

5
Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

THESE

APRESENTADA A'

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

EM 5 DE MARÇO DE 1902

E DEFENDIDA PELO

DR. LEOPOLDO ACCIOLI DO PRADO

em 22 de Abril de 1902

Ex-interno da 2ª cadeira de clinica medica, a cargo do Professor Benicio de Abreu, ex-membro da comissão de clinica medica do Gremio dos Internos dos Hospitales, pharmaceutico pela Faculdade da Bahia.

Natural do Estado de Sergipe

Filho legitimo de Francisco Lucino do Prado e D. Maria Accioli do Prado

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Do elemento convulsivo nas affecções intra-craneanas

(ESTUDO CLINICO)

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e chirurgicas.

Approvada com distincção

Meza examinadora :

Drs. Nuno de Andrade, presidente ; Benicio de Abreu, Rocha Faria, Nascimento Silva e Marcio Nery.



RIO DE JANEIRO

Typ. ALTINA, Rua da Assembléa, 96
1902

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR INTERINO—Dr. Luiz da Cunha Feijó Junior.
 VICE-DIRECTOR—
 SECRETARIO—Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTEs

Drs:

Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica.
João Joaquim Pizarro	Historia natural medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia.
João Paulo de Carvalho	Physiologia.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Rodolpho Galvão	Bacteriologia.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica.
Domingos de Góes e Vasconcellos	Operações e apparatus.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Miguel de Oliveira Couto	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatria.
Nuno de Andrade	Clinica medica—1ª cadeira.
João Martins Teixeira	Em disponibilidade.
Antonio Rodrigues Lima	
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	

SUBSTITUTOS

Drs:

Luiz Antonio da Silva Santos	1ª	Secção
Antonio Dias de Barros	2ª	"
Oscar Frederico de Souza	3ª	"
Ernesto do Nascimento Silva	4ª	"
Francisco de Paula Valladares	5ª	"
Pedro de Almeida Magalhães	6ª	"
Antonio Teixeira do Nascimento Bittencourt	7ª	"
Augusto de Souza Brandão	8ª	"
Francisco Simões Corrêa	9ª	"
José Antonio de Abreu Fialho	10ª	"
Luiz da Costa Chaves Faria	11ª	"
Marcio Filaphiano Nery	12ª	"

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

À SAUDOSA MEMORIA DE MINHA IRMAN

Euphrosina Accioli do Prado Vantas

Irman de minh'alma, tu que eras o enlevo e a felicidade de tantos já não mais existes.

Levou-te a morte em suas garras aduncas, justamente quando eu mais precisava das caricias de teu amôr extremosissimo e da doçura de teu coração adamantino.

Agora, irman querida, juro-te pela infinda saudade que me retalha o peito. promover sem descanso a prosperidade daquella que é carne de tua carne, sangue de teu sangue.

A meus Paes

A vós, meus Paes, que na bondade infinita de vossos corações achastes fé e coragem para, arrostando os obstaculos da vida, elevardes á realidade a vocação sublimada de vosso filho estremecido, offereço esta these como penhor de gratidão que não se apaga jamais nas almas afeitas ao reconhecimento.

A MEU AVO'

Barão de Aracajú

O exemplo de vossa vida dedicada ao culto do trabalho sem preterições de dever nem subtilezas de character pautará para sempre a minha conducta na profissão que abracei.

A MEUS IRMÃOS

Possa a amizade que vos consagro tecer de floridas grinaldas o portico do vosso futuro.

A MEU TIO E PADRINHO

Dr. Albano do Prado Pimentel

Dedicando-vos esta pagina, quero assim expressar os sentimentos de minha alma agradecida no que tem de mais affectivo, de mais puro e de mais humano.

A' MINHA BOA TIA E MADRINHA

D.^a Maria Sophia do Prado

Em signal do meu devotamento pela vossa pessoa, em cuja fronte pousou o anjo da bondade e do bem.

A MEUS QUERIDOS TIOS

DR. ANTONIO SERAPHIM DE ALMEIDA VIEIRA

E

D. GENEVEVA DO PRADO VIEIRA

Tudo que eu pudesse dizer seria pouco para a affirmação solemne dos sentimentos de amizade profunda que vos consagro.

A MEU CUNHADO

Antonio Corrêa Dantas

character recto e inflexivel no labdôr da vida

E

Gertrudes Livramento do Prado,

Olivia do Prado Dantas

Amizade fraternal.

A'S MINHAS SOBRINHAS

Odette e Edith

Quem dera fosse polvilhada de ouro a travessia de vossa existencia.

A MEUS CAROS PRIMOS

Dr. Aurelio do Prado Vieira.
Francisco Muniz Barretto.
Dr. Manoel Raymundo de Menezes Prado.
Paulo Alves Pimentel.
Edgardo Alves Pimentel.

Amigos que sempre fomos, outro não pode ser agora o meu desejo sinão consolidar mais e mais essa amizade que tanto me desvaneece.

A MEU EMINENTE MESTRE E EXCELLENTE
AMIGO

Dr. Benicio de Abreu

A cada esperança que surge nos longes de meu futuro incerto junto eu um preito de gratidão pelo muito que vos devo e de homenagem a vosso talento que admiro e a vosso caracter que respeito.

A MEU COMPANHEIRO E BOM AMIGO

Dr. Ragosino Alves de Lima

Guardarei carinhosamente a lembrança de nossa convivencia.

A MEU DISTINCTO PARENTE E PRESADO
AMIGO

Dr. *Sancho* de *Barros* Pimentel

E SUA Exm^a FAMILIA

Grande apreço, illimitada estima e muita consideração.

AOS PARENTES E AMIGOS

Senador J. L. Coelho e Campos.
Commendador Francisco Corrêa Dantas.

Cordial estima e profundo respeito.

AOS CAROS PRIMOS

Etelvino de Menezes Prado, Mario Victor Barretto, Theophilo Dantas, Dr. Sylvio Leite e Gonçalo Rollemberg do Prado.

Sincera amizade.

A MEUS TIOS

José Sotero do Prado e Maria Victoria Barretto do Prado.

Amizade e respeito.

AO MEU BOM AMIGO

≡ Dr. Antonio Garcia Rosa ≡

Homenagem a seu talento brilhante e nobilissimo character.

A MEUS COLLEGAS E AMIGOS

Drs. Levindo Coelho, Mario Leal, David Cavalleiro, Flavio de Moura, Jefferson de Lemos, Von Doeringer da Graça, Aloysio de Castro, Carlos Chagas, Rogerio Coelho Junior, Francisco G. da Fonseca e M. P. de Mesquita Junior.

A MEUS MESTRES

Dr. Miguel Couto e Dr. Brant Paes Leme.

AO ILLUSTRADO MESTRE E AMIGO

D.^s Francisco Braulio Pereira

e sua Exma. Família

A MEU PRIMO E PADRINHO

DR. FRANCISCO MUNIZ BARRETTO

E SUA SENHORA

D. LEOPOLDINA DO PRADO BARRETTO

Muita consideração.

A MEU PRIMO

José Sotero de Azevedo Barretto

E sua Exma. Família.

AOS DRS.

Arthur Silva.

Silva Rabello.

Paulo Santos.

Antonio Austregesilo.

Sylvio Moniz.

Sincera affeição.

