se composaient de ceci : phénomènes douloureux, d'intensité légère ou tout au plus moyenne ; vomiturations, plutôt que vomissements réels ; et surtout, d'une façon ultra-prédominante, flatulence excessive, rejet de gaz inodores en quantité considérable. Toutes les minutes pour le moins et plus souvent encore plusieurs fois par minute, il se produisait, au fort de l'accès, une éructation violente et bruyante, spasmodique, convulsive, irrésistible, laquelle amenait un véritable flot de gaz, et était suivie tout aussitôt d'une sorte d'aspiration sonore, sifflante, quelque peu analogue à ce qu'on appelle *la reprise* dans la coqueluche. M. Vulpian, qui voulut bien examiner le malade avec moi, fut d'avis que ce dernier phénomène consistait en une *déglutition d'air* consécutive à l'éructation. Très souvent même la crise gastrique était exclusivement constituée par ce seul symptôme, l'éructation gazeuse, et se continuait aussi pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines, sans douleurs véritables et sans vomissements. ”

Estas desordens gastricas caracterisam-se pela sua rebeldia accentuada para toda medicação ; e, demais, pela sua physionomia morbida intermittente, por isso que a gravidade dos phenomenos não persiste sempre, e jámais traz consequencias prejudiciaes ao funcionamento do estomago.

Perturbações laryngo-bronchicas

A existencia das pertubações laryngo-bronchicas, na evolução da ataxia locomotora progressiva, é um facto sufficientemente provado, e que pessoa alguma ousa contrariar. Estas perturbações

podem ser, na symptomatologia tabetica, as primeiras a apparecer. Durante longo tempo, estas perturbações escaparam á observação clinica, e só em 1868, foi que Féréol, em uma admiravel memoria, mostrou os traços de união intima, existentes entre as desordens laryngo-bronchicas e o *tabes dorsalis*. A memoria de Féréol foi o ponto de partida para outros trabalhos encetados, n'esta mesma via, por Krishaber (1880), e por Chervinsky (1881).

Quanto á sua frequencia, as desordens laryngo-bronchicas merecem insignificante importancia, por isso que a sua intervenção, no cortejo morbido, rarissimas vezes é observada; o mesmo não lhes acontecendo no que diz respeito ao juizo clinico e prognostico, cuja gravidade insolita fal-as collocar em um plano primordial da phenomenologia symptomatica.

Os accidentes laryngo-bronchicos do *tabes dorsalis* revestem fórmulas multiplas e variadas. Seguindo Fournier, descreveremos estes accidentes, enfeichando-os em tres typos principaes:

1º Tosse spasmodica; 2º accesso de suffocação; 3º apnéa siderante.

TOSSE SPASMODICA.— Phenomeno insignificantissimo—a *tosse spasmodica* attrahe e absorve a attenção do clinico, porque não é devida a uma tracheite, nem tão pouco é a manifestação de uma bronchite ou laryngite; é uma tosse sem uma causa racional que possa justificar-a.

Demais, é uma tosse nervosa, verdadeiramente spasmodica, cuja duração extraordinaria faz suspeitar uma causa *ignota* qualquer, differente d'essas causas banaes que quasi sempre concorrem para a manifestação de qualquer tosse commun. Secca, sonora e quintoza, a *tosse spasmodica* faz lembrar a tosse convulsiva da coqueluche. Casos ha, em que a *tosse spasmodica* é intensissima, é *coqueluchoide*, isto é, composta de quintas violentas e claras, provocando a congestão facial, que póde ir até á cyanose, seguindo-se de inspiração stridente, completamente identica á chamada "*reprise*" da coqueluche.

* Variadissimas são as causas que podem influenciar o apparecimento d'estas crises; a mais ligeira corrente de ar, o simples contacto de um corpo frio, a impressão de um odor forte, um alimento mais ou menos quente, uma emoção moral qualquer são capazes de provocal-as.

ACCESSOS DE SUFFOCAÇÃO.— Estes accessos produzem-se subita e inesperadamente, attingindo desde o seu começo intensa gravidade.

Muitas vezes, durante o somno, o infeliz doente é victima de um d'esses accessos; ha então um verdadeiro estado convulsivo da glotte, cujos labios fortemente se approximam, impedindo que a hematose pulmonar se faça, isto é, obstando á oxigenação do sangue, que sobrecarrega-se de gaz-carbonico.

N'estas condições, a asphixia é eminente; o doente apresenta pronunciada cyanose da face, injeccção e brilho dos olhos, e a côr livida e violacea dos labios. Geralmente, estes phenomenos dissipam-se, a mechanica respiratoria regularisa-se, e esta crise desaparece "como por encanto", mas, em casos rarissimos, podem-se tornar mais salientes e ganhar maxima gravidade; o doente suffoca e cahe em verdadeira lypothymia, apresentando, em certas condições, phenomenos epileptoides.

APNÉA SIDERANTE.— N'este gruppó, o spasma laringeo faz-se brusca e precipitadamente, de modo a impossibilitar completamente a respiração.

Fulminado, o doente cahe sem sentidos, debatendo-se energica e convulsivamente. O desgraçado tabetico acha-se em grande perigo, porquanto o prolongamento da crise, por menor que o seja, poderá produzir rapidamente a morte, como no caso referido por Duclos, ou obrigará o clinico a intervir energica e promptamente, praticando a *tracheotomia*, como o fez, com bom exito, Krishaber em um caso desesperado.

Desordens essencialmente intermitentes, as perturbações laryngo-bronchicas constituem verdadeiras crises, em cujos intervallos as funcções respiratorias fazem-se perfeitamente.

Como a maioria das perturbações tabeticas, as laryngo-bronchicas marcham lenta e gradualmente, isto é, as desordens bronchicas crescem em intensidade e frequencia á medida que a molestia cresce em duração.

Intermittentes, estas crises apparecem subitamente, e, como as crises gastricas, não deixam após si vestigio algum de desarranjo no apparelho respiratorio, que foi a séde de tão importantes phenomenos.

Perturbações tropicas

ARTHROPATHIAS. — Perfeitamente estudadas por Charcot, as arthropathias de origem espinhal apresentam em sua evolução caracteres clinicos especiaes, que poderosamente concorrem para differençal-as das arthropathias vulgares. O apparecimento d'estas affecções articulares é mais ou menos frequente. Observadas cinco vezes, por Charcot, em 50 tabeticos, estas arthropathias têm sido tambem estudadas por Albutt, na Inglaterra, Mitchell, na America, e pelo professor Rosenthal, em Vienna.

Ball, auctor de nota em taes trabalhos, divide as arthropathias, relativamente ao seu desenvolvimento, em *precoces* e *tardias*.

O professor Charcot diz que as arthropathias tabeticas são sempre *precoces*, e, accrescenta “pour préciser davantage, je dirai que, dans l'évolution naturelle de la maladie, il prend place, au moins en général, à une époque intermédiaire entre la période dite prodromique et la période d'incoordination.”

As arthropathias podem, innegavelmente, apparecer em uma epocha tardia da molestia, occupando então uma das articulações dos membros superiores, como a scapulo-humeral, o cotovello, o punho.

A sclerose dos cordões posteriores, lenta e ascendente em sua marcha, só tardiamente invadirá as partes superiores da medulla, para determinar as arthropathias.

Por conseguinte, ha, em relação á lesão medullar, *precocidade* no apparecimento das arthropathias tabeticas, que todavia podem ser *tardias*, se as considerarmos em relação á primeira manifestação symptomatica do *tabes dorsalis*.

Em geral, o apparecimento das arthropathias coincide com a existencia das fulgurações dolorosas, e precede n'estes casos, de bem perto a incoordenação motora.

A arthropathia parece occupar um logar bem definido na symptomatologia do *tabes*; é o ponto *limitrophe* entre o periodo *pre-ataxico* e o periodo *ataxico*.

Estas affecções articulares apparecem inesperadamente, sem haver precedencia manifesta de quaesquer symptomas; a *tumefacção* de uma das articulações é o facto principal, por isso que a febre, o calor e a dôr, observados nas arthropathias vulgares, são aqui inteiramente negativos.

Charcot divide-as em arthropathias *benignas* e arthropathias *malignas*; são *benignas* quando a tumefacção desaparece no fim de um certo tempo, (semanas ou mezes), readquirindo o membro o seu antigo funcionamento; são *malignas*, pelo contrario, quando as superficies articulares resentem-se de suas consequencias (luxações variadas; usura das superficies osseas, etc.) podendo ainda o membro correspondente á arthropathia prestar-se para a prehensão dos objectos, caso trate-se do membro superior, ou para a marcha, caso trate-se das articulações coxo-femural ou do joelho. A perda d'estes movimentos não se observa quasi nunca, notando-se geralmente a sua diminuição coincidir com o apparecimento da ataxia.

As arthropathias tabeticas assestam-se de preferencia nas grandes articulações; a primeira lesada, em ordem de frequencia, é o joelho, seguindo-se a este a articulação scapulo-humeral, e finalmente o cotovello, a articulação coxo-femural e o punho. Algumas vezes, as pequenas articulações são interessadas.

Caracteres especiaes são assignalados, por Charcot, nos ossos dos tabeticos, que podem facilmente ser reconhecidos.

Sir James Paget, estudando ossadas antigas, no museu de Londres, chegou a affirmar que o *tabes dorsalis* era recente, e que os antigos não eram victimas d'esta molestia.

Bastante conhecida na Europa, a ataxia é commum entre nós.

Acha-se hoje perfeitamente estabelecida a subordinação da arthropathia á uma lesão espinhal, sendo para lastimar que ainda permaneça a indecisão e litigio, quando se procura conhecer a séde precisa d'essa lesão espinhal.

Charcot, baseado em observações de Joffroy, Pierret e Gombault, acredita que estas affecções articulares são intimamente ligadas á uma alteração das pontas anteriores da substancia cinzenta da medulla, e, para corroborar o seu modo de pensar, diz ter notado como phenomeno concumitante das arthropathias, um certo gráo de atrophia muscular, o que tambem parece designar as *pontas anteriores* como a séde particular da lesão espinhal.

N'um caso de arthropathia, Charcot, apesar da sua reconhecida capacidade n'estas pesquisas, não encontrou lesão alguma para o lado das *pontas anteriores*, correspondentes á região affectada, mas aqui havia manifesta alteração dos ganglios espinhaes, que parecia desempenhar importante papel na genese desta arthropathia.

Os nervos periphericos têm sido tambem chamados para explicar estas perturbações trophicas, mas, diz Charcot, "on s'est assuré dans ce dernier cas, comme dans les précédents, qu'ils ne présentaient pas d'altération appréciable."

Parece-nos que o exclusivismo não deve preponderar na escolha de uma ou outra destas explicações pathogenicas; porquanto, em certos casos de arthropathias tabeticas, a lesão póde occupar as pontas anteriores da substancia cinzenta medullar, ou, em outros casos, a lesão póde ter a sua séde nos ganglios espinhaes, ou finalmente, em alguns outros casos, a lesão póde invadir as extremidades periphericas dos nervos, produzindo verdadeiras nevrites periphericas. Em resumo, explicações pathogenicas diversas podem justificar as arthropathias tabeticas.

FRACTURAS ESPONTANEAS.— Os tabeticos podem facilmente fracturar os seus ossos, não sendo necessario, para que tal aconteça, grandes traumatismos. Os menores movimentos e a propria contracção muscular energica podem produzir estas fracturas. Richet refere o facto de um ataxico, que, ao descalçar as botinas, fracturou o femur. Voisin tambem conta que um seu doente tabetico fracturou a clavícula, e, quatro mezes depois, os ossos de uma das pernas, no terço superior. Cita Hayem um facto de tres fracturas successivas em um mesmo osso.

Rapidez admiravel se processa na consolidação d'essas fracturas, que apresentam um callo perfeitamente constituido. Richet, estudando esta questão, chegou a concluir que nos tabeticos, ha uma osteite rareficante, que poderosamente concorre para o enfraquecimento dos ossos d'esses individuos, do mesmo modo que a exagerada calcificação senil concorre para diminuir a resistencia ossea, nos velhos. A fragilidade explica o apparecimento das fracturas *sponte sua*.

AMYOTROPHIAS TABETICAS. — Amyotrophias progressivas, mais ou menos generalisadas, podem fazer parte da symptomatologia tabetica.

Grande numero de observações têm sido publicadas por Duménil (de Rouen), Virchow, Friedreich, Leyden, Pierret, Foucard, Condoleon, e outros.

As amyotrophias tabeticas revestem caracteres especiaes, que perfeitamente as differenciam de outros processos amyotrophicos. Estas amyotrophias não guardam regularidade em seu modo de invasão, nem fatalidade progressiva em sua marcha; o que soe acontecer na atrophia muscular progressiva.

As lesões amyotrophicas tabeticas occupam partes diversas do organismo, ora circumscrevem-se a regiões bem limitadas, ao pé (Friedreich), á perna (Leyden), ao dorso (Friedreich, Leyden), á nuca (Leyden); ora invadem um musculo ou uma só parte de musculo, n'essas mesmas regiões.

As imminencias thenar e hypothenar são geralmente normaes, mas, em alguns casos, podem tambem ser compromettidas.

Quando os membros inferiores são accomettidos de incoordenação motora, elles são os unicos atrophizados (Laborde e Duménil).

Pierret publicou uma observação importante, colhida no serviço de Charcot, em que a amyotrophia invadira os membros superiores e inferiores de um só lado do corpo, guardando sempre essa forma *hemi-amyotrophica*.

Como explicar o mechanismo de producção dessas amyotrophias?

Serão ellas devidas á invasão irritativa das cellulas das pontas anteriores da medulla, ou serão, antes, devidas a verdadeiras nevrites periphericas?

A primeira hypothese, apresentada e defendida por Charcot, é, parece-nos, racional e mesmo fundamentada em factos de physiologia experimental.

O processo irritativo invade as cellulas das pontas anteriores da medulla, seguindo a direcção dos filetes radiculares internos das raizes posteriores. Hayem confirmou plenamente esta interpretação de Charcot: "O arrancamento do nervo sciatico, em um coelho, traz consecutivamente um descolamento no trajecto intra-espinhal das raizes posteriores, seguindo-se um processo inflammatorio, cuja propagação, na direcção d'essas raizes, irá

comprometer as cellulas das pontas anteriores da medulla, e provocar alterações profundas.”

O apparecimento da amyotrophia tabetica faz-se tardia-mente.

De par com as arthropathias, fracturas e amyotrophias, deve ser referida a *osteo-porose* dos maxillares, que, muitas vezes provoca a quéda dos doentes.

Devem ainda ser referidas, n'este grupo : o *zona*, o *anthraz*, o *mal perfurante plantar*, etc.

Symptomas varios

Sob esta denominação estudaremos symptomas muito diferentes, que não apresentam entre si relações de qualquer especie.

Este grupo comprehende em seu todo perturbações de ordem secundaria, e de valor menos precioso do que o das precedentemente estudadas.

SIGNAL DE WESTPHAL.— Na grande maioria dos casos de *tabes*, ha ausencia do reflexo rotuliano, que póde deixar de existir desde o começo da molestia. Em outras palavras, a abolição do phenomeno do joelho é um dos signaes mais constantes e mais precoces do *tabes dorsalis*.

Em 1877 Westphal chamou, pela primeira vez, a attenção dos medicos sobre a impossibilidade da producção do reflexo rotuliano nos tabeticos.

Hoje, um certo accordo parece reinar no espirito dos neuropathologistas, sobre o valor diagnostico do signal de Westphal. Ainda em 1877, Remak, Senator e Bernhardt declararam ter encontrado em todos os ataxicos este phenomeno, depois que

Westphal despertou sobre elle a attenção dos clinicos. Erb, em 44 casos de *tabes* confirmado, observou constantemente o signal de Westphal. O mesmo facto foi observado em outros casos, em que o diagnostico era vacillante e em que a molestia revestia fórmulas frustras, manifestando-se sómente pelos symptomas do periodo pre-ataxico, assim como em quatro casos, em que os symptomas tabeticos achavam-se associados a symptomas de outras molestias nervosas.

Uma só vez, em um caso muito evidente de *tabes*, persistia o phenomeno do joelho. Erb concluiu, depois de suas pesquisas, que a abolição do phenomeno do joelho não é pathognomônico do *tabes*, mas que ella é um dos signaes mais constantes, tanto em sua frequencia como em seu apparecimento precoce.

Erb pretende ter encontrado este signal nos casos em que o começo da molestia datava apenas de 10 semanas ou de dous mezes.