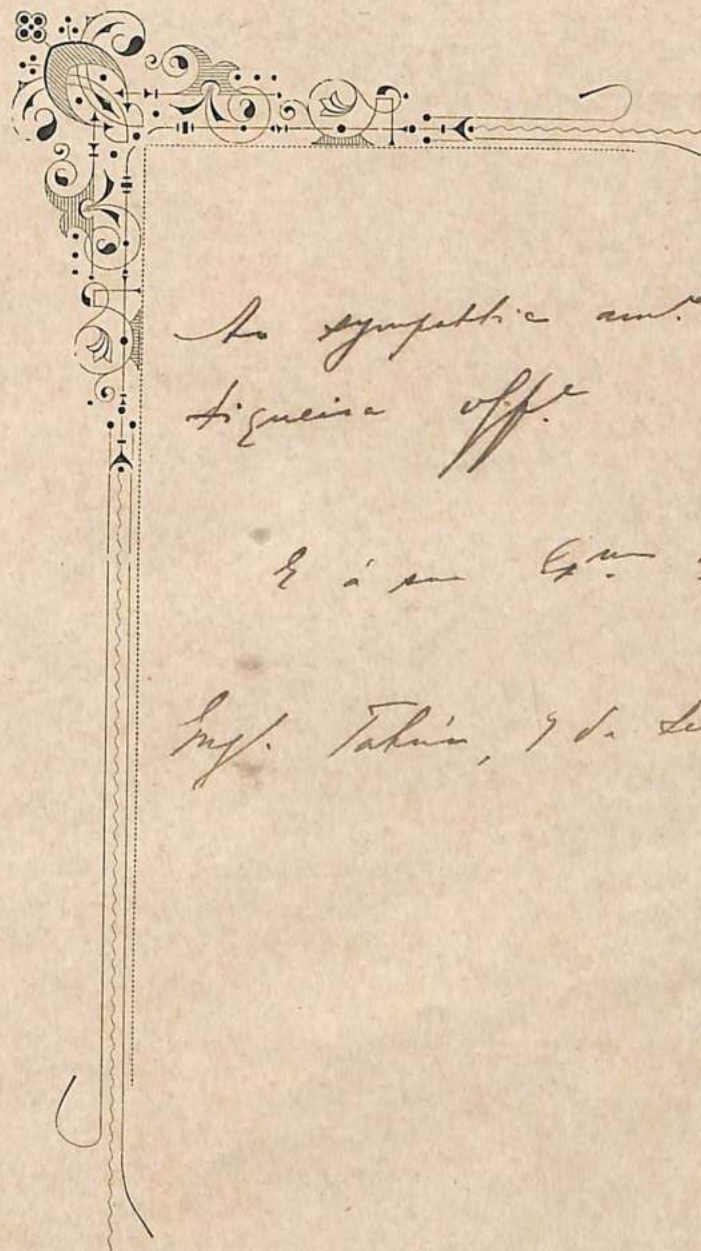
A' FAMILIA DO MEU SAUDOSO PARENTE

CONTRA-ALMIRANTE

Victor Candido Barretto

AOS AMIGOS DE MEU PAE

AOS COLLEGAS DE FORMATURA



*As sympathie am. de Jo
Azevedo off.*

et à sa Exma. Fam. li

Imp. Tabuio, 9 de Setembro

Os progressos da medicina experimental imprimiram na presente epocha uma feição diversa dos velhos conhecimentos do systema nervoso, abrindo espaço ao estudo de phenomenos complexos, de que já constitue riquissimo thesouro a litteratura medica actual.

E foi exactamente esta concepção de amplo descortino que nos deu o traço verdadeiro do assumpto, que serve de dissertação á nossa these inaugural.

Para tal mister não influiu a velleidade de presumidos, nem o denodo de combatentes, mas sim a fé no esforço em busca de seu ideal predilecto, para cuja satisfação não foi pequena parte o sacrificio que teve o autor de arrostar.

Por mais que lhe tenham entorpecido as desillusões, ainda não se acclimou ao pessimismo; e parece que uma força bemfazeja o eleva de quando em vez acima de si mesmo, nessas causas que incutem no espirito dos moços a paixão pelas coisas uteis e practicas, mas sem que desavistemos um só momento a inferioridade de nosso porte e a fraqueza de nossas aptidões.

As questões pertinentes á pathologia nervosa são das mais difficeis que se podem suscitar em medicina.

E ahí está porque os seus multiplos problemas sobrelevam em complexidade e delicadeza os de outra qualquer.

Das soluções difficeis pendem quasi sempre as eventualidades do erro, que em nada pode desdourar a quem aliena de si qualquer pretensão fóra do desejo de aprender.

Abordando um assumpto destes, em cujos dominios permanecem ainda insolúveis questões de alta monta que desafiam em vão a competencia mais bem conduzida, não tivemos em mira si não fazer uma selecção do que melhor se tem escripto a respeito, arregimentando factos, encadeiando doutrinas, acorrentando idéas, depois de submettidos ao criterio de nossa razão pessoal.

Oxalá que, a troco de tamanha pertinacia no amor por essa tarefa pesadissima, seja-nos dado o prazer ingenuo, a vaidade inoffensiva de sustentar as nossas opiniões elaboradas com o calor de uma convicção sincera, mas modesta.

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA PARTE

Da convulsão em geral

DEFINIÇÃO, CARACTERES, EXPRESSÃO CLÍNICA

Em tempos remotos dava-se este nome a toda contracção ou tensão muscular involuntaria. Com o evoluir da sciencia foi-se modificando tal concepção e já em 1839 Nysten restringia a latitude semeiotica da convulsão aos musculos de fibras estriadas, destinando para os de fibras lisas o termo espasmo.

De então para cá esse alvitre encontrou agasalho no espirito de muitos auctores e hoje, sinão todos pelo menos a grande maioria considera a convulsão como contracções involuntarias dos musculos da vida de relação. Assim pensam Axenfeld (1), Mayet (2), Debove et Achard (3), Ferrand et Vidal (4), Hallopeau (5) e muitos outros. Mas esta pretensa dichotomia entre con-

-
- (1) AXENFELD—Traité des nevroses.
 - (2) MAYET—Diagnostic medicale.
 - (3) DEBOVE ET ACHARD—Diagnostic medicale.
 - (4) FERRAND ET VIDAL—Dict. des sc. med.
 - (5) HALLOPEAU—Path. Geral.

vulsões e espasmos não deve ganhar fóros de verdade científica, tanto mais quanto, ferindo em cheio a significação original do termo, contrariaria também os preceitos da clinica que muitas vezes dá o nome de espasmos ás convulsões de certos musculos, taes como o esterno cleido mastoideo, o orbicular das palpebras e outros que são a séde dos espasmos funcçionaes, os quaes não são outra cousa sinão convulsões com seu lugar de representação nos musculos da vida animal. E' este o modo de pensar de Bianchi (1), De Renzi (2) e Degerine (3) que firmam com a auctoridade de sua penna um protesto contra a innovação viciada na origem, proposta pelos auctores modernos.

Assim restabelecida a verdade, as convulsões são espasmos clonicos dos musculos da vida de relação com seus caracteres variaveis no que respeita á rapidez, á successão, á forma, á extensão, á regularidade ou irregularidade.

O movimento que resulta do acto convulsivo tem por caracter ser brusco, subito e irregular; não tem signaes precursores, pelo menos nas partes periphericas, onde elle se objectiva. Entretanto algumas vezes a convulsão é precedida de certas sensações subjectivas nas partes periphericas ou em outros orgãos, como sóe dar na aura de certos epilepticos. Mas a regra é como ficou dito: não tem signaes que annunciem sua apparição.

(1) BIANCHI - Semiotica delle malattie del systema nervoso.

(2) DE RENZI - Clinica propedeutica.

(3) DEGERINE - Path. Geral de Bouchard.

A convulsão tem, no augmento do volume dos musculos postos em acção, na sua rigidez dolorosa, na proeminencia de seus tendões, na compressão por elle exercida nos orgãos visinhos, nas perturbações nutritivas que soffre seu tecido, enfim nas mudanças de attitudo em relação com os movimentos, seus effectos immediatos.

A violencia da contracção pode dar em resultado a ruptura de fibras musculares e até verdadeiras luxações. Não é raro observar-se este facto na epilepsia. Liegeois (1) mostrou experimentalmente que a fadiga, por effecto de contracções permanentes e repetidas, diminue a cohesão do tecido muscular; de onde a facilidade dessas rupturas. O musculo se torna doloroso na convulsão, não só pelo facto mesmo da fadiga que experimenta, sinão pela compressão que exerce sobre os filetes nervosos que nelle serpeiam e os cordões nervosos que lhe estão proximos, além das perturbações nutritivas decorrentes da actividade funcional excessiva. Estas perturbações nutritivas determinadas pela acidificação do meio muscular estão ligadas ao fabrico exaggerado do acido lactico e do acido carbonico.

A duração do movimento, resultante do acto convulsivo, dá-lhe o cunho do tonismo e clonismo, que constituem as duas variedades clinicas sob que se objectivam as convulsões.

Quando as contracções apparecem de um modo rapido e permanecem durante um tempo mais longo

(1) LIEGEOIS - Cit. por Ferrand et Vidal, Dic. des sc. mod.

e regular, no sentido alternativo da flexão e da extensão, trazendo uma rigidez, ou uma tensão quasi permanente, essa é a convulsão tónica. Mais violenta é a rigidez. mais limitadas serão as contracções. Na forma clónica observa-se uma seriação mais ou menos regular de contracções elementares, alternativas e entrecortadas por curtas phases de immobildade e de resolução musculares. E' seu caracter principal a irregularidade no typo do movimento, que é brusco e subito, seguido logo do repouso, que marca nova phase de contracção. E' bem de ver que esse movimento se repete com alternativas mais ou menos approximadas e desiguaes, porque desiguaes são sua durabilidade e sua força.

A balisa demarcadora entre estas duas variedades clinicas da convulsão está, pois, na qualidade de permanencia e de duração transmittida ás contracções.

No tonismo, valendo-nos desta expressão empregada pelos auctores modernos, por isto que a rigidez muscular persiste, sinão sem interrupção, ao menos sem o intervallo de resolução completa, dous aspectos se podem desvendar aos olhos do observador: rigidez completa, absoluta e persistente, tal é o tetano; rigidez animada de sobresaltos mais ou menos regulares, extremamente limitados e unidos pela contracção dos musculos sustentada a um grau menos elevado. A differença que separa a convulsão tetaniforme da simplesmente tónica ou da convulsão clónica, está no grau das contracções, a mesma causa originando alternativamente um ou outro modo convulsivo.

Os movimentos exteriores, subordinados ás formas elementares da perturbação motora se proeessam de concerto com estas. Assim, emquanto no clonismo se produzem movimentos bruscos, intermitentes, que não guardam a menor regularidade na sua força e successão e ainda menos a firmeza na attitude, o tonismo provoca uma attitude permanente, regulada pela rigidez, que pode ser uniforme e completa, ou sacudida de leves sobresaltos successivos e limitados.

Si a convulsão clónica tem sua séde de representção nos membros, estes são abalados de movimento, se fazendo no sentido da flexão e da extensão, raramente no da adducção, abducção e rotação.

Si se effectua na cabeça, esta se move em direcções diversas, predominando sempre a flexão e extensão.

No rosto as contracções dos musculos cuticulares alteram e enfeiam a physionomia communicando-lhe um aspecto rebarbativo; ha desvio manifesto dos globos oculares, que se agitam incoordenada e violentamente, repuxando a pupilla para cima e acarretando o estrabismo.

As convulsões no pescoço e no tronco se produzem por movimentos de extensão e flexão.

No tronco, maxime quando incidem sobre os musculos do thorax e o diaphragma, dá-se a substituição do rythmo respiratorio normal, por uma respiração entrecortada, curta e insufficiente.

Actuando sobre o abdomen, para logo os musculos agem indirectamente sobre os reservatorios que estão sob sua guarida; e nos esphincteres a convulsão traz

como consequencia immediata e mais frequente a retenção do seu conteúdo. Quando, porém, devido ao estado de relaxamento de suas fibras ou ao facto mesmo da convulsão interessar tambem os musculos expulsores, cessa a permanencia da tonicidade dos esphincteres, e a incontinençia será a regra.

Iguaes phenomenos objectivos jámais se observam na convulsão tonica. Aqui o caracteristico principal está na immobilidade mais ou menos completa e na rigidez, imprimindo uma attitude fixa aos membros que padecem. Estes ora ficam estirados, ora guardam uma semiflexão; as mãos fechadas, o pollegar dobrado na palma da mão, em summa cada membro fica tão enrijado, lembrando os do manequim.

Os sobresaltos que agitam de quando em vez os membros não logram jamais deslocal-os da sua attitude primeira.

Na face as convulsões tonicas predominam frequentemente, crispando-lhe as linhas alterando-lhe os traços, cerrando as arcadas dentarias.

O tonismo, exercendo-se nos musculos respiratorios, suspende-lhes todo o movimento, acarretando consequentemente a cyanose e asphyxia. Porque a acção convulsinante não se dá no esphincter com a mesma rapidez dos musculos externos, as evacuações involuntarias se observam mais vezes do que na fórmula clonica.

E' bem de vêr que estas duas variedades de convulsão não são sempre isoladas; bem pelo contrario o são raras vezes, associando-se ambas no mesmo individuo na mesma evoluçãõ pathologica. Os auctores todos

referem a concumitancia num só ataque epileptico de duas phases, pertinente uma ao clonismo, outra ao tonismo; ou melhor numa unica crise epileptica ás convulsões tonicas succedem convulsões clonicas.

Já no tetano, na hysteria e na choréa isto não se dá, assignalando a invasão do primeiro o typo tonico propriamente dito, nas outras a forma clonica domina exclusivamente.

Nas nevroses complexas observam-se as duas modalidades confundidas, amalgamadas para que digamos: tal o caso da hystero epilepsia (1).

As convulsões podem ser generalisadas ou parciaes, affectando todos os musculos, ou se circumscrevendo aos da metade do corpo, a tal ou qual aparelho muscular, segmento do membro e até se limitar a um só musculo. A extensão e generalisação são a tendencia habitual das convulsões: parciaes no inicio, logo se tornam geraes a todo o systema motor.

Tal é a marcha das convulsões chamadas essenciaes; e quando o contrario se dá, isto é, quando convulsões parciaes precedem ou succedem ás convulsões geraes, o clinico deve presumir com fundamento que ellas são a replica de uma lesão cerebral. De marcha essencialmente paroxystica, a convulsão se manifesta por accessos, de duração variavel, cuja reunião constitue um ataque, que não obstante pôde ser produzido por um delles, como acontece nas convulsões tonicas e

(1) DEGERINE e FERRAUD ET VIDAL, ops. cit.

epileptiformes (1). Muita vez os accessos são tão approximados uns dos outros, evoluem-se numa seriação quasi continua, numa progressão crescente de rapidez que chega a constituir o que se chama *estado do mal*.

A frequencia destes accessos está essencialmente ligada á causa da convulsão. O systema nervoso do individuo que foi abalado de movimentos convulsivos está mais exposto do que dantes á explosão desses accessos, pelo facto mesmo do exgottamento que resulta do primeiro ataque e que não é em breve reparado.

Esta condição particular deve servir de aviso ao medico contra a possibilidade da superveniencia destas investidas, cuja gravidade é tão grande nas affecções e molestias convulsivas. A frequencia dos accessos augmenta ainda si considerarmol-os nas lesões centraes, onde as convulsões se approximam e se multiplicam, tornando-se continuas, chronicas e habituaes, sem chegarem entretanto ao character permanente. Se produzem então sem a interferencia de alguma condição provocadora apparente, por isto que ha a persistencia da causa responsavel pelos disturbios da excitação motora.