Berger (de Breslau), viu a ausencia do phenomeno do joelho, em 17 casos sobre 19, quando a molestia evoluia no periodo pre-ataxico; em tres outros casos, em que havia dores lancinantes, o phenomeno do joelho não existia tambem. Breslau, em 82 casos de *tabes* confirmado, só observou dous individuos, nos quaes havia persistencia do phenomeno do joelho. Fournier tem encontrado o signal de Westphal em todos os ataxicos por elle observados.

Althaus (de Londres) chegou ás mesmas conclusões.

Convem dizer, em abono da verdade, que outros observadores têm sido menos felizes na pesquisa do signal de Westphal. Com effeito, Mac-Clean Hamilton (de New-York), não constatou a ausencia do reflexo rotuliano senão em quatro individuos sobre oito, de *tabes* confirmado. Em um d'estes oito casos, havia exaggero do phenomeno do joelho.

Em 1878, no Congresso da British Medical Association, Gowers oppunha ás declarações de Althaus a relação de tres casos de ataxia locomotora progressiva confirmada, em que havia

persistencia do phenomeno do joelho. Sawyer (de Birmingham) fazia igual constatação em um certo numero de casos de *tabes*.

Estes resultados são contradictorios, porquanto o signal de Westphal encontra-se em individuos, que, apenas, realizam o esboço symptomatico do *tabes*, deixando de apparecer em casos confirmados. Como conciliar estes factos?

Para Westphal, a abolição do phenomeno do joelho, coincidindo com outras manifestações tabeticas, indica que o segmento lombar da medulla acha-se compromettido pela lesão espinhal.

Demais, é n'essa porção da medulla que o *tabes* começa quasi sempre. Assim, concebe-se que a abolição do phenomeno do joelho possa se apresentar ao observador como um signal precoce e frequente, mas não constante, do *tabes*.

Este signal póde faltar em casos de *tabes* confirmado.

Póde apparecer tardiamente.

E' um signal importante para o dignostico, quando vem seguido de outros symptomas proprios do *tabes*.

Vertigens.— As vertigens, em muitos casos, fazem parte da symptomatologia do primeiro periodo do *tabes*.

Despercebidas, quasi sempre, estas vertigens não possuem caracteristica alguma especial, que possa trahir a sua natureza. Traduzem-se, habitualmente, pela simples e vaga sensação de obnubilação, que póde, algumas vezes, incrementar-se, determinando a perda do equilibrio, e, consecutivamente, a queda.

Estes verdadeiros ataques vertiginosos são frequentemente provocados, como notou Fournier, pelos movimentos da cabeça para cima ou para os lados.

Em alguns casos, sensações exquisitas e variadas acompanham á essas vertigens. Fournier, n'esse particular, refere que um de seus doentes via, na occasião das vertigens, um *precipicio* diante si.

Essencialmente passageiras e ephemerias, estas vertigens cedem com a mesma rapidez com que apparecem.

Dores cephalicas.—As dores cephalicas apresentam-se sob duas fórmulas clinicas differentes; são *neuralgiformes* ou *fulgurantes*.

1.^a Intensas, continuas e rebeldes a qualquer therapeutica, as dores *neuralgiformes*, geralmente lateralizadas, localisam-se de preferencia nas regiões frontal, parietal e temporal, podendo tambem affectar o occiput.

Depois de uma maior ou menor duração, estas dores desaparecem da mesma maneira porque appareceram, isto é, sem uma justificativa therapeutica ou outra qualquer.

2.^a Pierret, estudando os symptomas cephalicos do *tabes*, chamou a attenção para as dores cephalicas, que traduzem-se por intermedio de fulgurações dolorosas.

A localisação de dores fulgurantes typicas, nas diversas regiões da face e do craneo, raramente se observa. Fournier refere sómente quatro ou cinco observações d'este genero, em que as fulgurações dolorosas manifestaram-se na região orbitaria, e, rarrissimas vezes, no craneo e no proprio globo ocular. Quando a fulguração passa, fica, muitas vezes, a hyperesthesia do departamento organico por ellas castigado.

Anesthesia facial.—Excepcionalmente observada, a anesthesi facial póde localisar-se em uma metade da face, ou póde occupar as duas metades de um modo irregular. (Fournier).

Pierret observou a generalisação dos phenomenos anesthesicos ás mucosas da lingua e da bocca. Em um dos seus doentes, a sensibilidade da bocca desaparecêra; as impressões gustativas perderam-se a ponto tal que "les condiments et le tabac, diz Pierret, ne lui produisaient presque plus d'impression."

Perturbações auditivas.—Em geral, as perturbações auditivas fazem-se sentir sobre um só ouvido; revestem fórmulas variadas, que vão da simples dureza de ouvido e zumbidos, até á surdez mais ou menos confirmada.

Fournier e Pierret têm tido occasião de observar casos de *mal de Ménière*, preludiando o *tabes* ou concorrendo com outros symptomas tabeticos.

Na opinião de Pierret, o *tabes* pôde começar tanto pelo nervo optico como pelo auditivo, e, por conseguinte, diz Pierret, "dans le pronostic d'un *vertige de Ménière*, on pourra réserver une place pour l'évolution du *tabes*. C'est ainsi que l'on verra des sourds devenir ataxiques, aussi que cela ce passe pour certains aveugles."

As *perturbações olfactivas* são raramente observadas, e apenas n'ellas fallamos de passagem.

A *paralysis de uma corda vocal inferior* foi observada por Fournier, em dous casos sómente, e n'esses havia dysphonia, sem complicação de accidentes spasmodicos do larynge.

Perturbações intellectuaes, accessos epyleptoides, etc., podem tambem se manifestar no periodo pre-ataxico do *tabes*, concorrendo para difficultar o conhecimento da molestia.

SEGUNDO PERIODO

O segundo periodo do *tabes dorsalis* caracteriza-se pela predominancia dos symptomas ataxicos, que podem manifestar-se em phases diversas ou oppostas da molestia; isto é, ora apparecem no inicio mesmo da molestia, preludiando-a; ora fazem-se esperar durante longo tempo.

Fournier e o Dr. Labadie-Lagrave tiveram occasião de observar um doente que, manifestamente tabetico *desde 30 annos*, não apresentava ainda desordens ataxicas.

O nosso illustrado mestre, o conselheiro Barão de Torres Homem, em uma de suas lições oraes, referiu-nos que o Sr. Padre Marianno, vigario do Engenho Velho, tabetico ha mais de 30 annos,

falleceu, sem apresentar *ataxia*, tendo apenas ligeiras perturbações da motilidade, que deviam correr por conta da edemacia dos membros inferiores.

Ha mais das vezes, a invasão dos symptomas de incoordestação motora não se faz esperar tanto tempo; ella manifesta-se geralmente do terceiro ao sexto anno.

A manifestação da ataxia nos dous extremos da *vida tabetica* é muito rara, mas todavia póde apparecer, quando conveniente-mente procurada.

A ataxia é um symptoma que póde falhar; não é fatal; o que patentemente provam as observações de Labadie-Lagrave e do illustre Barão de Torres Homem.

A ataxia não se manifesta brusca e instantaneamente, mas evolue de modo lento e imperceptivel; o que muitas vezes concorre para que ella fique desconhecida, quando os seus verdadeiros *reactivos* são imperfeitamente *manipulados* ou antes desconhecidos.

Muitas vezes, os symptomas de incoordestação motora são tão insignificantes e ligeiros, que podem ficar desconhecidos, caso não intervenha alguma circumstancia fortuita, que force-os a se manifestar.

Muitos tabeticos parecem se ter habituado á esses symptomas ataxicos, que, para serem percebidos, necessitam do concurso de varias circumstancias. Com effeito, o caso, para muitos, é a revelação subita e fatal d'essas desordens motoras, que se produzem em muitos outros sobre a influencia da obscuridade ou da oclusão dos olhos.

Em muitos casos, essas desordens motoras, insignificantes e pouco accentuadas, podem passar despercebidas a um exame superficial; o que leva-nos, seguindo Fournier, a estudar, desde agora, os processos especiaes capazes de trahir a ataxia.

PRIMEIRO PROCESSO. — Ordem de marcha.

O homem, gozando de plena integridade de suas funcções

locomotoras, executa perfeita e correctamente os mais variados e complicados movimentos.

A execução correcta e harmoniosa da marcha não existe no tabetico ; este, depois de levantar-se, só começa a andar, decorrida certa pausa e determinado *retardamento*, precisos para a aquisição de um movimento accessorio, indispensavel ás suas condições staticas. Esta serie de attitudes, que o tabetico toma antes da execução dos primeiros passos, revela muitas vezes incorrecção manifesta, esboço verdadeiro de uma ataxia nascente.

Estes resultados podem ser negativos, e, então, o doente, uma vez em marcha, dá-se-lhe ordem de fazer *alta* ; o tabetico, n'estas condições, só consegue parar depois de oscillações e vacillações ; ora inclinando-se para diante, como se comprimentasse ; ora para traz, como se quizesse reagir contra o impulso recebido, afim de neutralisal-o. Geralmente, a incoordenação motora trahe-se por intermedio de attitudes viciosas e incorrectas, explicaveis perfeitamente pelas instabilidades do equilibrio.

Quando a ataxia, apesar disso, deixa ainda de apparecer, faz-se com que o doente descreva, durante a marcha, uma semicircumferencia, gyrando sobre seus pés. Este movimento complicadissimo é bastante proprio para obrigar a *ataxia nascente* a desvendar-se ; elle necessita de um certo equilibrio do systema muscular, isto é, depende da harmonia da associação das contrações musculares, que se dão de modo irregular no ataxico, que, só após grandes esforços e difficuldades, consegue executal-o imperfeitamente.

SEGUNDO PROCESSO.—Signal de escada.

Processo facil em sua execução — o *signal de escada* consiste simplesmente em ordenar ao doente que desça uma escada.

Acto relativamente difficil, complexo e perigoso — a *descida de uma escada* patenteia, em muitos casos, a ataxia até então despercebida, ou revela manifestamente o nascente desarranjo do

systema muscular, incapaz de regular a execução das funções locomotoras.

O ataxico difficilmente desce uma escada, elle imagina perigos e precipicios diante de si; receando uma queda no vazio da escada, agarra-se com segurança ao corrimão, e, só então, desce lenta, vagarosa e difficilmente.

TERCEIRO PROCESSO.—Signal fornecido pela oclusão dos olhos.

A vista é um complemento poderoso e necessario ás funções de locomoção, no tabetico. Nos ataxicos, as perturbações de locomoção se manifestam, e, então, a vista auxilia-os efficaçmente; ella é um verdadeiro agente suplementar que corrige a coordenação muscular alterada, sustentando o equilibrio e regularisando a marcha nas primeiras phases da molestia.

Em um *tabes* que começa, a manifestação da ataxia nascente póde ser facilmente percebida com o auxilio d'este signal.

Quando um tabetico, collocado na posição vertical, fecha os olhos, as condições de instabilidade do equilibrio se manifestam; as oscillações e as attitudes viciosas do corpo, em todas as direcções, revelam patentemente o desfallecimento das funções locomotoras.

Estas oscillações são pouco pronunciadas, e não se acompanham da perda total do equilibrio e da imminencia da queda, como infelizmente isso se observa na ataxia typica.

Este é um symptoma excellente e que póde fornecer resultados satisfactorios em casos falliveis pelos meios precedentemente estudados.

QUARTO PROCESSO.—Signal fornecido pela attitude sobre um só pé.

Esta prova, simples de executar-se, consiste em fazer com que o doente se equilibre sobre um só pé.

Posição encommoda e fatigante a *attitude sobre um só pé* póde facilmente ser tolerada, durante alguns instantes, por

qualquer individuo no gozo de perfeita integridade das propriedades locomotoras; mas, no tabetico, esta posição provoca oscillações, vacillações, e, finalmente, queda, se o doente persistir em prolongal-a.

Esta experiencia é importantissima, e não deve ser desprezada, porque, em muitos casos, tem revelado desordens musculares, que, desconhecidas dos proprios doentes, poderão passar despercebidas pelos outros meios de investigação. A clareza e precisão de seus resultados impõem-se, muitas vezes, por isso que a manifesta instabilidade statica accentua-se, desde que o doente colloca-se n'esta attitude.

Esta prova, diz Fournier, constitue um reactivo de sensibilidade verdadeiramente maravilhosa para accusar, se assim posso dizer, uma dóse minima de incoordenação.

QUINTO PROCESSO.—A attitude sobre um só pé e oclusão dos olhos.

Esta prova, como vemos, é a resultante da combinação dos dous processos precedentemente estudados.

Fechados os olhos, o doente deve procurar equilibrar-se sobre um só pé. As difficuldades de equilibrio, anteriormente assignaladas, assumem agora caracteres intensos e manifestos, porquanto ao ataxico falta a vista, poderoso supplemento correccional das desordens motoras, que, então, se tornam mais evidentes.

Este processo jámais deve ser dispensado; elle, muitas vezes, revella phenomenos ataxicos impossiveis de verificação por meio dos outros processos.

E' um processo que comporta, em seu conjuncto, condições proprias para revellar os minimos defeitos da incoordenação muscular. Com o auxilio d'estes cinco processos, é quasi impossivel o desconhecimento das perturbações motoras.

Ataxia.—A ataxia é o phenomeno que caracteriza este segundo periodo; é o symptoma mais grave e mais penoso,

e incontestavelmente especial e característico do *tabes dorsalis*.

Em que consiste a ataxia ?

A ataxia consiste na impossibilidade de coordenação dos agentes motores, com integridade da potencia muscular, isto é, na ataxia ha verdadeira potencia muscular ; ha execução dos movimentos, que, n'este caso, não são regularisados pela associação synergica e harmonica dos diversos elementos musculares, factores proprios da coordenação motora. Em outras palavras, existe o *motor*, mas falta o *regulador*, isto é, falta o agente distribuidor da força, que a adopta e utiliza para determinado fim.

Em resumo, ha movimento desordenado ou *ataxico*.

A ataxia é o centro em torno do qual gyram symptomas multiplos e variados, susceptiveis de diversas modalidades clinicas, irradiando para os differentes systemas organicos. Em sua evolução geral, a ataxia segue uma marcha lenta, mas inflexivelmente progressiva,

No começo, a ataxia é tão insignificante e tão mal accentuada, que póde passar esquecida do proprio ataxico durante um tempo mais ou menos longo. O tabetico, após o menor exercicio, sente-se preza de extraordinaria fadiga e excessiva fraqueza, injustificaveis pelo insignificante esforço dispendido.

Estes phenomenos são antes de ordem paretica, e não traduzem ainda a verdadeira ataxia, em que a *loucura muscular* plenamente se patenteia.

Na opinião do eminente clinico, o professor Jaccoud, este esgotamento póde ser attribuido a dous elementos:

1º A' hyperexcitabilidade do systema anterior, provocada pelo trabalho irritativo do posterior; 2º, á innervação espinhal pervertida, que, privando a marcha de seu character automatico, puramente espinhal, torna necessaria a intervenção cerebral.

Muitas vezes, quando a ataxia despona, o doente póde ainda fazer longos exercicios sem accusar o menor cansaço ; mas, o que admira, o tabetico não póde ficar durante muito tempo na estação

vertical; sente-se muito fatigado, oscilla e cambaleia, manifestando urgente necessidade de assentar-se para descansar.

Outras vezes, são sensações exquisitas, filiadas á anesthesia plantar, as que extraordinariamente encommoam o doente, que sente pisar sobre um tapete, sobre a borracha, ou sobre outra qualquer substancia elastica, que o leva sempre para diante.

A ataxia, na maioria dos casos, invade os membros inferiores, e n'elles estabelece uma localisação definitiva, podendo todavia invadir secundariamente os membros superiores, ou, em casos raros, fazer-se sentir desde o começo, n'estes mesmos.

Invadidos, secundariamente ou não, os membros superiores jámais apresentarão um gráo de incoordenação comparavel ao geralmente produzido nos membros abdominaes. Os membros superiores são relativamente poupados pela ataxia.

Marcha.— O tabetico, durante a marcha, leva seu corpo para diante e firma a vista sobre os pés; suas pernas, arrancadas bruscamente do sólo, são desordenadamente projectadas para diante, descrevendo n'esse sentido longas trajetorias, ou soffrendo desvios e ondulações lateraes, e cahem pesadamente sobre o sólo, ferindo-o fortemente com o calcanhar.

Movimentos desregrados, verdadeiramente loucos, impedem a marcha ao tabetico, que, embaraçando-se constantemente, receia sempre a imminencia de uma queda.

A obscuridade e a oclusão dos olhos são novos factores, que vêm poderosamente concorrer para a difficuldade da marcha, que se torna impossivel, quando conjunctamente existe a anesthesia plantar.

Em casos taes, o tabetico, tendo perdido a noção da resistencia offerecida pelo sólo, julga-se suspenso no ar e teme caminhar.