Nas pyrexias, as convulsões se podem apresentar na invasão ou no declinio da excitação febril, seguindo a marcha da molestia; são em geral de pouca duração (2). Aquellas que surgem no periodo adiantado da molestia e que estão sob a influencia da alteração geral das funcções do organismo pertencem ás formas graves,

(1) DEGERINE, op. cit.

(2) FERRAUD ET VIDAL., op. cit.

ataxicas destas molestias (1): são mais irregulares em seu typo e sua evolução e affectam uma duração mais longa.

Nas nevroses, como já deixamos dito, as convulsões se manifestam por ataques e por accessos.

E' absolutamente impossivel e illogico precisar a duração das convulsões, porque varia com a causa que as determina. Aquellas que são symptomaticas dos centros nervosos lesados tem uma duração variavel, segundo a evolução anatomica do elemento productor. Emquanto não houver destruição dos centros motores excitados, claro é que continuarão ainda na sua funcção diabolica.

Nas nevroses, as convulsões podem se repetir indefinidamente, comtanto que as remissões sejam completas nos intervallos, de ordem a serem sufficientes para a nova accumulção de energia nervosa nas cellulas dos centros. As convulsões que occorrem na evolução das molestias agudas são de menos duração: cessam quando o organismo vae voltando a seu estado normal.

A convulsão tónica passa por uma phase clonica antes de desaparecer, enquanto que a convulsão clonica vae desaparecendo pouco a pouco, paulatinamente, sem mudar de forma e sem perder os caracteres que lhe são proprios.

A convulsão pôde ser a causa dos mais diversos e mais graves accidentes. Quando ellas são genera-

(1) DEGERINE, op. cit.

izadas, o sangue repellido pela força de contracção dos musculos se armazena nas visceras, accarretando algumas vezes hemorragia grave.

Ha no coração tachycardia intensa; nos capillares se faz uma extase sanguinea que vale para explicar as alternativas de anemia e congestão que apresentam os individuos em poder de convulsões. A acynose, que provem das perturbações circulatorias ou do embaraço trazido pela violencia dos espasmos dos musculos do pescoço e thoracicos, póde chegar a asphyxia, que sedá mais facilmente quando existem lesões aguedas ouhronicas do pulmão.

No que diz respeito á temperatura, pode ser augmentada, sobre tudo se predomina a forma tonica da convulsão.

Como exemplo, nomeiemos o tetano, molestia que geralmente é acompanhada de hyperthermia a qual sendo aliás effeito das toxinas elaboradas pelo bacilo de Nicolayer, não deixa todavia de soffrer a influencia do calor produzido pelo trabalho exaggerado dos musculos.

No *estado de mal* a morte sobrevem depois de um periodo de hyperthermia prolongada.

Na esphera do systema nervoso, ás mais das vezes, as desordens da convulsão se traduzem por hyperesthesias, nevralgias, sensação de fadiga, e raras vezes a anesthesia observa-se algumas vezes a coincidência da convulsão com a paralysisia dos musculos que entraram em jogo na acção convulsiva.

Os orgãos do sentidos são igualmente perturba-

dos em suas funcções. De todos, porém, é o apparelho occular aquelle em que os accidentes da convulsão se fazem sentir de um modo mais constante, representados pela ambliopia, diplopia, defeito de accomodação etc.

Emfim a intelligencia tambem soffre os effeitos maleficos da convulsão.

Quando esta se prolonga ou é tonica, a perturbação que imprime ás funcções physiologicas accentua-se sobremodo na circulação encephalica, suspendendo toda a actividade cerebral, mesmo no intervallo dos ataques, como particularmente se observa nos eclampticos. Varias outras perturbações intellectuaes podem acompanhar as convulsões, de accordo com as multiplas causas destas.

As secreções se augmentam quasi sempre no fim das crises, o que é um beneficio. Ninguem poderá contestar o papel verdadeiramente calmante que representam as lagrimas nos hystericos; nem a vantagem dos suores copiosos nos tetanicos, a salivação nos hydrophobos. Remata o final das crises espasmodicas a emissão abundante de urina, que em geral é muito aquosa. Emfim, para terminarmos, as convulsões podem trazer a morte, por asphyxia consecutiva ás convulsões tonicis, por syncope ou por exgottamento nervoso.

ETIOLOGIA

Factor de maxima importancia nas manifestações convulsivas é a susceptibilidade nervosa transmittida por via da herança. Feré (1) chegou até a baptisar com o nome de *espasmophilia* esta predisposição nervosa dos individuos que descendem de paes *nevropathas*. E esta disposição especial é um attributo de grande numero de affecções nervosas, desde a mania aguda até a epilepsia *sine materia*. Echeverria (2) organisou neste particular uma interessante estatistica, de que tirou a seguinte conclusão: "que si l'on reunit aux epileptiques les enfants morts de convulsions, on voit que plus de la moitié des enfants issus d'epileptiques sont des convulsifs."

Este papel transcendente da predisposição hereditaria na genesis da convulsões não padece mais duvida, depois dos trabalhos de Gintrac (3) Morel (4), Degerine (5) e tantos tantos.

(1) FERÉ cit por Degerine Path. Geral de Bouchard 1901

(2) ECHEVERIA Marriage and hereditariness of epileptics, cit por Feré. La famille nevropathique.

(3) GINTRAC Memoire sur l'influence da l'heredité.

(4) MOREL cit por Feré loc. cit.

(5) DEGERINE. L'heredité dans les maladies du systeme nerveux 1886.

A hereditariedade directa das convulsões da infancia, tão bem demonstrada por De Montgolfier, (1) reslata dos casos clínicos referidos nas obras de Bouchut (2), Trousseau (3), Feré (4).

Quem não sabe que a eclampsia infantil surge geralmente nas crianças, cujos paes são epilepticos?

E não foi Caster Grey (5) quem poz em evidencia semelhante facto clinico? Duclós (6) narra a historia de uma mulher que tivera dez irmãos, de que seis morreram em convulsões, e os outros, bem como ella propria, foram atacadas de eclampsia; pois bem: seus filhos todos têm padecido horivelmente de convulsões, alguns dos quaes falleceram nessas crises.

Quando não existam antecedentes nevropathicos, a predisposição ainda pode ser creada por condições outras, particularmente favoraveis ao desenvolvimento da forma pathologica que estudamos. Assim os habitos alcoolicos podem ser considerados como elementos que predispõem hereditariamente o individuo. Buny e Baer (7) na Allemanha, Lanceraux (8) Feré (9) e Com-

(1) MONTGOLFIER. Contribution a l'étude des convulsions de l'enfance, considérés spécialement au point de vue de l'hérédité. These de Lyon.

(2) BOUCHUT. Traité pratique des maladies des nouveaux nés. 5^a edição.

(3) TROUSSEAU Clin. med. de l'Hôtel Dieu 2^a edição.

(4) FERÉ, loc cit.

(5) CASTER GREY. Archiv de neurologie.

(6) DUCLOS. Etudes cliniques pour servir à l'histoire des convulsions de l'enfance. 1884.

(7) BUNY E BAER. Semaine medicale 1890.

(8) LANCERAUX. L'alcoolisme chez l'enfant. Semaine medicale 1896.

(9) FERÉ op. cit.

bemale (1), na França salientaram a maior frequencia das convulsões nas crianças, cujos ascendentes se entregam as libações constantes. Estes pequeninos seres tão prematuramente abandonados da sorte, que são gerados no momento da embriaguez de seus progenitores, offerecem um terreno sujeito em demasia aos abalos convulsivos. Raramente similar ou homologa, a herança é em geral heterologa, sendo os productos epilepticos e hystericos confirmados.

Descendo a outra ordem de estratificações etiologicas, veremos logo que a infancia bem pode se conter nesta rubrica, porque representa a idade em que os phenomenos de excitação motora se produzem com a maior frequencia.

A de mais da facilidade com que o seu systema nervoso responde ás mais leves solicitações internas ou externas, predominando ahi de uma maneira espantosa os actos reflexos, como teremos occasião de mostrar, ha uma variedade de circumstancias outras que preparam para seu debil organismo uma verdadeira eminencia morbida.

Tal se constitue, para não falarmos sinão nos mais importantes, a dentição cuja significação pathologica era tão exaggerada pelos antigos. Levada a questão ao seio da Academia de Medicina de Paris por Magitot, (2) este procurou demonstrar a inexistencia de taes affecções chamadas da dentição, adduzindo em

(1) COMBEMALE. La descendance des alcooliques. Paris 1888.

(2) MAGITOT. Path. Geral de Bouchard.

abono de sua opinião argumentos muito serios fundados na Physiologia Comparada. Suas idéas receberam o applauso de Kassowitz, de Vienna (1) que abundou nas mesmas considerações. Não lograram, porem, a palma da victoria, porquanto Auvart, (2) Charpentier (3) e Peter, (4) que tomaram parte no debate, salientaram e realçaram a verdade da doutrina antiga, mostrando a frequencia dos accidentes de convulsões e diarrhéa que accommettem a crianças, accidentes estes que não se observam fóra do periodo da dentição. Tanto uma como outra opinião pecca por exlcusivista.

A verdade está com Guersant (5), que diz que a dentição crêa uma aptidão morbida para os phenomenos de origem diversa, reflexos ou infectuosos.

Outra condição é o desaleitamento.

Infringidas as regras da bôa hygiene, para logo as funcções se desconcertam, surgem perturbações as mais completas que acarretam dentro em pouco o descalabro da nutrição; e a eclosão dos phenomenos convulsivos não se faz esperar.

Na mesma ordem de factores etiologicos estão as emoções, os traumatismos que assaltam o organismo materno durante a prenhez.

Por condições immanentes ao sexo é o feminino o mais susceptível de convulsões. Alem do periodo do

(1) Kassowitz, Path. Ger. de Bouchard.

(2) AUVART, idem idem.

(3) CHARPENTIER, idem. idem.

(4) PETER, idem idem.

(5) GUERSANT, idem idem.

estabelecimento e de cessação das regras, ha as modificações profundas que traz o puerperio, durante a prenhez, parto, amamentação etc., tantas phases na evolução das quaes a vida organica se constitue a séde de operações importantes, em que a estabilidade das funcções nervosas pode bem ser perturbada

Não devemos voltar mais aqui sobre a tendencia ás convulsões que apresentam em geral as pessôas, particularmente as creanças de susceptibilidade nervosa, o que já foi explanado.

Diversas profissões, pelo jugo continuado de certos grupos musculares, sempre os mesmos, determinam convulsões tonicis especiaes, de que não participam sinão os musculos superactivados. E' certamente o estado nevropathico que constitue a predisposição mais seria a estes espasmos funcçionaes. O excesso do trabalho pode intervir na etiologia desta affecção; mas cumpre não esquecer que ella apparece muitas vezes em quem com moderação se entrega ás occupações habituaes.

Falamos das causas predisponentes da convulsão; agora cogitemos daquellas que agem como factores etiologicos determinantes de convulsão. No topo de todas figuram as affecções encephalicas, representadas por traumatismos do craneo, por encephalite, os moplasmos quando tem sua séde nas regiões motoras, os tuberculos, os tumores meningiticos, a meningite hemorrhagica, al ém de outras affecções menos communs.

As nevroses convulsivas figuram no quadro etio-

logico das convulsões, como se vêem na descripção feita pelos mestres no tocante a este assumpto,

A hysteria, a eclampsia infantil e a tetania são os principaes representantes deste grupo.

Segundo Degerine (1), a epilepsia se deve conter numa classe intermediaria entre as lesões organicas e as nevroses, assim como as convulsões determinadas por effeito do calôr excessivo, isto é, a insolação. De facto, quer a convulsão na insolação seja a consequencia da acção directa do calôr sobre as cellulas nervosas da cortex cerebral em tudo semelhante ás experiencias de Vallin(2), que aquecendo a cabeça dos animaes punha-os em agitação extrema, ou seja ella mero accidente da congestão cerebral (3) o que ainda não está demonstrado, não se póde com propriedade filial-as ao fóro das lesões organicas ou das nevroses, perfeitamente definidas na pathologia nervosa. O seu lugar, pois, é o indicado pelo grande mestre da Academia de Medicina de Paris.

As excitações periphericas, interessando as visceras, os orgãos dos sentidos, etc., podem por via reflexa produzir convulsões.

Irrecusaveis são os documentos fornecidos pela clinica. Ahí estão os casos de simples indigestão e de helmenthiase se objectivando por aquelle symptoma. Assim tambem as crises epilepticas desafiadas pelo fibroma do utero; o blepharo-espasmo se produzindo no conjunctivite, o espasmo vesical na cystite do collo.

(1) DEGERINE. Op. cit.

(2) VALLIN. Citado por Mayet. Diagnostic medicale.

(3) MAYET, op. cit.

Emfim, por este mesmo mechanismo se observam na criança em periodo de dentição ataques de eclampsia para cuja explosão não foi indifferente o processo irritativo da gengiva, occasionado pela sahida dos dentes.

Finalmente, para remate deste assumpto, façamos alguma detença no papel das toxicoses. na producção das convulsões.

Podem ser exagenas ou endogenas. Determinadas pela introducção no organismo de substancias de natureza mineral ou organica, aquellas produzem os seus effeitos de um modo rapido e instantaneo, ou lenta e compassadamente, indo neste ultimo caso se accumular nas visceras e nos orgãos, perturbando-lhes o mechanismo funccional. São desta especie de intoxicacão os mais commummente usados o alcool, o absinthio e o chumbo.

Como já deixamos dito, para que não tenhamos de repisar de novo assumpto, que já foi por nós ferido, as manifestações convulsivas são estreitamente ligadas á vulnerabilidade individual; e aqui ainda temos que attender á qualidade e natureza do liquido ingerido, como se infere dos estudos de Dujardin Beaumetz (1), Richi (2) e Albertoni (3) e das experimentações em animaes praticadas por Magnan (4), Marce (5) e Laborde. (6)

(1) DUJARDIN BEAUMETZ, Arch. de med. exp. 1895.

(2) RICHI, Semaine medicale, 1896.

(3) BULLETIN gen. de therapeutique, 1895.

(4) MAGNAN, Semaine medicale.

(5) MARCE, idem idem.

(6) LABORDE, idem idem.

Além do poder eminentemente tóxico de que goza o álcool, as fraudes de que lançam mão os industriaes substituem os principios naturaes, já por si tão nocivos, pelo ácido cyanhídrico, o furfurool ou aldehydo pyromucica, a pyridina, o salicylato de methyla, a agua de louro cereja, a aldehydo salicylica etc., substancias na sua maioria de poder convulsivante, segundo as experiencias de Joffroy (1) Lepine (2), Laborde e Claudon (3).

A embriaguez occasionada por estes tóxicos recebeu de Percy e Laurent o nome de *embriaguez convulsiva*, porquanto o individuo que está no auge do periodo de excitação estrebucha-se em convulsões epileptiformes de intensidade variavel com os antecedentes pessoaes ou hereditarios.