Decubitus.—No proprio leito, o tabetico póde ainda executar movimentos com certa promptidão; elle dispende uma certa

somma de força, que infelizmente é mal regularisada, e não apta para attingir o fim desejado, por isso que as noções de *força*, *extensão* e *directão* acham-se inteiramente perturbadas. Os movimentos executados em taes condições ficarão aquém ou irão além do effeito desejado.

Com effeito, quando o tabetico levanta uma de suas pernas, incorrecção inteiramente significativa se manifesta; as pernas, projectadas para cima, soffrem desvios lateraes de amplitude enorme, chegando mesmo a tocar os individuos que rodeiam o leito. Estas desordens motoras são insignificantes em seu começo e podem mesmo passar despercebidas.

Membros superiores.—A manifestação de desordens motoras, primitivamente circumscriptas aos membros thoraxicos, é excepcional; quasi sempre a ataxia attaca os membros abdominaes para propagar-se tardiamente aos membros thoraxicos. Quer se manifeste precoce ou tardiamente, a incoordenação motora, nos membros thoracicos, é relativamente rara e insignificante.

Em geral, quando a incoordenação motora invade os membros superiores, o doente quasi sempre sente um certo entorpecimento e formigamento nos dedos auricular e annular. Este entorpecimento dos dedos acompanha-se immediatamente do enfraquecimento da sensibilidade tactil da mão, que torna-se imprestavel para executar as suas principaes funcções, mormente sem o auxilio da vista.

Os doentes não se servem tão facilmente de suas mãos assim como o faziam em outros tempos; são incapazes de atar uma gravata, de abotoar uma camisa, etc. Os movimentos executados pelo tabetico são exquisitos.

Duchenne refere o caso de um tabetico que, para levar um copo á bocca, executava lenta e attenciosamente uma serie de zig-zags, sem abalos e sem tremores, porquanto o menor descuido poderia causar a projecção do conteúdo do copo sobre suas vestes ou sobre seu rosto.

N'estas condições, a marcha, mesmo com o auxilio de uma bengala, torna-se finalmente impossivel, por isso que a bengala, impellida pelos movimentos desregrados do braço, embaraça-se constantemente entre suas pernas, e pôde produzir a queda.

As desordens motoras tem um crescimento sempre progressivo, que pôde tardiamente forçar o doente a guardar eternamente o leito. Até 1858, os tabeticos eram considerados como verdadeiros paralyticos.

Duchenne, tomando o dynamometro, demonstrou cathegoricamente que esses individuos possuem uma certa quantidade de força, mas que elles são incapazes de aproveitar essa força, coordenando-a para um fim determinado.

Os tabeticos gozam de força, mas não gozam da propriedade de coordenação dos movimentos.

Hemi-ataxia.— Habitualmente, as perturbações de motilidade affectam de maneira regularmente symetrica os dous lados do corpo, podendo todavia manifestar, em alguns casos, predominancia mais ou menos accentuada em um d'esses lados. Se em muitos casos essa disparidade, essa *asymetria* na distribuição das desordens ataxicas de um para outro lado pôde desaparecer com o tempo, em outros casos, a *asymetria* confere á molestia um cunho physionomico especial, constituindo, sem exageração, uma hemi-ataxia typica.

Esta hemi-ataxia, excessivamente rara, foi, tres vezes, observada por Fournier, que diz ignorar se houve ou não modificações ulteriores, porquanto só acompanhou esses doentes durante alguns mezes.

Fournier, em seu magnifico livro sobre ataxia, refere uma observação de Bourdon, interessantissima, quer sob o ponto de vista therapeutico, quer sob a localisação dos symptomas morbidos.

Eil-a em sua integra:

" Doente syphilitico, affectado de exostoses tibiales e ozena. Ha dous mezes e meio, invasão de desordens ataxicas que, facto

notavel, localisaram-se na metade esquerda do corpo, a saber: incoordenação muito manifesta do braço *esquerdo* e da perna *esquerda*, augmentando-se ainda pela oclusão dos olhos; conservação integral da força muscular; crises muito intensas de fulgurações dolorosas affectando exclusivamente o lado *esquerdo* do corpo; sobre todo o lado *esquerdo* do corpo, anesthesia, analgesia e athermesthesia; recente strabismo do olho esquerdo; emfim, amblyopia bilateral accentuadissima, mas predominando á direita; pupilla direita dilatada. Tratamento especifico."

"Melhoras rapidas de todos os symptomas; acção therapeutica exercendo-se, a principio, sobre as dores fulgurantes que diminuiram de intensidade e depois desappareceram completamente; pouco depois desappareção semelhante dos phenomenos ataxicos e das perturbações oculares. O doente sahe do hospital, 40 dias depois de sua entrada, conservando, apenas, um ligeiro gráo de anesthesia sobre diversos departamentos cutaneos da metade esquerda do corpo."

A persistencia da contractilidade electro-muscular, no tabetico, só desapparece em phase adiantadissima da molestia, quando as perturbações amyotrophicas entram em scena.

Alem dos phenomenos ataxicos, o segundo periodo do *tabes dorsalis* apresenta todos os symptomas do periodo invasor, ora diminuidos de intensidade, ora, o que é mais frequente, augmentados.

TERCEIRO PERIODO

Este terceiro periodo é composto de todos os symptomas precedentes, que, crescendo de intensidade, concorrem para cachetisar profundamente esse organismo, onde reinava, desde muito tempo, uma dystrophia bastante consideravel. O tabetico, cego, coberto de escharas e martyrisado por cruciantes dores, só

espera a hora feliz em que a morte ha de vir romper os elos d'essa existencia desgraçada.

Fórmãs frustras.— O *tabes* frustrô é aquelle que caracteriza-se pela predominancia accentuada de um ou mais symptomas, durante tempo mais ou menos consideravel de sua evolução. As fórmãs frustas mais importantes são :

A *amaurotica* ; a *gastrica* ; a *articular* ; a *laryngo-bronchica* ; a *hemi-ataxica*.

Todas estas fórmãs foram objecto de estudo de nossa parte quando tratámos da symptomatologia.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Quoique nos premières connaissances exactes sur les sièges des lésions du *tabes* remontent à plus d'un demi-siècle, le dernier mot est loin d'être dit sur l'anatomie pathologique de cette maladie

RAYMOND.

A descoberta da sclerose dos cordões posteriores é uma conquista pertencente á escola franceza.

Hutin, em 1827, na *Sociedade Anatomica*, apresentou um specimen de degenerescencia gelatiniforme dos cordões posteriores. Em seguida, Monod e Olivier (d'Angers) tambem apresentaram outras observações de degenerescencia dos cordões posteriores, que sómente mereceram a attenção como *curiosidades anatomicas*.

Mais tarde, quando Duchenne, brilhantemente descreveu a ataxia locomotora progressiva, os neuro-pathologistas reconhece-

ram os estreitos laços que filiaam o *tabes* á sclerose dos cordões posteriores.

Entre os trabalhos que poderosamente influxionaram o estudo anatomo-pathologico do *tabes*, convem referir os trabalhos de Louis e Bourdon, publicados nos *Archivos de Medicina*.

O *tabes dorsalis*, falsamente considerado por Trousseau, em 1865, como uma nevrose, tem uma lesão anatomica incontestavel e assaz verificada nas autopsias.

Grande numero de clinicos tem estudado as lesões anatomo-pathologicas do *tabes*, que parecem positivas.

Meningeas rachidianas.—Geralmente a dura mater apresenta-se com seu aspecto normal, ao passo que a arachnoide póde ser encontrada opaca. A pia-mater, quasi sempre congestionada, póde achar-se espessada na parte correspondente aos cordões posteriores.

Muitas vezes, o liquido espinhal augmenta-se consideravelmente.

A pia-mater, ao approximar-se da região dos cordões lateraes, perde progressivamente o seu espessamento, que, geralmente, é mais accentuado no departamento dorso-lombar da medulla.

A hyperemia vascular perde pouco á pouco a sua intensidade; ella diminue progressivamente na região dos cordões lateraes. Em geral, um dos epiphenomenos mais habituaes do *tabes dorsalis* é a *leptomeningite espinhal posterior*.

Cordões posteriores.— Os cordões posteriores são, desde o começo da molestia, a séde de lesões constantes e bem verificadas. Em um momento em que os symptomas clinicos começam a delienar-se, o exame mycroscopico já póde demonstrar a existencia de lesões bem definidas, mas que passam despercebidas ao simples exame á olho nú.

Geralmente, quando a evolução tabetica data de longo tempo, a simples vista póde reconhecer os vestigios da induração cinzenta

dos cordões posteriores, que apresentam-se sclerosados e muito reduzidos de volume.

Os cordões posteriores têm quasi sempre a côr cinzenta, podendo todavia possuir a coloração rosea, vermelha ou amarelada.

O tecido d'estes cordões, quasi sempre mais consistente, é a séde de um verdadeiro processo sclerosico.

Em casos verdadeiramente excepcionaes, a consistencia do tecido dos cordões posteriores pôde permanecer normal ou inferior á consistencia normal.

A maior ou menor quantidade de tecido conjuntivo hyperplasiado explica estas diversas modalidades de consistencia do tecido medullar.

A medulla allongada é, quasi sempre, o limite alem do qual não passa a degenerescencia, que todavia pôde ser observada nas camadas superficiaes da protuberancia annular e dos corpusculos quadrigemeos.

A alteração anatomo-pathologica só é clara e realmente estudada em sua natureza, quando faz se soffrer á medulla um endurecimento e coloração proprios para facilitar o exame mycros-copico.

Liquidos diversos têm sido empregados para esse fim.

Assim, o liquido de Müller, composto de uma parte de sulphato de soda e duas de bichromato de potassa, empresta aos fragmentos de medulla n'elle immersos um endurecimento, que permite cortal-os em laminas delgadas, apresentando uma côr pallida, nas zonas pathologicas, e uma coloração mais carregada, nas zonas sãs.

O exame mycros-copico das partes doentes, em uma phase adiantada da evolução tabetica, revela o desaparecimento do envolucro medullar, assim como a não existencia do cylinder-axis das fibras nervosas, constituintes dos cordões posteriores.

Estas partes são substituidas por um trama areolar muito frouxo, encerrando, em suas malhas, uma certa quantidade de

liquido, fibras nervosas intactas e indifferentemente esparsas, e outras fibras ainda em phases diversas de degenerescencia.

Invariavelmente, este tecido apresenta as diversas modalidades hyperplasicas e fibrillares do tecido conjunctivo que une as fibras nervosas; a nevrogia hyperplasiada contem poucas cellulas e poucos nucleos.

A lentidão da alteração morbida, envelhecendo as cellulas, e transformando-as em um tecido fibrillar muito cerrado, creio, explica a diminuição das cellulas e dos nucleos na nevrogia hyperplasiada.

Modificações interessantes apresentam as arteriolas dos cordões posteriores; ha espessamento notavel da adventicia, onde se encontram globulos gordurosos e corpusculos pigmentares. Estes ultimos podem ainda ser vistos nos espaços lymphaticos que cercam os vasos, e até nos mais insignificantes capillares.

Longitudinalmente dirigidas, estas arteriolas apresentam-se sob a fórma de cordões brancos, que destacam-se perfeitamente do fundo cinzento dos cordões degenerados. No trajecto d'estas arteriolas existe grande quantidade de corpusculos amyloides, principalmente nos logares em que o processo sclerosico é pouco adiantado.

Na região dos cordões posteriores existem pontos affectados de preferencia a outros pontos, ou todos estes são comprometidos ao mesmo tempo e indifferentemente?

Habitualmente, o processo degenerativo é mais accentuado na região dorsal inferior e na região lombar superior, onde parece começar; ao passo que a região lombar inferior e a região cervical acham-se illesas, ou menos comprometidas.

Pierret, auxiliado pelos factos clinicos, chegou a limitar exactamente as lesões tabeticas, em um departamento restricto dos cordões posteriores.

Assim, em um caso de *tabes*, limitado symptomaticamente aos membros inferiores, Pierret verificou, na utopsia, que os feixes

posteriores achavam-se comprometidos em toda sua espessura, na região lombar, e, ainda notou, nas partes superiores da medulla, o desaparecimento da lesão da parte externa dos cordões posteriores (zonas radiculares posteriores) e a degenerescencia dos cordões de Goll, se prolongando até o *calamus scriptorius*.

Approximando estes resultados necroscopicos dos phenomenos observados durante a vida, vemos que os symptomas clinicos correspondem-se com a lesão de determinados e limitados departamentos do feixe espinhal posterior.

Os cordões de Goll podem ser lesados em toda sua extensão, sem que exista ataxia e dores fulgurantes.

A conclusão d'estes factos deve ser a seguinte: *a lesão anatomica do tabes limita-se ás zonas radiculares posteriores*, podendo accessoria e secundariamente invadir os cordões de Goll.

A observação de alguns factos clinicos, em que a ataxia se manifestou primitiva e isoladamente nos membros superiores, concorre para firmar e validar esta conclusão, por isso que o exame necroscopico demonstrou a existencia de sclerose *sómente nas zonas radiculares posteriores da região cervico-dorsal da medulla*.

Demais, Ducastel e Pierret observaram casos typicos de *tabes*, em que *só existia a lesão das zonas radiculares posteriores*, e casos de simples lesões degenerativas dos cordões de Goll, em que não existia phenomeno algum de *tabes*.

Em conclusão, pois, *as zonas radiculares posteriores são o ponto de localisação da lesão fundamental do tabes*, evoluindo *in loco*, ou invadindo secundariamente os cordões de Goll.

Em 1876, Pierret, depois de minuciosas pesquisas histologicas, concluiu os seus trabalhos anatomo-pathologicos sobre o *tabes*, considerando os cordões de Goll como simples commissuras, e as zonas radiculares posteriores como verdadeiros prolongamentos das raizes posteriores, dirigindo-se para pontos differentes.

Assim é que, os pares lombares e dorsaes se dirigem, na região dorsal, ás cellulas e columnas de Clark.

Na região cervical, os mesmos centros localizam-se nos corpos restiformes, e por este modo reúnem-se até o núcleo do trigêmeo.

Na opinião de Pierret, Charcot e muitos neuro-pathologistas, a lesão do *tabes* é a inflamação chronica d'este systema sensitivo, que se acha todo elle circumscripto ás zonas radiculares posteriores.

Pierret tem observado, em autopsias de tabeticos, a sclerose das columnas de Clark.

Hayem, nas fórmulas cephalicas do *tabes*, tem observado, muitas vezes, uma lesão analoga á do *tabes* nos corpos restiformes, e ao nível do núcleo de origem do trigêmeo, prolongamento bulbar do systema sensitivo.

Estes ultimos factos foram a base sobre que Pierret fundou uma theoria, que procura explicar a ataxia.

Strümpell e Westphal observaram factos, em que as lesões anatomicas do *tabes*, estudadas em uma phase recente de sua evolução, não limitavam-se precisamente aos pontos traçados por Pierret e Charcot.

Estes novos factos, que vem transformar inteiramente a questão anatomo-pathologica do *tabes*, são dignos de attenção e necessitam pesquisas minuciosas, pois bem diz o professor Raymond, "cela peut tenir à des differences individuelles, dans l'agencement des fibres qui constituent la charpente des cordons posterieurs.

" Le fait intéressant est de voir que, primitivement, la lesion du *tabes* occupe le territoire du cordon postérieur qui est traversé par les filets radiculaires, le territoire par où, d'une part, les filets radiculaires pénètrent dans la corne posterieure, et où, de l'autre, ils se continuent dans les racines postérieures. Indépendamment de ce territoire latéral, désigné par Charcot et Pierret sous les noms de bandelettes externes, la lésion peut occuper de chaque côté de la scissure médiane posterieure une zone qui, en s'étendant, envahit peu à peu les cordons de Goll et finit par fusionner avec les bandelettes latérales. "

• *Raizes nervosas posteriores.*— Quasi sempre as raizes nervosas posteriores soffrem um processo degenerativo, analogo á sclerose dos cordões posteriores; ellas diminuem de volume e são excessivamente atrophiadas.

A sua coloração pardacenta contrasta admiravelmente com a côr branca das raizes anteriores.

As fibras nervosas das raizes posteriores parecem ser a séde de um verdadeiro processo degenerativo; o cylinder-axis das fibras nervosas tem desapparecido em muitas d'ellas, mas a bainha medullar ainda existe e pôde ser observada durante longo tempo.

Quando, em casos excepçionaes, as fibras nervosas resistem ao processo degenerativo, ellas apresentam um diametro consideravelmente reduzido.

Ganglios rachidianos.— Habitualmente, os ganglios rachidianos não apresentam modificação anatomica de especie alguma.

Os proprios ganglios, que correspondem ás raizes degeneradas, só especialmente manifestam modificações em sua estrutura.

Louis e Pierret observaram massas ganglionares, que apresentavam um certo gráo de destruição.

Estes factos são excepçionaes, e merecem novos estudos e novas pesquisas.

Cerebro.— O cerebro raras vezes apresenta modificações. Quasi sempre, a affecção limita a sua esphera de acção á medulla e ao bulbo, onde o compromettimento de certos pares craneanos pôde provocar desordens graves e até a morte. É assim que, em muitos casos, o *tabes dorsalis* termina por paralysisa bulbar. A pia-mater, a materia encephalica são a séde de lesões diffusas, nos casos em que o *tabes* se confundir com a sclerose em placas, com a paralysisa geral, etc.

Lesões diversas.— Os nervos opticos são, em geral, a séde de um processo atrophico analogo á sclerose dos cordões posteriores da medulla.

A lesão dos nervos opticos é uma lesão especialissima, que goza de uma autonomia manifesta, porquanto sua marcha, inteiramente independente de qualquer propagação medullar, processa-se da periphéria para o centro. Os caracteres da lesão da papilla optica e as suas consequencias diagnosticas foram detalhadamente estudados por occasião da symptomatologia.

Althaus (de Londres) tem descripto, no *tabes*, uma nevrite do nervo olfactivo e uma nevrite do nervo auditivo.

A atrophia do oculo-motor externo e a do hypoglosso têm também sido observadas.

Raymond e Arthaud, em casos raros, mostraram a existencia de alterações dos ganglios do grande sympatico, independentes da velhice ou de qualquer molestia diversa.

Dejerine, em recentes observações, chama a attenção sobre certos casos de *tabes*, caracterisados por desordens ataxicas, e nos quaes sómente existia verdadeiras nevrites periphericas, sem comparticipação de qualquer lesão medullar.

Já Trousseau, Duchenne e Gubler tinham observado um ataxico, cujo exame necroscopico revelou completa integridede da medulla e das raizes posteriores, deixando patente a lesão das raizes anteriores dos nervos opticos e do terceiro par do lado esquerdo.

PHYSIOLOGIA PATHOLOGICA

Nous ne possédons encore que des notions fort rudimentaires sur la physiologie pathologique du *tabes*, et ce chapitre de l'histoire de cette maladie comprend des nombreuses et importantes lacunes.

RAYMOND.

A physiologia pathologica do *tabes dorsalis* é cheia de duvidas e inçada de difficuldades, porquanto nos é ainda desconhecida a sua natureza intima.

Desde logo, surge a impossibilidade de uma explicação racional do encadeiamento d'esses symptomas polymorphos do *tabes*, porquanto desconhecemos o movel que actúa em seu apparecimento, que ora manifesta-se pela explosão das perturbações cephalicas, ora pelos symptomas gastricos, ou, finalmente, por meio de outros symptomas diversos.

Demais, não conhecemos absolutamente os laços de união que prendem essas lesões, esparsas em diversos departamentos do systema nervoso, e que correspondem a esses symptomas.

Finalmente, ha ainda duvidas sobre a localisação systematica da lesão tabetica.

Eis, sem duvida alguma, questões importantissimas, e que em muito influem sobre a pathogenia do *tabes dorsalis*.

Seria ultrapassar o nosso fim se procurassemos discutir o mechanismo de producção de todos os symptomas tabeticos, que são em numero excessivamente grande.

Não é esse o nosso fim; o nosso papel é limitado, e apenas consiste em apreciar o mechanismo pathogenico da ataxia motora, importantissimo phenomeno que serviu a Duchenne, na caracterisação e denominação da molestia.

ATAXIA

Theoria cerebellosa.— Duchenne (de Boulogne), procurando explicar a pathogenia da ataxia motora, a fazia correr por conta de uma lesão cerebellosa, porquanto as experiencias de Rolando, sancionadas por alguns factos clinicos, e confirmadas por novas investigações de Flourens e outros physiologistas, tinham attribuido ao cerebello consideravel influencia na coordenação dos movimentos.

N'esta epocha, em que a anatomia pathologica do *tabes* era desconhecida, não admira que Duchenne filiasse a ataxia á uma lesão cerebellosa.

Mais tarde, as autopsias demonstraram a integridade do cerebello no *tabes*, e, então, a ataxia deixou de ser o privilegio das lesões cerebellosas, que podem ser um elemento *bastante* para produzi-la, sem que seja um factor pathologico *fatal*.

Duchenne (de Boulogne), depois de exames necroscopicos de alguns tabeticos, abandonou o seu modo de pensar, e perfeitamente limitou a ataxia cerebellosa, distinguindo-a da ataxia do *tabes*.

Esta theoria não tem mais cotação no mercado scientifico.

Theoria do senso muscular. — Ch. Bell attribuia aos musculos uma propriedade consciente — o *senso muscular*, que nos forneceria uma exacta noção da *força*, da *latitude*, da *intensidade* e da *velocidade* dos movimentos.

Esta propriedade muscular, descripta por Gerdy, sob a denominação de — *sentimento da actividade muscular* — e brillantemente defendida por C. Bernard, Longet, Axenfield, etc., foi o ponto de partida da theoria de Landry, que explica a ataxia motora pelo desaparecimento do senso muscular.

Trousseau, em seu importantissimo artigo *Ataxia*, no dictionario de Jaccoud, combate valentemente contra a existencia d'essa

propriedade muscular, demonstrando que as noções de *força*, *extensão*, etc., não pertencem aos músculos, mas são a expressão de um acto psychico, elaborado no cerebro.

Esta theoria, como vemos, é insustentavel, porquanto basea-se em factos que têm uma existencia litigiosa.

Theoria sensitiva. — A ataxia motora é, segundo Vulpian e Leyden, uma consequencia de perturbações de sensibilidade, ligadas á um processo degenerativo das raizes posteriores.

Factos clinicos e experimentaes têm servido a Vulpian para justificar e sustentar esta theoria. Assim é que, nos animaes, a secção das raizes posteriores dos nervos destinados a um membro pôde provocar phenomenos ataxicos n'esse mesmo membro.

Demais, esta secção produz completa anesthesia d'este membro, compromettendo os tecidos superficiaes e profundos.

Vierordt, Heyd e Rosenthal, produzindo a anesthesia plantar, pelo emprego do chloroformio e do gelo, observaram que a marcha com os olhos fechados era vacillante; e, ainda mais, notaram que a ataxia do tabetico augmentava com o emprego da anesthesia artificial.

Segundo Vulpian, a lesão central, invadindo um certo numero de fibras das raizes posteriores, produz forçosamente anesthesia superficial e profunda, que explica a incoordenação motora, mormente quando compromette a sensibilidade que nos fornece noções da posição das diversas partes de nosso corpo.

A incerteza d'essas noções, diz Vulpian, é *sufficiente* para explicar a ataxia dos movimentos das partes que, nos tabeticos, estão em relação, por meio dos nervos sensitivos, com as regiões da medulla e das raizes posteriores degeneradas.

Engenhosa e seductora, esta theoria não corresponde ás vistas theoricas de seu autor, e não resiste aos factos clinicos, que contra ella se levantam.

É assim que, nem sempre existe relação directa entre a ataxia e a anæsthesia, que pôde faltar em tabeticos realmente ataxicos, ou vice-versa.

Alem disso, a anæsthesia muitas vezes existe limitada só aos membros inferiores, quando os membros superiores são tambem invadidos pela incoordenação motora. Ha ainda observações caracterisadas por insignificantes perturbações de sensibilidade, que formam um verdadeiro contraste com os phenomenos ataxicos manifestos.

Accresce ainda dizer que, as histericas podem apresentar extensas zonas de anæsthesia, e que, apesar disso, não manifestam traço algum de incoordenação motora.

Nos casos clinicos, invocados por Leyden e Vulpian, afim de justificar esta pretensão, os phenomenos anæsthesicos explicam a ataxia, quando o individuo está na obscuridade, ou quando tem os olhos fechados, mas são incapazes de explicar a incoordenação que persiste, se bem que muito attenuada, quando o tabetico conserva os olhos abertos.

Berger derrocou a theoria sensitiva; elle observou, em tabeticos, o reaparecimento da sensibilidade, em uma phase adiantada da molestia, apesar da persistencia dos phenomenos ataxicos, que ainda mais se augmentavam.

Theoria paralytica. — Brown Sequard provou que uma irritação centripeta, tendo seu ponto de partida em um nervo sensitivo, actua sobre as raizes nervosas anteriores, que lhe correspondem, e determina paralytias.

Pierret, estabelecendo um *simile* entre as paralytias transitorias, observadas no *tabes*, e as paralytias reflexas, estabeleceu a theoria paralytica.

Na sua opinião, as paralytias reflexas, devidas á irritação das fibras nervosas sensitivas, são o elemento productora da incoordenação motora.

Os movimentos perdem o seu character de regularidade e

harmonia, quando ha uma paralysis, porquanto, n'este caso, o musculo paretico, antagonista de um musculo são, é incapaz de contrabalançar a acção d'este ultimo, que, então, produz movimentos de extensão anormal, ultrapassando o fim desejado.

Vulpian diz que, no estado actual de nossos conhecimentos, esta theoria não póde ser justamente avaliada.

Theoria das contracturas. — Esta theoria, apresentada por Onimus, é inteiramente opposta á de Pierret. Na sua opinião, a ataxia deve correr por conta das contracturas incontestaveis, no *tabes dorsalis*.

Continuando, Onimus assim se exprime, "on a guère insisté sur ces raideurs chez les ataxiques, mais il est certain pour nous qu'on doit les trouver chez tous ceux qui sont malades depuis quelques temps et qui ont des mouvements incoordonnés; nous les avons toujours observées depuis que notre attention est attirée sur cet point."

É assim que, por occasião da locomoção, os musculos contracturados limitam os movimentos, que, então, se tornam incoordenados, em consequencia do esforço ultra-physiologico despendido pelos musculos antagonistas, afim de neutralisar a resistencia opposta pelas contracturas.

Esta theoria, em absoluto, é incapaz de explicar a ataxia, mas póde, em alguns casos, justificá-la.

Theoria do tonus muscular. — Em 1880, Debove e Boudet, estudando a tonicidade muscular nos ataxicos, observaram perturbações profundas.

Ao lado das massas musculares, apresentando tonicidade normal, Debove e Boudet encontraram, em um mesmo membro, grupos musculares, caracterisados pelo repartimento irregular d'esta propriedade; differenças que foram perfeitamente reconhecidas pelo palpar, pela auscultação e pelo abalo muscular.

Auxiliados pelo myophono, estes experimentadores observaram accentuadas variedades na *tonalidade* muscular, e principalmente variedades do ruído muscular, dependentes das diversas modalidades do tonus.

Escudados n'estas pesquisas, estes autores attribuem a ataxia á desigualdade da tonicidade muscular.

Seria fastidioso e sem interesse prolongar este capitulo onde formigam theorias, que, muitas vezes, não explicam o facto satisfactoriamente, ou que são fundadas em concepções puramente theoricas. N'este caso, acha-se a theoria de Gratiolet, que admite nos cordões posteriores uma distribuição particular de fibras nervosas.

Concluindo, diremos que a ataxia é uma perturbação de coordenação directamente dependente da alteração dos feixes posteriores da medulla.

DIAGNOSTICO

O *tabes dorsalis*, muitas vezes, reveste uma physionomia clinica realmente caracteristica, que, de modo algum, póde ser desconhecida do clinico. Assim, a explosão de descargas dolorosas, seguidas de paralyrias oculares, dyschromatopsia, desordens genito-urinarias, signal de Westphal, conservação da força muscular, perturbações da coordenação motora, etc., etc., são elementos poderosos, e que impõem o diagnostico.

N'estas condições, a molestia trahe-se desde logo; e o diagnostico é inteiramente negativo em resultados therapeuticos, porquanto as lesões nervosas, gravemente accentuadas, progridem em sua marcha destruidora.

O diagnostico é realmente escabroso e fertil em illações therapeuticas uteis, sómente quando a molestia começa a despontar, ou a resumir toda a sua inscripção symptomatologica, nos typos frustros.

Difficil ou mesmo impossivel póde ser então o diagnostico; e d'ahi a necessidade de um minucioso trabalho de differenciação entre o *tabes dorsalis* e as molestias que podem mascarar-o.

PRIMEIRO PERIODO

Perturbações sensitivas.— Pequena difficuldade apresenta, em geral, o diagnostico do *tabes dorsalis*, quando ás fulgurações dolorosas vem se juntar perturbações cephalicas, representadas pelo strabismo, diplopia, dyschromatopsia, circumscripção do horisonte visual, coincidindo com a existencia de perturbações genitales, e de crises gastricas.

A existencia isolada das dores fulgurantes durante longo tempo póde causar serias difficuldades ao diagnostico pela possibilidade de confusão entre estas dores e as dores rheumaticas e nevralgicas.

Demais, muitas molestias nervosas podem apresentar, em sua symptomatologia, as fulgurações dolorosas, á titulo de epiphenomeno.

Dores rheumaticas.— Os mais insignificantes desvios da columna barometrica, as mais ligeiras oscillações hygrometricas ou thermometricas do ar athmospherico exercem extraordinaria influencia sobre as dores rheumaticas, assim como se fazem sentir sobre as fulgurações dolorosas do *tabes*.

Demais, tanto as fulgurações tabeticas como as dores rheumaticas ostentam caprichosa mobilidade em sua localisação.

O erro é, pois, evitado, invocando os seguintes caracteres proprios das dores fulgurantes: explosão inesperada, duração ephemera e desaparecimento repentino; accessos longamente distantes, e formados, cada um, por uma serie de fulgurações dolorosas, separadas por insignificantes intervallos; exacerbações nocturnas; completa remissão durante os intervallos dos accessos (menos as dores constrictivas); erupções cutaneas, indicando a direcção tomada pela faísca dolorosa.

Dores nevralgicas.— A differenciação das dores fulgurantes e das dores nevralgicas apresenta certas difficuldades. Assim, na nevralgia facial, as dores, assim como as do *tabes*, revestem excessiva violencia; são paraxisticas e constituem verdadeiros accessos, compostos cada um de uma serie de abalos dolorosos, que succedem-se de momento á momento, com a repentinidade do raio. O apparecimento de certas perturbações trophicas (herpes, zona, etc.) póde ser resultante de uma verdadeira fulguração tabetica, ou a consequencia de uma simples nevralgia.

N'estas condições, ha possibilidade de confusão, se não tivermos sempre em vista que: a dor nevralgica acompanha sempre um ramusculo nervoso, aggrava-se pela pressão, persiste vagamente, durante os intervallos dos accessos, e, demais, apresenta os chamados *pontos dolorosos de Valleix*.

Muitas vezes, as dores fulgurantes podem fazer parte do cortejo symptomatologico de affecções muito diversas do *tabes dorsalis*. Assim, a sclerose em placas disseminadas póde conter, em sua evolução morbida, varios symptomas tabeticos, e especialmente as fulgurações dolorosas; mas, n'estes casos ha, alem d'estes epiphenomenos, symptomas proprios da sclerose em placas, taes como: perturbações psychicas, tremor, nystagmus, etc., que levantarão toda a duvida.

As fulgurações dolorosas podem tambem ser observadas na paralyisia geral progressiva, mas aqui toda a duvida desaparece,

por isso que phenomenos psychicos importantes entram em scena desde o começo.

O alcoolismo chronico, a myelite parcial e o mal de Pott podem apresentar em sua evolução as dores fulgurantes, que facilmente se distinguirão das fulgurações tabeticas, se tivermos em linha de conta a pre-existencia e concumitancia de outros symptomas, que não são proprios do *tabes dorsalis*.

Amaurose tabetica.— Muitas vezes, as perturbações oculares entram precocemente em scena, formando por si sós, durante longo tempo, o unico substractum symptomatico do *tabes dorsalis*. Geralmente, estes symptomas oculares tabeticos passam despercebidos, ou quando conhecidos, são falsamente interpretados pelo clinico, que, desorientado, emprega uma therapeutica prejudicial, ou banal. Já fizemos, por occasião da symptomalogia, um estudo detalhado da amaurose tabetica, indicando as importantes conclusões dignosticas, fornecidas pela induração cinzenta progressiva da papilla, e, actualmente, só nos resta pôr em relevo os caracteres clinicos, que servem para differencal-a da nevrite optica ligada aos tumores cerebraes, ou consecutiva ás meningites da base. Só a clinica póde nos fornecer dados precisos para differencar a amaurose tabetica da cegueira proveniente de uma neuro-retinite, *descendente* ou por *estrangulamento*, porquanto, em ambos os casos, a cegueira póde ser seguida de fulgurações dolorosas para os membros, cephalalgias occipital ou frontal, etc.