A intoxicação alcoolica aguda se traduz pela embriaguez, cujo estudo experimental já está feito e pelo delirium tremens que constitue o episodio activo do alcoolismo. O absinthismo, que constitue um typo á parte do alcoolismo (4), facilmente se reconhece pela precocidade, frequencia e gravidade dos accidentes convulsivos, assim como pela violencia do delirio allucinatorio.

A curabilidade desta variedade de epilepsia é certa quando os doentes conseguem renunciar absolu-

(1) JOFFROY, Archives de med. exp., 1895.

(2) LEPINE, idem idem.

(3) SEMAINE MEDICALE, 1895.

(4) BULLETIN de l'Acad. de Med., 1901.

tamente o uso do absinthio, este veneno verde muito em voga nas altas rodas da sociedade.

Não ha ainda hoje na sciencia um só modo de ver e classificar os seus funestissimos effeitos. Lanceraux (1), auctoridade respeitada em todo o mundo, approxima antes da hysteria que do mal comicial os phenomenos do absinthismo agudo, em franco desaccôrdo com os experimentos de Magnan (2) que observou em animaes sujeitos a fortes doses de essencia de absinthio, convulsões tonicas, transformando-se em clonicas, como em um verdadeiro ataque de epilepsia. Nesta mesma classe de intoxicações agudas, que produzem os seus effeitos immediatos, está o chumbo, que, sendo ingerido em alta dose, produz os effeitos da intoxicação saturnina, de que é phenomeno constante a convulsão hystericiforme.

Contentamo-nos de nomear na ordem destas toxicoses, sem fazel-as passar pela analyse, porque apenas são factos do dominio do accaso, as asphyxias toxicas, os envenenamentos pela strychnina, o opio, a cafeina, a cocaina, a belladona e os saes arsenicaes.

Perquiridos os effeitos directos e immediatos das toxicoses exogenas, façamos uma rapida resenha sobre o tóxico que, se armazenando no organismo, actúa sobre todos os órgãos e tecidos, determinando uma dupla serie de lesões: umas degenerativas outras irritativas. Para o systema nervoso os resultados deste processo, complexo em demasia, se traduzem por symptomas caracteristicos e por perturbações constantes.

(1) LANCERAUX, Dict. Encyc. des Sciences medicales.

(2) MAGNAN, cit por Manquat, Traité de Therapeutique.

Desordens motôras primeiramente, indo das caimbras e das contracções espasmodicas até ao tremor e á asthenia muscular; perturbações da sensibilidade caracterizadas por perversões sensitivas, hyperesthesia ou analgesia ás mais das vezes; modificações da intelligência e do character, chegando a uma completa decadencia moral e sobretudo isto, se destacam com episodios incessantes, allucinações que determinam crise-delirantes.

E afinal, por inducção, estas perturbações funcionaes não são sinão o echo das lesões centraes mais ou menos profundas, myelites diffusos, arterites cerebraes, polynevrites.

A associação das desordens centraes e das nevrites crêa o typo clinico complexo da psychose polynevritica, assignalado por Korsakoff. E o desaguadouro ultimo de todos estes temporaes, é ou a demencia alcoolica ou a paralyisia geral, de que a convulsão è um phenomeno constante e invariavel.

E' ponto contro-verso na sciencia este das relações do alcoolismo com a paralyisia geral; e abraçando a opinião de Magnan e outros, acreditamos que o alcool produz verdadeiramente a encephalite diffusa, e não age simplesmente despertando uma predisposição anterior. Assim as inoções experimentaes em animaes têm mostrado na autopsia lesões encephalicas, perfeitamente idénticas áquellas que se encontram nos individuos alcoolistas. Não faltam igualmente provas authenticas na clinica.

Chegamos finalmente ás toxicoses endogenas, verdadeiras auto-intoxicações, em que os venenos elaborados pelo metabolismo organico não podem ser expurgados da economia pelas vias encarregadas dessa função. De onde procede a alluvião de estados morbidos, dos quaes o elemento convulsivo é expressão clinica. São as principaes a urunía e a eclampsia.

Para concluirmos, devemos nos occupar agora da outra fórma de toxicose, daquella que resulta da penetração dos germens vivos na economia, cujas toxinas vão alterar o sangue onde circulam e as visceras onde se depositam; é a chamada toxicose ex-endogena. Pertencem a este grupo as molestias infectuosas, aquellas principalmente que por seu cortejo clinico receberam a denominação de convulsionantes: a raiva, o tetano, a malaria (fórma convulsiva) e a syphilis (manifestação cerebral).

Na mesma rubrica estão as febres eruptivas, cujo periodo de invasão é geralmente registrado pela presença do elemento morbido que vimos estudando.

PATHOGENIA

Pensa a generalidade dos auctores que a convulsão tem o seu substratum anatomo-pathologico, sua fonte de elaboração mais verdadeira na cortex cerebral, no corpo estriado, nos pedunculos, na protuberancia, em fim nos centros bulbos espinhaes.

Qualquer, porém, que seja a séde de producção, as leis que a regem são sempre as mesmas, os principios não variam, os factos não mudam sinão na forma, pelo menos no espirito; porque no systema nervoso é admiravel a coherencia e solidariedade de seus actos normaes ou pathologicos. E é este, quiçá, o maior merecimento da theoria moderna dos neuronios.

Porque afinal tudo se resume na excitação do neuronio motor, seja elle do centro ou da periphéria, taxando-se o determinismo do facto clinico em qualquer canto do systema nervoso, tem-se feito logica e necessariamente em todos os outros. Limitamos, portanto, o círculo de nossa pesquisa á cortex cerebral. em cujos dominios permanecem ainda insoluveis pro-

blemas clínicos de alta relevancia que zombam da sagacidade dos experimentadores e do esforço dos competentes.

E, quando os vemos celebrar com particular alvoroço o progresso crescente por tantas faces da experimentação nesta zona do encephalo, seria imperdoavel fraqueza de nossa parte si não nos esforçassemos por divulgar as conquistas actuaes no campo da medicina pratica. Ahí está a razão justificativa de nossa conducta.

A convulsão, na cortex cerebral, póde ser produzida ou por uma lesão organica ou por uma perturbação puramente funcional.

Enfeixemos as causas susceptiveis de provocar a excitação do neuronio motor em quatro classes: lesões irritativas da cortex, fonte mais frequente das convulsões epileptiformes; perturbações vaso motoras cortico bulbares, produzindo em um dado momento modificações parciaes na circulação cerebral; lesões periphericas agindo sobre o cerebro por via reflexa; intoxicações.

Estudemos separadamente cada uma destas causas, começando pela irritação da cortex.

E' de bom aviso, cingindo-se aos preceitos communs, que não se aliene dos estudos praticos a indagação dos primeiros experimentos, para em synthese firmarem-se idéas absolutamente encadeiadas, doutrinas que se coordenam.

Só depois dos trabalhos de Hughlings Jackson (1)

(1) HUGHLINGS JACKSON, cit. por Viault et Jolyet. Physiologie Humaine.

é que se chegou a ter conhecimento da significação physiologica de certos pontos dos hemispherios cerebraes. O illustre medico inglez fez notar que certos movimentos convulsivos de um lado do corpo eram devidos a um estado morbido que causava a irritação localisada do hemispherio do lado opposto; e concluiu de numerosos factos que certas circumvoluções tinham relações directas com o movimento, e que os phenomenos convulsivos resultavam de lesões irritativas corticaes destas circumvoluções. que eram motoras e susceptiveis de descargas motoras por irritação.

Estas idéas, commentadas por Bright e Wilks (1), foram vivamente impugnadas por muitos homens de sciencia, entre os quaes figura o professor Vulpian. (2)

Não é, porém, de surpreender que este quizesse resumir no seu bel prazer o summo jús, pois, como sabemos, as investigações de Flourens, Hertwig e Magendie haviam elevado á cathegoria de dogma physiologico a inexcitabilidade e homogeneidade funcional dos hemispherios.

Permanecia a questão neste *statu quo*, quando em 1870 veio á luz o memoravel trabalho de Fritsch e Hitzig (3), a quem deve a sciencia o descobrimento experimental dos centros motores corticaes.

Despertados pelo facto de que uma corrente galvanica, atravessando no homem a parte posterior da

(1) BRIGHT e WILKS, cit. por Ferrier. De la localisation dans les maladies cerebrales.

(2) VULPIAN, Leçons sur la physiol. du syst. nerv.

(3) Fritsch e Hitzig. cit. por Charcot. Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau.

cabeça, de uma á outra apophyse mastoide, provoca movimentos dos olhos, fizeram experiencias no cão e demonstraram que certas regiões da substancia cortical respondiam á excitação galvanica por movimentos parciaes e differentes, segundo se excitava este ou aquelle ponto destas regiões.

A descoberta gloriosa de Fritsch e Hitzig foi depois confirmada pelos trabalhos experimentaes de Ferrier, Albertoni, François Franc, Charcot, Pitres e outros, os quaes assentaram o principio de que uma lesão cerebral só podia produzir movimentos convulsivos, quando se assesta em um ponto qualquer ou na visinhança immediata da região motora, que comprehende as circumvoluções frontal ascendente, parietal ascendente e o lobo paracentral, separadas aquellas pela scisura de Rolando.

Aquelles physiologistas, por meio de excitações experimentaes dos diversos pontos daquella zona motora, chegaram a determinar exactamente a area cortical correspondente a cada região da periphèria.

Assim dividiram a zona motora em regiões secundarias, que formam tres centros principaes: um para a face e a lingua, outro para o braço, outro para a perna, correspondendo o primeiro á parte inferior das circumvoluções motoras, o segundo á parte quasi intermedia e o terceiro á parte superior das circumvoluções ascendentes e ao lobulo paracentral, que se póde considerar como a parte terminal destas circumvoluções que se voltam para a face interna dos hemispherios.

Estes dados de geographia cerebral, tirados do estudo das paralsias corticaes, levaram os primeiros observadores a firmar a séde precisa da lesão cerebral productora da epilepsia jacksoniana, sempre que os accessos convulsivos fossem de typo facial, brachial ou erural.

Assim quando estes começam pelo braço é que a lesão cerebral, ou se tracte de uma gomma syphilitica, de um glioma, de um osteoma ou de um parasita está na parte média das circumvoluções motoras; quando pela perna, a lesão deve estar localisada na região paracentral, que abrange o lobo paracentral e a parte superior das circumvoluções motoras; si apparecem primeiramente na face o pé das circumvoluções é o lesado.

Pelo exposto, parece fóra de duvida que só a excitação do neuronio motor da cortex cerebral, directa ou provocada por alteração da visinhança, é susceptivel de determinar phenomenos convulsivos, ou melhor, epilepsia jacksoniana.

Os clinicos sem discrepancia são unanimes em assignalar a raridade da epilepsia parcial fóra das lesões corticaes; e Pitres(1) afirma até que a occurrencia deste syndromo em um hemiplegico permite concluir pela existencia de um fóco cortical.

Entretanto, joeirando a litteratura medica, encontramos factos em desconcerto com este modo de pensar.

(1) PITRES, cit. por Rauzer. Sem. med., 1893.

Tal o caso do proprio Jackson (1) que observou a epilepsia parcial, ocasionada por tumores do corpo estriado; Duflocq (2) que relata uma observação de kysto sanguineo e encapsulado, occupando no centro oval o feixe frontal inferior, se traduzindo por accessos de typo brachial; Seppilli (3) que relata um caso de epilepsia jacksoniana num individuo em que a substancia cortical do lado opposto aos membros em convulsão estava totalmente destruida por um foco de amollecimento.

Estes factos nos levam á convicção de que si no geral das vezes a epilepsia jacksoniana é expressão de uma excitação na camada cortical do cerebro correspondente á zona motora, ella tambem pode ser o resultado de uma compressão ou irritação dos centros sub-corticæes, como pensa Adamkiewicz (4).

Dado que seja a cortex a fonte mais frequente, como o é realmente, dos accessos convulsivos bravais jacksonianos, este papel é só exclusivo da zona motora de Charcot? A clinica protesta contra o absolutismo desta doutrina. Na sessão de 22 de outubro do anno passado, o illustre professor Dieulafoy (5) submetteu ao *verdictum* da Academia de Medicina de Paris um dos curiosos e mais delicados problemas que hão suggerido no estudo das especialisações funcçionaes das diversas

(1) JACKSON, cit. por Mayet. op. cit.

(2) DUFLOCQ, Rev. de med. cit. por Grasset et Ranzier. Mal. du syst. nerv.

(3) SEPELLI, cit. por Ranzier. Sem. med., 1893.

(4) ADAMKIEWICZ, cit. por Pitres. Bull. de l'Acad. de Med.

(5) DIEULAFOY. Presse medicale, 1901.

partes do encephalo. O illustre professor relatou um caso occorrido em sua clinica de um homem de quarenta annos que fôra atacado de accidentes cerebraes graves, principalmente representados por accessos convulsivos unilateraes, começando pelo membro superior direito.

Fundado nos caracteres deste syndromo, Dieulafoy diagnosticou uma lesão cerebral. attingindo certamente as circumvoluções rolandicas do hemispherio cerebral esquerdo. Morto o doente oito dias depois do inicio dos accidentes, fez-se a autopsia, e, em vez da lesão da região rolandica, que se esperava encontrar, havia um tumor, uma gomme syphilitica localisada na extremidade do lobo prefontal. O diagnostico topographico, traçado por aquelle distincto professor, era, como se vê, inexacto.

Apresentando esta observação, que no seu entender contraria cabalmente os preceitos da doutrina localisadora, foi seu intento estabelecer que no numero das epilepsias parciaes, e fóra da epilepsia jacksoniana classica, que tem por causa uma lesão da região rolandica, ha tambem uma epilepsia jacksoniana relativamente frequente que tem por substratum anatomopathologico uma lesão do lobo frontal.

Como era de esperar, estas idéas despertaram no seio da Academia ruidosa discussão em que tomaram parte Pitres (1) Lucas Champonière (2) e Laborde (3)

(1) PITRES, Bull. de l'Acad. de Med., 1901.

(2) LUCAS CHAMPONIERE, idem idem.

(3) LABORDE. idem idem.

que defenderam vivamente os principios firmados pela nova escola localisadora, os quaes segundo disse Pitres, que foi quem discutiu melhor o assumpto, não desconcertam de modo nenhum com o caso clinico referido por Dieulafoy.

Assim abre elle o seu discurso, protestando contra o contexto aphoristico das proposições adduzidas pelo professor de clinica medica da Faculdade de Medicina de Paris, quando pretende justificar o diagnostico topographico da lesão, dizendo que ellas não exprimiam leis demonstradas pela observação, e que sobretudo nunca foram formuladas em termos tão absolutos pelos sabios que tomaram parte na edificação das doutrinas das localisações cerebraes.

Depois de alludir ás primeiras idéas a respeito, em harmonia com o absolutismo daquellas proposições e pelas quaes se suggestionou o professor Dieulafoy, entra no terreno das especulações experimentaes, que trouxeram logo argumentos em sentido opposto ás concepções systematicas que então iam se introduzindo na sciencia.