O diagnostico differencial se estabelecerá pelo confronto dos signaes caracteristicos de cada uma d'estas affecções. Eil-os :

Atrophia progressiva da papilla

(AMAUROSE TABETICA)

A papilla não apresenta mudança alguma, quer em sua forma, quer em suas dimensões ; tem contornos claros e bem delineados.

Nevrite optica

A papilla apresenta contornos frangidos, irregulares e mal limitados.

Não ha alteração vascular de especie alguma; mas os vasos, em consequencia da não transparencia da papilla, só podem ser vistos até certa profundidade.

Os vasos são tortuosos, sinuosos, principalmente as veias, que parecem interrompidas e cortadas em certos pontos.

Limitação concentrica e unilateral do campo visual.

Não ha limitação concentrica e unilateral do campo visual.

Contração mais ou menos accentuada das pupillas (myosis).

Ha dilatação das pupillas; ha verdadeira mydriase.

Achromatopsia especial, caracterisando-se pela perda da noção das cores *verde* e *vermelha*, com accentuada persistencia do *amarello* e *azul*.

Não ha achromatopsia de especie alguma.

As perturbações visuaes têm um começo mono-ocular mais ou menos demorado.

Começo bi-ocular; é rapidamente invasor.

Estas perturbações invadem lenta, gradual e progressivamente.

Invasão instantanea e evolução rapida.

A papilla apresenta uma depressão central, cupuliforme; é descorada e nacarada.

A papilla, enormemente entumecida, parece alargada.

Sclerose em placas disseminadas.— A atrophia dos nervos opticos póde, em alguns casos de sclerose em placas, ser observada, caracterisando-se, então, pela conservação relativa da agudeza visual, *com persistencia da percepção das cores*. Este ultimo signal é de importancia capital, porquanto um ataxico, podendo ainda ler pequenos typos typographicos, é incapaz de reconhecer a *côr verde*, ao passo que o doente, portador de uma sclerose em placas bastante antiga, onde a agudeza visual é muito reduzida, conserva ainda intacta a percepção das cores. Demais, o aspecto papillar da sclerose em placas contrasta perfeitamente com o aspecto da papilla tabetica.

Os *embulos* da arteria central da retina podem, á primeira vista, simular os caracteres opthalmoscopicos da papilla tabetica,

mas todas as duvidas se dissiparão, se considerarmos o apparecimento brusco d'estes phenomenos, coincidindo com a hemiplegia, e signaes cardiopathicos bem verificados.

Perturbações auditivas.— O *tabes* póde começar pelo nervo auditivo como pelo nervo optico; e no prognostico de uma *vertigem de Ménière*, um logar deve ser reservado para a evolução do *tabes dorsalis*. Este syndroma clinico, apparecendo isoladamente em scena, não tem valor algum diagnostico; mas adquire grande importancia, quando rodeia-se de dores rapidas, disseminadas e fugitivas, coincidindo com a existencia de placas anesthesicas, paralyrias oculares, perturbações genito-urinarias. Pierret e Fournier insistem sobre o valor d'estas perturbações auditivas, que podem, muitas vezes, constituir o substractum symptomatico do *tabes*, durante longo tempo. Althaus (de Londres) tambem insiste sobre o valor prognostico de uma *vertigem de Ménière*.

Perturbações gastricas.— As perturbações gastricas constituem, muitas vezes, o phenomeno unico e exclusivo da symptomatologia do *tabes*, durante longo tempo.

Estas crises gastricas ou gastralgicas, podem ser desconhecidas em sua natureza intima, porquanto symptomas gastricos, analogos á estes, são frequentemente observados em affecções diversas do estomago, da medulla, do cerebello e do cerebro.

Affecções do estomago.— As affecções do estomago podem, algumas vezes, apresentar, em sua phenomenologia symptomatica, gastralgias, seguidas ou não de vomitos, simulando as verdadeiras crises gastralgicas do *tabes dorsalis*. Mas, quasi sempre, phenomenos symptomaticos especiaes vem auxiliar o conhecimento da molestia.

Assim, a ulcera do estomago póde provocar gastralgias e vomitos, que, á primeira vista, poderão fazer acreditar na existencia de crises gastricas tabeticas; mas, em condições assim

duvidosas, devemos lembrar que, na ulcera do estomago, a dôr, provocada pela ingestão dos alimentos, apparece logo depois das refeições; e que, n'esta affecção, não ha frequencia dos vomitos, que cessam quasi sempre depois da evacuação do estomago.

Caracteres diversissimos presidem ás manifestações gastricas do *tabes dorsalis*, as quaes invadem subita e insidiosamente; resistem rebeldemente aos mais energicos meios therapeuticos; persistem habitualmente, como as crises fulgurantes, quasi sem remissão, durante alguns dias, sendo para admirar que haja perfeito funcionamento do estomago, no intervallo das crises.

Affecções medullares.— Algumas amyotrophias podem apresentar, em o numero de seus symptomas, vomitos rebeldes, que difficultarão o diagnostico, disvirtuando-o. É assim que a paralyisia espinhal do adulto pôde conter, em sua symptomatologia, vomitos rebeldes, que, então, podem ser considerados como a verdadeira expressão de um *tabes* frustrado, se não pozermos em linha de conta a febre inicial, a integridade da sensibilidade, e a existencia precoce de phenomenos paralyticos, ligados ao processo myopathico.

Affecções cerebellosas.— Habitualmente, as affecções cerebellosas contém, em sua numeração symptomatica, vomitos, dotados de caracteres especiaes, que perfeitamente os distinguem das crises gastricas do *tabes*. O vomito, quando elle é a expressão de lesões cerebellosas, produz-se sem esforço algum; não é precedido de nauseas, e cessa, desde que o doente deita-se. Em geral, as vertigens e as oscillações coincidem precocemente com o apparecimento dos vomitos, devidos ás affecções do cerebello, que mui raras vezes são precedidas ou acompanhadas de fulgurações dolorosas para os membros.

Affecções cerebraes.— Os vomitos, ligados a lesões cerebraes, acompanham-se de perturbações intellectuaes importantissimas,

e de paralyrias precoces, que facilmente differenciarão estes vomitos dos vomitos symptomaticos do *tabes*.

Crises nephreticas.— No periodo invasor da ataxia locomotora progressiva, quando as fulgurações dolorosas, quasi que exclusivamente, dominam a scena morbida, verdadeiras crises nephreticas pódem simular a existencia de uma *colica nephretica*.

Muitas vezes, o infeliz doente é, repentinamente, victima de dores violentissimas, pungitivas, lancinantes ou constrictivas, na região lombar, d'ahi irradiando-se para a bexiga, a urethra, e o testiculo que violentamente se retrahê. Então, o desgraçado paciente, martyrisado por tão cruciantes dores, agita-se e debate-se, tomando attitudes exquesitas e impossiveis de descrever, para minorar os seus terriveis padecimentos; seu rosto é pallido e desfeito; seu pulso é lento e miseravel; suas extremidades são frias; as nauseas, vomitos, perturbações de innervação geral e convulsões pódem sobrevir, se o accesso tocar a seu auge.

O diagnostico é aqui bem difficil, como vemos, mas póde em rigor ser estabelecido, depois de minucioso exame das urinas.

Os tabeticos apresentam as suas urinas normaes, ao passo que os individuos, victimas da colica renal, emittem urinas, contendo crystaes de acido urico, saes em abundancia, globulos sanguineos, ou, ainda, coagulos hemorrhagicos.

Crises hepatalgicas.— O *tabes dorsalis* póde, muitas vezes, manifestar-se, revestindo os caracteres de uma verdadeira *lithiase biliar*, mas aqui existem, alem de phenomenos hepatalgicos dolorosissimos, a ictericia, o descoramento das materias fécaes, etc., que levantam todas as duvidas.

Arthropathias dos ataxicos.— As arthropathias tabeticas, apesar de possuirem caracteres anatomicos que intimamente as unem ao typo classico da artrite secca, não pódem ser confundidas com esta, por isso que têm caracteres symptomatalogicos originalissimos,

que contrastam admiravelmente com os signaes estudados na artrite secca. O professor Charcot, na pag. 64 de seu 2º vol., de molestias do systema nervoso, apresenta os seguintes caracteres differenciaes da arthropathia tabetica e da artrite secca :

Arthropathia tabetica

Os seus primeiros symptomas apparecem repentina e inesperadamente.

E', muitas vezes, mono-articular ; não pôde ser attribuida aos traumatismos ou a uma fractura intra-articular.

Pôde em sua evolução estacionar ou ainda curar-se, quando fôr pequena a desorganisação articular.

As suas localisações fazem-se de preferencia para as articulações do joelho, da espadua, e para a coxo-femoral, em terceiro logar.

Aqui a luxação é frequentissima.

Em geral, o derramamento intra-articular augmenta de modo constante.

Esse derramamento pôde assumir proporções extraordinarias, ultrapassando os limites articulares.

Artrite secca

Os primeiros symptomas apparecem, e aggravam-se lenta e gradualmente.

Muitas vezes a fôrma mono-articular depende de lesões traumaticas ou de uma fractura intra-articular.

Tem sua marcha fatalmente progressiva ; não retrocede em seu processo desorganisador.

A articulação mais vezes affectada é a coxo-femoral ; a scapulo-humeral apparece em terceiro ou quarto logar, relativamente a sua frequencia.

Rarissimas vezes a luxação é observada.

O liquido intra-articular augmenta raramente.

Os grandes derramamentos são excepcionalmente observados.

Gotta rheumatica.— A arthropathia tabetica não pôde ser confundida com a gotta rheumatica, desde que tivermos em consideração os seguintes signaes differenciaes :

Arthropathia tabetica

Entumescimento brusco em uma articulação.

Gotta rheumatica

O entumescimento articular faz-se lentamente.

• Grande derramamento de synovia.

E' insignificante o derramamento.

As articulações preferidas são as do joelho, a scapulo-humeral.

As articulações preferidas são as dos dedos, dos artelhos e das coxas.

Signal de Westphal.

Persistencia do phenomeno do joelho.

SEGUNDO PERIODO

O diagnostico do *tabes dorsalis* é facil e impõe-se, á primeira vista, quando, ao redor da ataxia, vem se grupar symptomas tabeticos multiplos, enriquecendo e esclarecendo a situação morbida.

Esta nitidez e riqueza do colorido symptomatico, muitas vezes, falham; as desordens de coordenação motora podem ser minimas, e incapazes de aclarar o diagnostico, que, então, apresenta probabilidades de confundir-se com o de varias desordens motoras, devidas á meningo-encephalite diffusa, ás diversas especies de tremores, á anesthesia muscular, ás affecções cerebellosas, etc., etc.

Meningo encephalite diffusa. — A paralyisia geral dos alienados póde, em muitos casos, ser confundida com a ataxia locomotora progressiva, mormente quando estes paralyticos, ainda não soffrendo perturbações cerebraes bem accentuadas, apresentarem desordens de coordenação motora, analogas ás dos tabeticos, e como estas influenciadas favoravelmente pelo emprego da hygie

N'estas circumstancias, o diagnostico vacilla, mas ainda pode ser feito, se tivermos em consideração o elemento causal da incoordenação motora, que, na paralyisia, é devido á ausencia

de uma coordenação intelligente, cerebral, com persistencia do automatismo medullar.

Em tal caso, a percepção, elemento necessario e *sine qua non* de todo acto voluntario, não é perfeitamente elaborada pelo cerebro; e, então, á estes actos faltam os caracteres intencionaes determinados, a *coordenação* e *harmonia*; donde a urgente necessidade da vista, que n'este doente, regularisará os movimentos.

Em phase mais adiantada a meningo-encephalite diffusa francamente se accentua, ostentando symptomas característicos, que admiravelmente contrastam com os da ataxia. Assim:

1º — Na paralyisia geral, as perturbações psychicas são communs — delirio de grandezas, delirio hypocondriaco, etc., — ao passo que, na ataxia tabetica, as funcções intellectuaes permanecem integras.

2º — Frequentemente, na paralyisia geral, existe um tremor pouco accentuado, intermittente, affectando os membros inferiores, os musculos da mandibula e produzindo particular embaraço da palavra, etc. Na ataxia, ha ausencia do tremor, e falta o embaraço da palavra.

3º — As desordens sensitivas, na paralyisia geral, são rarisimas, sendo, pelo contrario, muito frequentes, na ataxia tabetica.

4º — As perturbações visuaes são pouco frequentes, na paralyisia geral, mas são frequentissimas no *tabes*.

5º — Finalmente, existe, na paralyisia geral, ataxia de origem cerebral, se localisando simultaneamente nos membros superiores e nos membros inferiores; ao passo que, no *tabes*, existe ataxia de origem medullar, que, quasi sempre, começa pelos membros inferiores.

Lesões cerebellosas. — Em tempos remotos, quando a anatomia pathologica do *tabes* era ainda uma incognita, Duchenne (de Boulogne), enthiasmado pelos estudos de Flourens, procurou explicar a ataxia tabetica, filiando-a a uma lesão cerebellosa,

que, jámais encontrada nos exames necroscopicos, foi afinal abandonada.

Actualmente, as perturbações da coordenação motora, no *tabes*, não podem ser confundidas com a incoordenação, devida ás affecções cerebellosas.

Nas affecções cerebellosas, a perturbação locomotora caracteriza-se especialmente por um estado vertiginoso, que muito se approxima da marcha do ebrio. Demais, como judiciosamente faz lembrar Jaccoud "os diversos movimentos necesarios para a realisação da locomoção permanecem intactos, a dissociação da harmonia pre-estabelecida entre os diversos grupos musculares falta, as contracções involuntarias nas partes que se movem tambem faltam," e este conjuncto de caracteres differencia claramente a titubeação cerebellosa da ataxia symptomatica das lesões do *tabes dorsalis*. Finalmente, as lesões do cerebello distinguem-se pelos symptomas seguintes:

Dores occipitales rebeldes, vomitos, paralyrias de fórma hemiplegica, convulsões epileptiformes, etc., phenomenos estranhos ao *tabes dorsalis*, onde são habituaes as perturbações de sensibilidade, que deixam de fazer parte da phenomenologia symptomatica das affecções cerebellosas.

Choréa.— A choréa apresenta, em sua symptomatologia, desordens motoras que, algumas vezes, podem ser confundidas com a ataxia tabetica, mormente havendo perturbações de sensibilidade.

Tanto em um caso como em outro, as perturbações da motilidade se exageram, por occasião dos movimentos voluntarios; mas os movimentos choréicos não soffrem modificação alguma na obscuridade, ao passo que os movimentos ataxicos crescem extraordinariamente.

Demais, ha, na choréa, movimentos irregulares de flexão, de extensão dos dedos, de abducção, de adducção da mão ou do pé, havendo, na ataxia, a decomposição da incordenação, em uma serie de movimentos de direcções indeterminadas, que fogem em

zig-zags mais ou menos extensos da linha recta que o membro deveria acompanhar, afim de effectuar um movimento util e determinado.

Exemplifiquemos:

Assim, quando dá-se ordem a um tabetico, victima da ataxia nos membros superiores, para agarrar um objecto com a mão, vemol-o approximar a mão d'esse objecto, abrindo-a desmesuradamente para, depois de alguns esforços, tomal-o violenta e bruscamente.

O choréico procede diversamente, para alcançar o mesmo fim; este approxima lenta e docemente a sua mão do objecto; elle quer apprehendel-o, mas, quando vai fazel-o, um movimento involuntario intervém, impedindo o movimento intencional; elle de novo começa as suas tentativas, que, apezar de sua boa vontade, podem ser infructíferas.

Estes caracteres differenciaes, creio, são sufficientes para guiar o diagnostico.

Hysteria.— As manifestações hystericas podem se caracterisar pelo apparecimento de perturbações da motilidade, que, á primeira vista, podem ser confundidas com a ataxia tabetica; por isso que existe, em ambas as affecções, perfeita integridade da força muscular, desapparecendo a ataxia, desde que o doente deitar-se.

Um exame minucioso estabelecerá, com certeza, o diagnostico differencial. Assim, a falta de fulgurações dolorosas, a volubidade caprichosa dos symptomas, a exaltação da imaginação, a hyperesthesia ovariana, mastodynia, vaginismo, etc, etc, são elementos sufficientes para julgar da existencia da hysteria.

Caimbra dos escrivães.— As desordens da motilidade, que se manifestam nas mãos dos tabeticos, quando ha hemi-ataxia, podem se confundir com a *impotencia funcional*, denominada *caimbra dos escrivães*.

Mas, n'este caso, a contractura circumscreve-se unicamente a um musculo ou a um pequeno grupo muscular, se produzindo todas as vezes em que o individuo procura escrever.

Se isto assim se dá na caimbra dos escrivães, o mesmo não succede aos phenomenos hemi-ataxicos, que manifestam-se sob a acção de qualquer tentativa de movimento.

N'aquella, a mão só é impossibilitada para escrever, mas, n'esta outra, ella torna-se incapaz de executar qualquer movimento que exija harmonia e regularidade.

Sclerose em placas.— O *tremor* da sclerose em placas, por occasião dos movimentos voluntarios, póde confundir-se com a incoordenação motora do *tabes*, principalmente quando os membros superiores estiverem compromettidos.

Toda attenção é necessaria para differençar este *tremor* da ataxia-tabetica, porquanto o tremor e a incoordenação tabetica se produzem nas mesmas condições, quando um doente deseja executar um movimento.

No ataxico não ha, realmente fallando, *tremor*, abalos rythmicos; mas existe movimentos bruscos, mais ou menos indeterminados e extensos. Alem d'isso, a oclusão dos olhos não exerce influencia alguma sobre o tremor da sclerose multilocular, ao passo que augmenta extraordinariamente os movimentos ataxicos.

Paralysis agitante.— A ataxia tabetica distingue-se perfeitamente do *tremor* da paralysis agitante.

A paralysis agitante caracteriza-se essencialmente pelo *tremor*, *rythmico*, *cadenciado*, *continuo*, desapparecendo durante o somno, mas continuando durante o estado de vigilia, qualquer que seja a attitude guardada pelo doente. No *tabes dorsalis*, a ataxia desapparece, desde que o doente senta-se ou deita-se. Demais, os seguintes caracteres, peculiares á paralysis agitante, servirão ainda para esclarecer o diagnostico; são os

seguintes: *diminuição da força muscular, ausencia de fulgurações dolorosas, e a normalidade ou exagero dos reflexos tendinosos.*

Anesthesia muscular.— A paralyia da sensibilidade muscular determina perturbações da motilidade, que augmentam na obscuridade, podendo, com o auxilio dos olhos, ser perfeitamente corrigidas.

Alguns autores, desejosos de explicar a ataxia, invocaram em seu auxilio a anesthesia muscular e cutanea, firmando-se mais em raciocinios theoricos do que em factos clinicos.

Estas duas molestias foram injustamente confundidas, pois têm caracteres bem differentes entre si :

1º No *tabes dorsalis*, a incoordenação não é dependente da perda de sensibilidade, ao passo que, na *anesthesia*, a incoordenação marcha *pari-passu* com a perda da sensibilidade.

2º No *tabes*, a ataxia intensa póde coincidir com insignificantes desordens de sensibilidade, ou mesmo com a ausencia completa de phenomenos anesthesicos. Pelo contrario, na paralyia de sensibilidade muscular, a incoordenação motora é sempre seguida de anesthesia cutanea ou muscular.

3º A vista e a concentração da attenção podem, durante a marcha, corrigir até certo ponto a incoordenação, que não desaparece totalmente. Na paralyia da sensibilidade muscular, a vista e a attenção neutralizam toda incoordenação motora. A anesthesia muscular e o *tabes* podem evoluir juntamente, sendo, então, difficillima a differenciação, que depende de um exame detalhado dos symptomas.

Alcoolismo chronico. Mercurialismo.— As desordens motoras produzidas pela intoxicação alcoolica, e pelo envenenamento mercurial, facilmente se distinguirão das desordens ataxicas do *tabes*, se tivermos em consideração os antecedentes do doente, e as condições de seus diversos aparelhos organicos.

• *Myelites chronicas.*— Cunfundido, durante muito tempo, no grupo das paralyrias, devidas ás diversas myelites chronicas, o *tabes dorsalis* perfeitamente se differencia d'estas ultimas pela ataxia pathognomonica, e pela conservação da força muscular patentemente verificada pelo dynamometro.

Nevrites.— A distincção entre o *tabes dorsalis* e a nevrite multipla é algumas vezes difficil.

Ha, todavia, caracteres bastante constantes em uma e outra molestia, para que por elles possamos formular o nosso diagnostico. Se é verdade que a maior parte dos symptomas do *tabes dorsalis* póde ser encontrada nas nevrites, (dores fulgurantes, ataxia, perturbações oculares, perturbações da sensibilidade, etc.), não é menos verdade que a evolução do processo morbido, bem como o grupamento symptomatico, differem em muitos pontos, em um e outro caso.

No *tabes dorsalis* a paralyria não existe nos dous primeiros periodos da molestia, e a ataxia parece ser a consequencia da perda da sensibilidade.

Isso não se dá na nevrite, em que os phenomenos paralyticos abrem quasi sempre a scena morbida, e acompanham-se quasi immediatamente de amyotrophia, symptoma que, segundo Grasset, é, na sclerose dos cordões posteriores, o resultado de uma complicação: propagação do processo morbido ás pontas anteriores.

Alem disso, segundo perfeitamente mostrou Brissaud, a ataxia que se observa na poly-nevrite não é uma verdadeira ataxia; e n'esse particular aquella molestia aparta-se inteiramente do *tabes dorsalis*.

A ataxia da poly-nevrite é apparente e não real: é o resultado de movimentos combinados que executa o doente para supprir a impotencia de certos musculos paralyzados; é uma ataxia falsa, porquanto é a consequencia de movimentos perfeitamente subordinados á vontade do doente, que poderia deixar de

executal-os. Se a estes factos accrescentarmos que, na nevrite, as perturbações trophicas para o lado dos ossos e articulações não existem; que os phenomenos que se passam para o lado da bexiga, recto, e órgãos genitales são raros; que a molestia affecta de preferencia certos musculos mais profundamente — os extensores e aductores quasi constantemente — e que as perturbações oculares, quando existem não revestem-se dos caracteres que apresentam as do *tabes* — teremos salientado as differenças que existem entre os dous processos morbidos de que fallamos. Demais, o signal de Romberg falha na poly-nevrite; e é quasi constante no *tabes*.

TERCEIRO PERIODO

N'este ultimo periodo, o diagnostico não apresenta difficuldades, porquanto um exame retrospectivo da vida do doente não deixará duvidas, nem tão pouco vacillações no espirito do clinico, que infelizmente será incapaz de fazer retroceder ou paralyzar a evolução do *tabes*.

Aqui o diagnostico é facil, mas a therapeutica é negativa.

Marcha — Duração — Terminação

Molestia essencialmente chronica, o *tabes dorsalis* caracteriza-se pela sua invasão insidiosa, e pelo seu começo variavel.

As suas primeiras manifestações podem evoluir durante longo tempo, sem que o doente suspeite a sua natureza intima, que tambem póde passar despercebida do clinico.

Tres periodos têm sido distinguidos e estudados na sua evolução morbida. São os seguintes:

1º Período ou período pre-ataxico ;— 2º período ou ataxico ;
— 3º período ou período paralytico.

Esta divisão é difficillima de justificar-se, quando clinicamente estudamos a molestia.

Se os primeiros symptomas reveladores do *tabes dorsalis* são insidiosos, também o são as primeiras manifestações da ataxia.

Do mesmo modo, não ha transição brusca do período ataxico para o período paralytico.

Período invasor ou pre-ataxico.— Na symptomatologia temos estudado os principaes phenomenos morbidos, pertencentes a esta phase da molestia.

Agora, lembraremos sómente que as manifestações dolorosas, e as perturbações oculares abrem geralmente a scena, podendo evoluir isolada e precocemente, durante longo tempo.

Quasi sempre, quando a attenção do clinico é despertada pela existencia das manifestações dolorosas, e das perturbações oculares, elle reconhece o grupamento de outros symptomas d'este período invasor; taes como: o signal de Westphal, que quasi sempre existe; placas anesthesicas e hyperesthesicas; o retardamento na percepção sensitiva; perturbações genito-urina-rias, etc.

Além disso, estes symptomas de começo podem se associar, constituindo fórmulas frustas do *tabes dorsalis*.

Período ataxico.— Ligeiras perturbações da coordenação motora preludiam o apparecimento da *ataxia*, symptoma que caracteriza a molestia.

No começo, a ataxia manifesta-se só por occasião de movimento delicados. A principio limitada á um grupo de musculos, a ataxia invade successivamente os membros, dificultando o exercicio normal das funcções de relação.

Muitas vezes, a ataxia progride, reduzindo o doente a um verdadeiro estado de impotencia, que agrava-se ainda mais pela cegueira.

Periodo paralytico.— N'este periodo, não ha verdadeiras paralycias, mas existe incapacidade de perfeito funcionamento muscular.

O desgraçado tabetico guarda o leito de dôr; não porque lhe falte força muscular, mas por causa da patente incoordenação, que lhe tolhe os passos, ameaçando-o de queda imminente.

Em geral, os tabeticos morrem antes que a molestia tenha chegado á esta phase, em consequencia de complicações bulbares, cardiacas, etc.

Finalmente, o *tabes* póde complicar-se com a paralyisia geral, que vem mascarar o diagnostico.

Duração.— A duração do *tabes* é impossivel de limitar-se. O periodo pre-ataxico, em seu cyclo, póde prolongar-se por muitos annos, ou ainda indefinidamente.

Terminação.— A terminação, em geral, é fatal, podendo todavia terminar favoravelmente.

TRATAMENTO

Todos os tabeticos estão irremediavelmente condemnados á morte.

Tal é a sentença sinistra, proferida pelo Sr. Romberg, que, victima de prolongados insuccessos, deixou-se dominar pelo

scepticismo therapeutico, esquecendo os escolhos que opiniões tão *extremadas* quasi sempre acarretam.

No estado actual da sciencia, a fatal sentença de Romberg não pôde ser dictada em termos tão absolutos, porquanto a *therapeutica*, influxionada pelos factores etiologicos e pelos dados diagnosticos, tem alcançado verdadeiros triumphos, quando o *tabes* evolue ainda no periodo invasor.

N'este periodo, o *tabes* é *curavel*, mas, quando o processo morbido tem attingido uma phase evolutiva mais adiantada, a sua cura é, na grande maioria dos casos, impossivel, ou ainda excepcional.

Quando o *tabes dorsalis* tem ultrapassado o seu primeiro periodo, o clinico apenas consegue, empregando meios energicos e racionais, paralyzar o processo morbido em seu caminhar devastador, prolongando a vida do paciente.

Os meios therapeuticos, empregados e aconselhados contra esta molestia, são em numero extraordinario; não os mencionaremos todos, mas só aquelles que justificam os maiores successos.

Iodicos e mercuriaes.— Os iodicos e mercuriaes têm plena indicação no tratamento do *tabes dorsalis*, por isso que já fizemos vêr que a syphilis, em 91 casos sobre 100, é um factor etiologico incontestavel.

Manifestação importantissima da infecção syphilitica, o *tabes* exige, em seu tratamento, a administração racional e energica dos iodicos e mercuriaes, dados sob certas e determinadas condições.

Estas condições são as seguintes :

1.^a A indicação dos iodicos e mercuriaes deve ser immediatamente satisfeita, desde que seja conhecida ou suspeitada a molestia, porque, em phase mais adiantada, o processo sclerosico comprometterá o funcionamento organico, nullificando os resultados da medicação especifica, que, na phase incipiente, produzirá optimos resultados.

2.^a O emprego dos iodicos e mercuriaes deve ser energico e violento ; isto é, a molestia deve ser violentamente combatida, pela administração de doses massiças desses preparados.

Fournier diz que a actividade dos mercuriaes e iodicos é manifesta, quando estes são administrados nas seguintes doses :

Sublimado corrosivo, 3, 4, 5 centigrammas, por dia ; ou ainda fricções quotidianas com 8, 12, 15, 20 grammas de pomada mercurial.

Iodureto de potassio 4, 8 grammas, por dia.

3.^a Esta medicação especifica, persistente e prolongada, deve ser empregada alternadamente, isto é, a administração dos mercuriaes se fará durante um determinado tempo, seguindo-se a esta o emprego dos iodicos, que durará um tempo mais ou menos igual, e *vice-versa*.

Este modo de administração apresenta grandes vantagens, na pratica, onde é quotidianamente empregado.

Em casos de *tabes* claramente isentos da influencia syphilitica, o emprego do mercurio e do iodureto de potassio acha plena justificativa, por isso que esses agentes medicamentosos facilitam a reabsorpção dos exsudatos inflammatorios, e actuam favoravelmente contra a meningite chronica, que habitualmente segue a sclerose das zonas radiculares posteriores.

Não necessitamos lembrar que, em muitos casos, o *tabes* evolue fatalmente, apesar do emprego de doses colossaes e prolongadas de iodureto de potassio.

Revulsivos.— Abandonados e até riscados da therapeutica do *tabes dorsalis* por Leyden, Romberg, Jaccoud, etc., os revulsivos têm produzido, nas mãos de outros clinicos, admiraveis resultados, que defendem e justificam o seu emprego.

Os revulsivos hoje mais empregados são as diversas especies de cauterio actual.

Hammond (de New-York), apologista do emprego dos revulsivos, applicou o cauterio actual em 11 tabeticos, alcançando

em tres d'estes, o completo desapparecimento das fulgurações dolorosas, e das dores em cinta.

Este mesmo clinico refere um caso de *tabes*, caracterisado por violentissimas dores fulgurantes, cessando completamente algumas horas depois da primeira cauterisação.

O thermo-cauterio de Pacquelin é aquelle que é constantemente empregado para esse fim.

Na clinica hospitalar, os doentes facilmente se sujeitam ao emprego da revulsão pelo cauterio actual; ao passo que, na clinica civil, reagem obstinadamente contra o emprego d'este cauterio.

O illustre mestre, o Exm. barão de Torres Homem, desajando affastar estes inconvenientes, faz uso de um cauterio especial, composto de gomma, nitro, e carvão, sob a fôrma de pequenos cylindros de côr preta.

Estes pequenos cylindros, que comburem lenta e indefinidamente ao contacto de uma chamma, podem ser collocados em qualquer ponto desejado.

Na enfermaria d'este illustrado mestre, tivemos occasião de observar os magnificos resultados, alcançados pela cauterisação contuada, ao longo do rachis, associada a doses altas e progressivas de iodureto de potassio, em um tabetico, que conseguiu deixar essa enfermaria, em condições bem lisongeiras.

Electrotherapia.—Empregada sob fôrma de correntes galvanicas e faradicas, a electricidade tem sido aconselhada, no tratamento do *tabes dorsalis*.

Romberg, pondo á margem todos os agentes therapeuticos, indicados contra o *tabes*, preconisava a electricidade.

Posteriormente, os trabalhos de Remack, Erb, Leyden, Meyer, etc., vieram augmentar e acreditar o emprego da electricidade, no tratamento d'esta molestia.

Este methodo de tratamento póde, no dizer dos electrotherapeutas, influenciar favoravelmente a evolução do *tabes*,

provocando melhoras francas, ou, ainda, produzindo a cura radical, quando a molestia data de pouco tempo.

Erb diz ter, em alguns casos, obtido completo successo, pelo emprego exclusivo da electricidade.

Apezar do muito respeito que tributamos ao eminente clinico, collocaremos de quarentena estes factos, porquanto o illustre professor parece propositalmente ignorar que o *tabes* tem uma evolução traço-eira, que póde estacionar por algum tempo, para recommençar logo depois.

Contra-indicada nas fórmas hyperesthesicas e irritativas do *tabes dorsalis*, a electricidade acha inteira justificação para o seu emprego, nas fórmas anesthesicas e torpidas.

É indifferente a direcção das correntes electricas, que geralmente, devem ter pouca intensidade.

Para a galvanisação da columna vertebral, toma-se um dos pólos da pilha, o qual fixa-se na região lombar, percorrendo com o outro pólo, de cima para baixo, o rachis em toda a sua extensão.

No fim de alguns segundos, fixado o pólo superior na região cervical, seguiremos com o pólo inferior toda a extensão do rachis de baixo para cima.

Estas sessões devem ser curtas, mas repetidas algumas vezes por semana.

As correntes faradicas, muito empregadas por Duchenne, afim de combater as fulgurações dolorosas e as paralias oculares, foram ultimamente abandonadas, apezar dos brilhantes resultados que Rumpf alcançou em dous individuos tabeticos.

A electricidade póde prestar grandes serviços, á titulo de medicação auxiliar, mas, por si só, é incapaz de debellar a existencia de um *tabes*.

Hydrotherapia. — Empregada na therapeutica do *tabes* a hydrotherapia conta adversarios e partidarios.

Essa diversidade de opiniões depende incontestavelmente da multiplicidade de effeitos obtidos.

Fournier o disse: "salutaire à certains malades, elle est au contraire très mal supportée par d'autres, chez lesquels elle aggrave les manifestations tabétiques."

Na opinião de Erb, a agua fria presta grandes serviços, quando judiciosamente empregada. Os resultados do tratamento hydriatico, diz Erb, são extremamente favoraveis, quando confrontados com os resultados apresentados por outros agentes therapeuticos.

Leyden, ao contrario, condemna a agua fria como prejudicial aos tabeticos.

Erb, protestando contra o *pessimismo* de Leyden, reconhece no entanto os inconvenientes das applicações muito frias.

Este professor aconselha as fricções com um panno embebido em agua nas temperaturas de 25, 20 e 15 grãos, banhos de assento (30, 22 grãos), combinados com as loções frias sobre o rachis.

Resumindo, diremos que a agua fria pôde ser administrada com successo, nas fórmulas torpidas do *tabes dorsalis*

Aguas minero-thermaes. — Grasset é partidario do emprego das aguas thermaes de La Malou, que podem favorecer extraordinariamente a cura do *tabes*, modificando os phenomenos de excitação, as dores nevralgicas, as insomnias, etc.

No Brazil, sobretudo em Minas-Geraes, existe grande quantidade de aguas minero-thermaes, que descuidosamente têm sido esquecidas, na therapeutica do *tabes*, que sem duvida, soffrerá grandes metamorphoses, sob a acção d'essas aguas e do clima amenissimo que circumda estas fontes.

Dentre todas convem destacar as aguas de Araxá e Caldas, em Minas Geraes.

Strychnina. — Muito empregada nas molestias nervosas, a strychnina tem colhido poucos resultados no tratamento do *tabes dorsalis*; o que injustamente a faz esquecer por muitos clinicos.

A strychnina presta valiosos serviços, quando empregada nas formas asthenicas do *tabes*; ao passo que, nas formas irritativas, concorre para augmentar os soffrimentos do doente, augmentando o poder excito-motor da medulla.

Nitrato de prata. — Preconisado por Wunderlich no tratamento das affecções medullares, o nitrato de prata tem sido empregado no tratamento do *tabes dorsalis*, por Charcot, Vulpian, Eulemburg, Griesinger, Friedreich, etc.

Medicamento da moda, o nitrato de prata cahiu no conceito de muitos clinicos, que lhe attribuiram os accidentes, conhecidos sob a denominação de *argyria*.

Eulemburg protesta contra este exclusivismo, e insiste sobre os inconvenientes do nitrato de prata pela via gastrica, aconselhando injecções hypodermicas de albuminato de prata, em solução.

Hammond aconselha a administração do nitrato de prata, no *tabes*, quando o emprego do centeio espigado falha, e quando a incoordenação já é adiantada.

Centeio espigado. — Hammond preconisa o seu emprego no periodo invasor do *tabes*, quando ha verdadeira congestão medullar, alimentando os phenomenos irritativos.

Grasset refere um facto interessante, que faz receiar o emprego do centeio espigado em altas dóses.

De mais, Tuzech observou, em uma epidemia de ergotismo, doentes que apresentavam symptomas irrecusaveis de *tabes*, que anatomicamente se caracterisou em quatro casos.

Muitos outros agentes therapeuticos têm sido empregados contra o *tabes dorsalis*, sendo uns coroados de successos e outros victimas de insuccessos e *vice versa*. Taes são:

A extensão dos grossos troncos nervosos, o arsenico, o phosphoro, o chlorureto de ouro e sodio, a essencia de terebenthina, oleo de figado de bacalháo, emissões sanguinias locaes, etc.

• No tratamento d'esta molestia convem primeiramente combater as fulgurações dolorosas, que, em muitos casos, torturam o paciente.

O illustrado Dr. Monteiro de Azevedo, para esse fim, emprega a acetanilide (antifibrina), que dá os mais desejados resultados.

Combatidas as dôres fulgurantes, os conselhos hygienicos devem ser rigorosos, e a medicação energica e racional.

OBSERVAÇÕES

HOSPITAL DO CARMO.—SERVIÇO CLINICO DO SR. DR. MONTEIRO
DE AZEVEDO.—TABES DORSALIS. *

*José Joaquim da Silva, de 40 annos de idade, portuguez, solteiro,
carpinteiro, morador na Praça Municipal n. 5.*

Antecedentes hereditarios.—São inteiramente negativos.

Antecedentes pessoaes.—José Joaquim da Silva, homem inteligente, referiu-nos perfeitamente a sua historia.

Até 1880 gozára invejavel saude; não teve syphilis; não se entregou a excessos venereos, se bem que tivesse praticado algumas vezes o *coito em pé*, e não abusou de bebidas alcoolicas. Trabalhador no Arsenal de Marinha, Silva, durante dous annos, sujeitou-se a longos e repetidos resfriamentos, em consequencia de sua demora dentro d'agua.

Começo da molestia.—Ha seis para sete annos, a sua molestia começou, manifestando-se *peso e fraqueza extrema* na perna esquerda, donde passaram mais tarde para a perna direita. A sua marcha era, então, custosa, porquanto sentia as pernas muito *pesadas* e as suas articulações muito *endurecidas*.

* A' obsequiosidade do illustrado Sr. Dr. Monteiro de Azevedo devo a obtenção d'esta observação, que foi em seu serviço clinico, recolhida por mim e pelo meu collega e amigo, o Sr. Oscavo Corrêa Netto.

Um anno mais tarde (1881), dores rapidas e excessivamente intensas invadiram os membros inferiores, não apresentando localisação determinada, mas revelando alta tendencia á generalisação a todo o corpo. A principio um intervallo de oito dias separava uma crise dolorosa de outra, porém mais tarde esse intervallo diminuiu passando a seis dias e a quatro dias. Actualmente as crises fulgurantes apparecem com intervallos de *um dia*, ou, coincidindo com as crises gastricas, permanecem seguidamente durante toda a duração d'estas.

Estado actual. — Apezar de se achar doente ha tanto tempo, este homem apresenta um estado geral bem satisfactorio. O seu appetite é bom; as suas digestões são regulares; e o seu somno não é agitado.

Os phenomenos principaes que o atormentam desde 1885, são:

- a) Crises gastricas;
- b) Ataxia dos membros inferiores.

Crises gastricas. — Em fins de 1885, entrou em scena a primeira crise gastrica, manifestando-se pela absoluta perda de appetite, e pela salivação abundantissima, ao amanhecer, acompanhadas de nauseas e vomitos, que, a principio, mucosos e biliosos, tornavam-se mais tarde sanguinolentos. As hematemeses, semelhante á borra de café, puzeram termo á crise.

O character dominante d'esta crise foi a manifesta rebeldia a toda a medicação empregada. A crise só cedeu passados seis dias.

Desde então, estas crises têm apparecido regularmente; ellas vão se tornando menos espaçadas e mais intensas, á medida que a molestia progride. Assim, o intervallo da 1.^a para a 2.^a crise foi de 8 mezes; o da 2.^a para a 3.^a foi de 4 mezes; o da 3.^a para a 4.^a foi de 2 mezes; o da 4.^a para a 5.^a ainda foi de 2 mezes; o da 5.^a para a 6.^a foi de 45 dias; o da 6.^a para a 7.^a foi de 2 mezes; o da 7.^a para a 8.^a foi de 2 mezes. Estas crises gastricas têm resistido á toda e qualquer medicação empregada; ellas têm um tempo marcado — seis dias — para a sua evolução.

No começo, passadas as crises, o doente retirava-se do Hospital relativamente bom; mas, depois d'estas duas ultimas crises, elle tem sentido certo enfraquecimento e uma *amaurose passageira*, que impede-o, durante dous ou tres dias, de distinguir os objectos os mais grosseiros.

O exame ophtalmoscopico, feito no começo da molestia, não revelou lesão alguma para o lado do apparelho visual.

Membros inferiores.— Os membros inferiores não estão reduzidos de volume, nem tão pouco se acham deformados. A força muscular, em grande parte, acha-se conservada; o doente facilmente curva as pernas sobre as coxas e estas sobre a bacia.

A sua marcha é *desordenada*; o doente, quando caminha, atira as suas pernas em todas as direcções e bate com o calcanhar no chão, fazendo grande barulho, sem conseguir pisar onde deseja, porquanto seus pés ficam sempre áquem desse ponto.

Esta marcha viciosa é impossível de executar-se, quando o doente tem os olhos fechados.

Demais, o menor exercício fatiga-o, e bem assim a *posição vertical*, que de modo algum póde ser tolerada.

Sensibilidade.— A sensibilidade tátil é bastante embotada, principalmente na região plantar dos pés. A sensibilidade dolorosa existe, mas a sua percepção é retardada.

A sensibilidade *thérmica* existe integra.

Reflexos.— Os reflexos rotulianos são completamente abolidos, bem como os reflexos cutaneos.

Thérapeutica.— Todos os medicamentos empregados no tratamento do *tabes dorsalis* têm sido ministrados a este doente, que tem ingerido doses enormes de iodureto de potassio e de sublimado corrosivo (pilulas Dupuytren). As dores fulgurantes, que tinham resistido á altas doses de morphina, acalmaram-se felizmente com o emprego da *anti-fibrina* (acetanylide), que tem sido muito empregado pelo illustrado Dr. Monteiro de Azevedo.

Durante a ultima crise, injeções hypodermicas de cocaína e de antipyrina foram feitas, sem apresentar resultado algum. Demais, essas injeções provocaram uma irritação local.

No dia 17 de Outubro, este doente retirou-se do Hospital, onde vem de dous em dous mezes procurar allivio para as suas crises gastralgicas.

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA.—(DR. MARTINS COSTA).—1884.—
LEITO N. 7

Antonio Maria Baptista, de côr branca, de 44 annos de idade, constituição regular, casado, morador na rua da America n. 9, portuguez.—Diagnosticó: ataxia locomotora progressiva, atrophia muscular consecutiva.

O Sr. Antonio Maria Baptista, portuguez, entrou para o Hospital a 13 de Julho de 1884, onde foi occupar o leito n. 7 da 9ª enfermaria.

Anamnese. — A anamnese é deficiente: contava quando entrou 13 mezes de molestia. Referiu-nos que cinco annos antes começára a soffrer da visão; a principio, nuvens ou sombras antepunham-se ao olho direito, do qual, depois, perdeu completamente a vista; o olho esquerdo foi por sua vez attingido dos mesmos phenomenos, mas não se acha tão alterado como o outro. Accusa ter soffrido, ha annos, de bubões que suppuraram e não reappareceram; que tem tido dores rheumaticas, e sobretudo muito intensas na espadua esquerda; e, enfim, ter perdido o poder genésico. Nega antecedentes propriamente syphiliticos. Seus pais falleceram em avançada idade sem terem soffrido ataques ou paralyrias. Actualmente diz que não póde andar com facilidade, e que tem peso e torpor nos membros inferiores, particularmente ao nivel das articulações; que é affligido algumas vezes por dores surdas nos ossos, propagando-se da bacia para os pés; que tem uma sensação especial nas plantas dos pés, o que elle compara, dizendo que anda sobre algodão ou borracha. Seu andar é difficil e alterado, e com razão o compara ao andar do *urubú*. O doente tem boa organização; acha-se um pouco magro e pallido. O apparelho circulatorio funciona normalmente. No apparelho respiratorio notamos stertores catharraes; isto appareceu da noute para o dia em que o observamos, 14 de Julho, em virtude do frio e humidade que apresentava a athmosphera.

Tem tido algumas vezes pyrosis e dores de estomago. Diz que digere bem os alimentos.

Para o lado dos intestinos notamos constipação rebelde; diz evacuar unicamente quando toma purgativos.

Os anexos do aparelho digestivo estão normaes. O aparelho urinario funciona bem; porém o mesmo não se dá com o genital. Aqui diz soffrer de impotencia, mas que antes d'essa impotencia o coito era muito rapido.

Apparelho muscular.— A contractilidade muscular acha-se normal. Os movimentos voluntarios de um membro isolado fazem-se physiologicamente, porém a locomoção acha-se gravemente alterada. O doente tem um andar especial e carecteristico: sua marcha é lenta e hesitante por não haver coordenação perfeita na contracção muscular dos membros inferiores; além d'isso anda olhando para os pés. No andar notamos que os pés descreviam um semi-circulo; o calcanhar era a primeira parte que tocava o solo, e depois de tel-o fixado, é que a planta do pé cahia inerte produzindo algum ruido. Notamos ainda que esbarra em qualquer obstaculo do solo e cahe se o não sustentam. Com os olhos vendados não póde andar, perde o equilibrio e cahe. Os membros thoraxicos apenas apresentam de anormal ligeira atrophia das regiões thenar e hypothenar; os reflexos quer superficiaes quer profundos acham-se abolidos. Procuramos com cuidado pelos meios ordinarios de exame excitar os reflexos pupillar, cremasteriano, dos joelhos e dos pés, e em nenhum caso a reacção teve logar. Nenhuma alteração intellectual. Excepto o orgão visual, onde o Sr Dr. Pires Ferreira encontrou atrophia avançada das papillas opticas, os orgãos de sentido especial acham-se normaes; assim a audição, o olfacto e a gustação não se têm perturbado. Soffre dores agudas e violentas, que elle compara a facadas, nas espaduas; dores tensivas e peso na cabeça; porém o que mais o afflige é uma dôr em cinta, que diz assestar-se na região epigastica, circulando a base do thorax. Por varias vezes teve vertigens. A sensibilidade tactil está, em absoluto, perdida. A thermica acha-se alterada; dizia que lhe queimavamos quando entornavamos algumas gottas de agoa fria nos pés; que lhe belliscavamos quando approximavamos da sua pelle um phosphoro acceso. As excitações não determinavam sempre as mesmas sensações. A sensibilidade muscular acha-se diminuida; ha, portanto, anesthesia e analgesia mais ou menos pronunciadas nos membros inferiores. Quanto ao systema vaso-motor encontramos tambem alterações; pela apalpação encontramos as extremidades inferiores frias.

Referiu-nos ainda o doente que ora tinha os membros abraçados, ora gelados; que eram frios durante a noute, quentes durante o dia; e o inverso tambem tem logar algumas vezes;

outras, com algidez nas pernas, apparece calor nos pés, etc. A phonação é normal, e bem assim a palavra.

Tratamento.— Prescrição:

Correntes faradicas em ambas as pernas e continuas, ascendentes ao longo do rachis.

Infusão de lupulo.....	120 grammas
Iodureto de potassio.....	1 "
Xarope de cascas de laranja.....	30 "

Em tres doses.

O thermometro marcou pela manhã $37^{\circ},3$ (axilla); á tarde 37° ; 23 movimentos respiratorios pela manhã e 21 á tarde; 75 pulsações por minuto,

Nos dias 15, 16, 17, 18, 19, o doente apresentou os mesmos symptomas. Durante estes dias até o dia 20 a temperatura oscillou entre $37^{\circ},3$ no maximo e $36^{\circ},8$ no minimo.

A respiração tambem modificou-se; os movimentos respiratorios até no dia 20 oscillaram entre 22 no maximo e 18 no minimo. O pulso conservou-se normal.

O pulso, no dia 14, marcava 75 pulsações por minuto, mas desceu a 70, e tem permanecido n'este algarismo até o dia 18, d'este em diante tem apresentado oscillações de duas a tres pulsações para mais ou menos. Continúa o mesmo tratamento.

Dia 21.— Notamos alguma melhora no doente; o andar do doente começa a modificar-se, anda com mais facilidade; as dores deixam-lhe maior intervallo de repouso e não são tão intensas. A constipação de ventre persiste. A temperatura baixa a $36^{\circ},5$; a respiração a 19; o pulso é normal. Persistem porem todos os symptomas. Continúa o mesmo tratamento.

Dia 28.— Nos dias 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, o doente conserva-se no mesmo estado. Durante estes dias o thermometro oscillou de 37 no maximo e 37 no minimo. Continúa o mesmo tratamento.

Agosto 13.— Do dia 28 de Julho ao dia 13 de Agosto, observamos que a temperatura conservou-se n'um maximo de $36^{\circ},5$, e n'um minimo de $36^{\circ},2$. A respiração manteve-se normal e bem assim o pulso. Durante este espaço de tempo, notamos que a locomoção do doente se fazia com mais facilidade. O torpor

bem como o peso que soffre nos membros têm-se modificado; só acha-se do mesmo modo que a principio no nível das articulações.

Dia 17.— Até esse dia nada observamos de notavel a não ser a atrophia muscular progressiva, que dia a dia vae-se accentuando nos membros inferiores e nas regiões thenar e hypothenar de ambas as mãos. Continúa o mesmo tratamento.

Dia 19.— Mesmo estado; injeção de uma gramma de ergotina dyalisada de Yvon.

Dia 20.— O doente queixa-se de que o medicamento lhe fizera mal; diz que não dorme durante a noute; que fora affligido por dores intensas e continuas no braço e antebraço direitos, no membro inferior direito, e que tambem sentira por varias vezes pontadas na parte direita no thorax. Estas dores eram seguidas de peso, formigamento e torpor nos pés. Além dos phenomenos que já exarámos, queixou-se de ter sido accommettido, durante a noute, de repetidos calafrios, intensos e prolongados. Refere que pouco depois da applicação da ergotina, teve uma vertigem ao por-se em pé, e cahiu assentado no leito. Suspende-se as injeções de ergotina e applica-se cataplasma emolliente no braço doloroso.

Dia 22.— Continúa com o iodureto de potassio e a electricidade; e se apresenta melhor das dores.

Dia 29.— Até essa data nada de notavel sobreveio; continuou a medicação. As dores persistem na articulação scápulo-humeral; o torpor dos membros inferiores tem diminuido, mas apresenta-se ainda intenso nas articulações. Fazem-se cauterizações pontuadas com o thermo-cauterio de Pacquelin em toda extensão da columna vertebral. Continúa a mesma medicação.

Dia 30.— Persiste o mesmo estado; apenas diz o doente achar-se mais livre em seus movimentos. Estado geral mais abatido; a atrophia muscular nos pontos mencionados é mais consideravel.

Dia 1 de Setembro.— Mesmo estado. Constipação de ventre pertinaz. Prescreve-se: oleo de ricino 40 grammas. Continúa a mesma medicação.

Dia 2.— Evacuou pouco. Ligeiras melhoras no andar.

Dia 6.— Nada de notavel, a não ser o emmagrecimento que accentua-se de dia a dia.

Dia 9.— O doente passou mal a noite; não dormiu; urinou cerca de 20 vezes. O exame das urinas não revelou glycese nem outra substancia anormal.

Dia 10.— Dormiu bem, mas diz que uma cephalalgia supra-orbitaria de character gravativo e continua o encommudou. Oleo de ricino 40 grammas. Continúa a medicação.

Dia 11.— Diz que evacuou abundantemente tres vezes.

Dia 12.— Queixa-se de perturbações gastricas; tem tido ha dias pyrosis e vomituras acres; peso na cabeça com dores menos intensas. Mesmo tratamento.

Dia 13.— Sente melhoras da cephalalgia. Mesmo estado quanto aos outros symptomas. Mesma medicação.

Dia 17.— Mesmo estado. Novas cauterisações pontuadas.

Dia 18.— Sentiu-se melhor do peso e torpor dos membros e da cephalalgia.

Finalmente até o dia 10 de Outubro a medicação tem sido a mesma; o estado geral do paciente decahe; mas apesar disso nota-se que a funcção da locomoção faz-se de um modo mais facil do que em epocha anterior.

Todos os outros symptomas persistem.

Dia 21 de Outubro.— Mesmo estado; mesma medicação.

Dia 24.— Cauterisações pontuadas na região rachydiana.

Dia 11 de Novembro.— Continúa o mesmo estado; o doente queixa-se de dores nos membros inferiores.

Prescripção:— *Uso interno.*

Infusão de lupulo.....	120 grammas
Iodureto de potassio.....	1 "
Xarope de cascas de laranja.....	30 "
Tome em tres doses.	

Dia 19. — O doente apresenta as gengivas fungosas e emmagrecidas e sangrando muito. Prescrição: Vinho quinado ao almoço e ao jantar. Passe talhadas de limão nas gengivas.

Dia 2 de Dezembro. — Ha prisão de ventre. Continúa o estado scorbutico das gengivas.

Prescrição: — *Uso interno.* Pilulas drásticas de Peter n. 4.
Para *uso externo*:

Cosimento de cochlearia.....	300	grammas
Chlorato de potassio.....	6	"
Extracto de quina.....	4	"
Xarope de limão.....	30	"
Para gargarejos.		

Dia 7. — Mesmo estado.

Prescrição: — *Uso interno.*

Pilulas de Peter n. 2, por dia.

Item: — Item.

Vinho de quina e ferro de Robiquet.
Um calix em cada refeição.

Dia 9. — Mesmo estado das gengivas.

Prescrição: — *Uso externo.*

Decocção de quina.....	500	grammas
Chlorato de potassio.....	8	"
Alcoolato de cochlearia.....	30	"
Tintura de myrrha.....	4	"
Rob de amoras.....	60	"
Para gargarejos.		

Dia 2 de Janeiro de 1885. — O doente resfriou-se; tosse e apresenta estertores humidos nas bases dos pulmões; continúa o estado fungoso e sangrento das gengivas.

Prescrição: — *Uso interno.*

Poção gommosa.....	100	grammas
Kermes mineral.....	10	centigrammas;
Agoa de louro cereja.....	6	grammas
Xarope de diacodio.....	30	"
Uma colher de 2 em 2 horas.		

Uso externo:

Decocção de cascas de jequitibá.....	500	grammas
Sulfato de aluminio.....	6	centigrammas
Xarope de rosas rubras.....	30	grammas
Para gargarejos.		

Dia 4 — Diminuíram muito os estertores. A tosse é quasi nulla. Mesmo estado das gengivas.

Prescrição: — *Uso interno.*

Infusão de rosas rubras.....	180	grammas
Tintura de cochlearia.....	8	"
Tannino.....	2	"
Tintura de nox-vomica.....	15	gottas
Xarope de gomma.....	30	grammas

Uma colher de hora em hora.

Item : — *Uso externo.*

Decocção de quina e cochlearia.....	500	grammas
Acido chlorydrico.....	4	"
Tintura de myrrha.....	8	"
Rob de amoras.....	30	"

Para gargarejos.

Dia 30 de Janeiro. — Continúa o mesmo estado das gengivas.

Os phenomenos da locomoção continuam no mesmo estado. Continúa o tratamento pelo vinho de Robiquet e gargarejos adstringentes.

Massagem nos membros atrophiados.

Dia 10 de Abril. — Com esta medicação o estado geral do doente tem melhorado; os membros atrophiados tomaram maior desenvolvimento, e o individuo anda um pouco mais livremente.

Dia 11. — Dôres ainda muito intensas na região maleolar.

Prescrição: — *Uso externo.*

Tintura de iodo.
Applique nessa região.

Dia 3 de Maio. — As dores ainda continuam na região maleolar direita, que está tumefacta e um pouco edematosa.

Prescrição: — *Uso externo.*

Pomada marcial de Velpeau.
Aplicações *in loco dolente*.

Dia 6. — Ainda o mesmo estado.

Prescrição: — *Uso interno.*

Infusão de lupulo.....	120	grammas
Iodureto de potassio.....	1,50	"
Xarope de cascas de laranjas.....	30	"

Em tres dóses.

Item :

Vinho de Robiquet. As refeições

Uso externo :

Linimento therebentinado opiado.
Aplicações *in loco dolente*.

Continúa a electricidade.

Dia 9 de Julho. — O doente resfriou-se e apresentou-se com phenomenos de bronchite diffusa.

Prescrição : — *Uso interno :*

Agua.....	120 grammas
Tartaro stibiado.....	10 centigrammas
Chlorydrato de morphina.....	25 milligrammas
Xarope de flores de laranjeira.....	30 grammas
As colheres de 2 em 2 horas.	

Dia 17. — O doente foi gradualmente melhorando de sua bronchite e acha-se hoje completamente restabelecido; os phenomenos de sua molestia anterior não se modificaram.

Volta hoje á medicação iodurada e ferruginosa.

Dia 3 de Agosto. — O doente teve alta por insubordinado.

PROPOSIÇÕES

PHYSICA MEDICA

Da electrolyse medico-cirurgica

I

Chama-se electrolyse medico-cirurgica o emprego da acção chimica da electricidade em medicina e cirurgia.

II

Na electrolyse, a electricidade actua sobre os tecidos comprehendidos no circuito da pilha.

III

A acção da electrolyse varia conforme se trata do pólo positivo ou do polo negativo.

CHIMICA MINERAL E MINERALOGIA

Do iodo e seus compostos

I

O iodo é um corpo simples, solido, crystallizado em octaedros, quasi insolúvel n'agua, é muito solúvel no alcool e no ether.

II

Fórma com as bases saes.

III

O iodureto de potassio é o composto iodado mais empregado em medicina.

BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

Da acção biologica da luz sobre as plantas e os animaes

I

A luz é indispensavel para a formação dos grãos de chlorophilla.

II

A ausencia da chlorophilla influe poderosamente sobre o desenvolvimento dos vegetaes.

III

A influencia da luz e da chlorophilla é indispensavel á existencia das plantas e dos animaes.

CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Pylocarpina e seus saes

I

Pilocarpina ($C^{11} H^{18} Az^2 O^3$) é o alcaloide do jaborandy (pylocarpus pinnatus) da familia das Rutaceas.

II

A pylocarpina, solida e crystallizada, é muito soluvel no alcool.

III

A pylocarpina é uma base mono-acida; fórma saes crystallizados que são muito empregados em medicina.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

Circulação cerebral

I

O sangue que banha o cerebro é fornecido pelas carotidas internas e pelas vertebraes, que, reunindo-se na base do cerebro, formam um polygono denominado — *hexagono de Willis*.

II

Ha dous systemas de circulação cerebral — a circulação central e a cortical. Estes dous systemas são independentes um do outro.

III

A *arteria da hemorragia cerebral* de Charcot é um ramo das lenticulo-estriadas que atravessa a parte média da capsula interna.

HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

Da cellulogenesis

I

Ha duas theorias que pretendem explicar a formação das cellulas; a theoria da geração espontanea, e a da cellula pela cellula.

II

A theoria da geração espontanea, tambem denominada theoria do blastema, não tem hoje razão de ser.

III

A theoria que explica a geração das cellulas é a que diz que a cellula vem da cellula.

PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Da innervação cardíaca

I

Os nervos cardíacos dividem-se em moderadores e aceleradores; os primeiros procedem do pneumogástrico (ou antes do ramo interno do espinhal), os segundos vem do grande sympathico e todos formam o plexus cardíaco.

II

Os movimentos rythmicos do coração estão sob a dependencia immediata dos ganglios intra-cardíacos, que formam trez grupos principaes, denominados ganglios de Remak, Bidder e Ludwig.

III

As experiencias parecem provar que d'esses ganglios os de Remak e Bidder são excitadores, e o de Ludwig, moderador das contracções rythmicas.

PATHOLOGIA GERAL

Da ictericia

I

A ictericia é um symptoma morbido carecterisado por uma coloração pigmentaria amarella ou amarello-esverdeada dos tecidos e liquidos da economia, quer esse pigmento venha do sangue, quer, o que é mais frequente, da bile.

II

A ictericia póde ser devida: 1º, a um obstaculo mecânico ao corrimento da bile; 2º, a uma alteração das hematias (ictericia hemapheica); 3º, á producção exagerada e absorpção da bile no canal intestinal (ictericia por polycholia).

III

A ictericia é frequentemente observada nos recém-nascidos e em regra é então hemapheica.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Paludismo

I

Molestia peculiar aos logares pantanosos, o paludismo produz hyperhemias visceraes, principalmente para o lado das glandulas hepatica e splenica.

II

A oligocythemia é rapida nas febres perniciosas.

III

A melanemia e a melanose são proprias ao paludismo.

PATHOLOGIA MEDICA

Da hydrophobia

I

A unica causa determinante da raiva hydrophobica é a inoculação do virus rabido pela mordedura dos animaes rabidos, principalmente o cão.

II

As mordeduras do lobo são consideradas mais perigosas, em razão da profundidade das feridas e da nobreza das partes atacadas (o rosto).

III

O methodo *pastoriano*, premunitor da raiva, consiste, em geral, na inoculação do virus rabido attenuado por processos especiaes.

PATHOLOGIA CIRURGICA

Das septicemias cirurgicas

I

As septicemias cirurgicas eram antigamente consideradas como um envenenamento geral do sangue por qualquer agente.

II

Hoje a septicemia cirurgica reconhece como elemento etiológico o vibrião septico de Pasteur.

III

O seu tratamento mais racional é a *antiseptia* rigorosa.

MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE BRAZILEIRA

Da medicação lactea

I

Alimento completo, o leite compõe-se de um elemento não azotado — a manteiga, substancias azotadas, materias assucaradas e mineraes.

II

A sua digestão é extremamente facil, e insignificantissimo é o trabalho exigido do estomago.

III

Diuretico, por excellencia, o leite é empregado com proveito no rachitismo, nas ulceras do estomago, na tuberculose, nas nephrites, etc.

HYGIENE E HISTORIA DA MEDICINA

Das circumstancias que explicam a mortalidade das crianças na cidade do Rio de Janeiro

I

Os resfriamentos, constantemente produzidos pelas mudanças bruscas de temperatura, explicam a mortalidade das crianças n'esta cidade, em consequencia de molestias — broncho-pulmonares.

II

As endemias communs á esta cidade e tambem certas epidemias, influem poderosamente para augmentar o obituario.

III

Grande numero d'esses obitos é talvez devido a essas *pseudo-maternidades*, e ao aleitamento *mercenario*.

ANATOMIA CIRURGICA. MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

Estudo critico da lithotricia classica e da lithotricia de Bigelow

I

A lithotricia de Bigelow é preferivel á lithotricia classica, porquanto aquella é praticavel em uma só sessão, sem deixar na bexiga fragmento algum de calculo, capaz de irrital-a.

II

A superioridade da lithotricia de Bigelow é em grande parte devida ao aperfeiçoamento do instrumental empregado.

III

O tempo necessario para a execução da lithotricia de Bigelow é variavel, e depende do volume e resistencia do calculo.

PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Estudo chimico-pharmacologico das renunculaceas medicinaes

I

A planta mais digna de menção, na familia das Renunculaceas, é o aconito (*aconitus napellus*), que contém um principio activissimo, a *aconitina*.

II

As anemonas (*anemona pulsatilla*, *anemona pratensis*) fazem parte da familia das renunculaceas.

III

Estas plantas podem ser administradas em pós, tinturas, extractos, alcoolaturas, etc.

OBSTETRICIA

Morte imminente dos recém-nascidos ; tratamento

I

A pallidez da pelle e das mucosas constituem symptomas graves da morte imminente dos recém-nascidos.

II

É notavel a resistencia que estes offerecem á asphixia.

III

O melhor tratamento é a insuflação pulmonar.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Das condições pathogenicas, diagnostico e tratamento da pneumonia

I

A natureza infecciosa da pneumonia parece hoje incontestavel.

II

A marcha cyclica da pneumonia e a symptomatologia são dados diagnosticos importantes.

III

A expectação vigilante e racional é o seu melhor methodo de tratamento.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Das amyotrophias de origem peripherica

I

As lesões dos nervos constituem uma das causas mais communs das amyotrophias periphericas.

II

É provavel que muitas das atrophias musculares progressivas sejam primitivamente musculares.

III

O meio therapeutico de mais efficacia contra estes phenomenos symptomaticos é indubitavelmente a electricidade.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGICA

Do envenenamento pelo cobre

I

O envenenamento pelo cobre ou pelos seus preparados, quasi sempre accidental ou profissional, é raras vezes criminoso ou suicida.

II

Grande numero d'esses envenenamentos é devido ao uso de alimentos preparados ou conservados em vazilhames d'esse metal.

III

Nas fabricas de verdete, a intoxicação profissional é muitas vezes observada.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Tratamento da retenção das urinas

I

A primeira indicação á preencher, nos casos de retenção de urinas, é esvasiar o reservatorio urinario por meio do catheterismo.

II

Nos casos em que o catheterismo fôr impossivel, o reservatorio será esvasiado por meio da punção da bexiga.

III

A punção da bexiga tem sido praticada pela *urethra*, pelo *recto*, pelo *perineo*, pela região *hypogastrica*.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA*DE ADULTOS

Estudo clinico dos abcessos frios

I

Lannelongue demonstrou que os abcessos frios são productos de natureza tuberculosa.

II

Em geral, a existencia do abcesso frio coincide com a tuberculose pulmonar.

III

No tratamento d'estes abcessos, teremos em vista o estado local, e tambem o estado geral, que poderosamente influe na sua marcha.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Frigidum ossibus adversum, dentibus, nervis, cerebro, medullæ, calidum vere utile.

(Sect. V. Aph. 18)

II

Somnus, vigilia, utraque, modum excedentia, malum.

(Sect. II. Aph. 6)

III

Omnia secundum rationem facienda, si non succedant secundum rationem non est transeundum ad aliud, manent in eo quod a principiis visum.

(Sect. II. Aph. 42)

IV

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. II. Aph. 54)

V

Ad extremos morbus, extrema remedia exquisite optima.

(Sect. I. Aph. 6)

VI

Tabes precipué contingit etatibus, quæ ab anno decimo octavo ad trigessimum quintum.

(Sect. III. Aph. 5)

Esta these está conforme os estatutos.

Faculdade de Medicina, 13 de Setembro de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.

Dr. Bernardo Alves Pereira.