E enquanto esses estudos dissipavam as illusões antigas, os medicos por sua vez reconheciam que, de parilha com os factos em que a epilepsia parcial é manifestamente symptomatica das lesões grosseiras da cortex cerebral, havia outros em que ella não provem de alteração alguma apreciavel dos centros nervosos: taes eram por exemplo os casos de convulsões epileptoides typicas em individuos sob a acção de toxicoses endogenas e exogenas, de epilepsias jacksonianas

reflexas desenvolvidas á custa de uma irritação peripherica, e cessada com a suppressão da causa.

Esta noticia já vae demasiado longa para que não desçamos mais ás minucias com que Pitres pretende sustentar a these de que as convulsões epileptiformes podem se produzir por qualquer lesão cortical, fóra da zona rolandica; verdade esta proclamada por tantos que concorreram com seu trabalho para o levantamento do edificio das localisações cerebraes. Assim Ferrier (1) Nothnagel (2) Charcot (3) negam o valor absoluto da epilepsia parcial no diagnostico topographico das lesões corticaes; e G. Seppilli (4) diz que a occurrencia deste syndromo implica um processo morbido funcional ou organico na cortex cerebral; mas não permite por si só diagnosticar a séde e natureza deste processo, nem si lesão é ou não da zona motora.

Quem, profundamente recolhido dentro de sua razão, meditar um pouco na philosophia dos factos e na logica dos acontecimentos, não custará a convencer-se de que Dieulafoy acha-se possuido de bõa somma de verdade, quando cathegoricamente affirma que a antiga concepção da epilepsia jacksoniana classica perde todos os dias de seu valor.

Si é certo, como dizem Charcot e Pitres (5) que

(1) FERRIER, loc. cit.

(2) NOTHNAGEL, cit. por Pitres. Bull. de l'Acad. de Med.

(3) CHARCOT, idem idem.

(4) G. SEPELLI, Contributo al significato semeiologico dell'epilessia parziale, Rev. sperimentale de frenatria.

(5) CHARCOT E PITRES. Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'ecorce des hemispheres cerebraux de l'homme. Rev. de Med. cit.

não ha entre as formas da epilepsia parcial e a topographia de sua lesão cortical provocadora relação constante, como existe entre as paralyrias de origem cortical e a séde das lesões destruidoras que lhes dão nascimento, para que se insurge este quanto ao facto de Dieulofoy ter dado grande valor á epilepsia parcial no diagnostico topographico da lesão rolandica, quando no caso por elle apresentado existiam aquellas paralyrias limitadas, que constituem na opinião do primeiro e de Raymond (2) o grande argumento da localisação?

Seja como fôr, o que parece fóra de duvida é que se Pitres conseguiu invalidar a creação proposta por Dieulafoy da epilepsia jacksoniana do lobo frontal, identica á da zona rolandica, não nos deu infelizmente um traço sequer que nos servisse de criterio para o descrime semeiotico entre as lesões de um ou outro ponto, se definindo pela mesma formula clinica:— a epilepsia jacksoniana.

De maneira que diante de um caso desta natureza o clinico sente-se desarmado, mergulhado num mar de duvida, para apontar ao cirurgião o logar exacto a séde precisa, onde deve ser applicado o trepano, destinado a alliviar o pobre doente do pesadelo de soffrimentos agudissimos.

Diante disto, não nos pesa declarar que o grande merecimento da doutrina localisadôra acha-se até certo ponto abalado com a communicação de Dieulafoy, a

(2) RAYMOND. Presse medicale 1901.

qual não figura como unidade na litteratura medica; porque iguaes factos perfeitamente authenticados foram observados por Lepine, Faquet, Lowitz e Chipault.

Após essa corrida pelo terreno da discussão, que nos desviou da ordem de considerações que iamos fazendo, obrigados pelo attractivo do assumpto que nos seduziu, urge que penetremos na esphera das perturbações vaso-motoras, determinando crises epileptiformes, as quaes tem sua razão de ser mais frequente na anemia.

E embora esta não entre na clinica sinão como um processo geral, todavia pode-se abrir uma excepção para certas formas della, taes como a anemia por espasmos vasculares, cuja localisação no bulbo, é sinão exclusiva, pelo menos predominante (Grasset et Rauzier) (1) «E' a claudicação intermittente do bulbo que nos arterio-esclerosos dá origem ao phenomeno que se designa sob o nome de pulso lento permanente, que se acompanha frequentemente de vertigens e de crises epileptiformes».

Fóra deste caso a anemia é uma forma pathologica geral dos centros nervosos.

As perturbações circulatorias, acarretando as desordens da nutrição, agem como excitante. Os neuronios corticaes, antes de se exaurirem, são excitados repentinamente, produzindo os abalos convulsivos generalizados e que pouco duram porque os elementos nervosos exgottam logo sua irritabilidade.

(1) GRASSET E RAUZIER. Mal. du syst. nerv.

E' outro modo de excitação do neuronio motor o determinado pela acção reflexa, para a qual se faz mister uma excitação peripherica se propagando pelas vias nervosas centripetas até um centro nervoso, em que se transforma em acção motora que se reflecte pelas vias centrifugas.

Nos casos de vermes intestinaes, como sóe dar frequentemente nas creanças, a acção centripeta tem por séde os nervos do grande sympathico e por via centrifuga os nervos cerebro rachidianos.

A explicação do exaggero dos actos reflexos na infancia funda-se em que nesta phase da vida os centros de associação, que deveriam exercer uma acção inhibitoria sobre os de projecção, ainda não chegaram a seu desenvolvimento completo, o cerebro neste periodo podendo se comparar ao dos mammiferos inferiores ou ao do adulto, no qual se separasse completamente, por uma secção feita ao redor de cada uma das esferas sensoriaes, os centros de projecção dos de associação.

Todas as manifestações de sua vida consistem em responder por via reflexa ás excitações exteriores. (Van Gehuchten) (1)

Emfim a hyperactividade das cellulas corticaes pode ser posta em jogo pela acção immediata dos toxicos, que actuam directamente sobre ellas, ou occasionando uma perturbação nutritiva das mesmas.

Feita a summula das causas excitadoras das cel-

(1) VAN GEHUCHTEN. Anatomie du syst. nerv. de l'homme.

lulas nervosas, vejamos como se comportam ellas para se traduzirem em convulsão.

Jackson (1), procurando explicar as convulsões epileptiformes, determinadas por tumores cerebraes, fundamentou a hypothese engenhosissima, divulgada por Charcot, de que os neuronios da cortex cerebral, cellula nervosa para falarmos ao compasso do seu tempo, accumulam energia nervosa, nascida da irritação permanente produzida pelo tumor; de potencial que era, se tornaria synergica, logo que a descarga fosse solicitada por causas multiplas, definindo-se em phenomenos convulsivos, começando pela região do corpo cujo centro cortical armazenasse maior somma de força nervosa. Assim se explicaria a phase de excitação que marca o começo da crise e os phenomenos de depressão que lhe seguem. Comparada a cellula cortical que accumula a força nervosa e a liberta sob a forma da convulsão a uma pequena garrafa de Leyden, que se descarrega quando o fluido electrico attingiu um certo gráo de tensão superior á sua capacidade accumuladora, os inglezes appellidaram de *decharging lesions* os accessos de epilepsia parcial.

Esta theoria creada por Hughlings Jackson e acceita pela generalidade dos auctores não nos explica como, fazendo-se a ablação total dos centros corticaes, correspondendo physiologicamente ao signal-symptoma, ainda persistem os accessos, emquanto que em

(1) JACKSON, cit. por Rauzier. Semaine medicale, 1893.

outros casos desaparecem com a diminuição da tensão craneana; não nos explica como as convulsões epileptoides podem se desenvolver, mau grado o estado absolutamente são da zona motora. Por estes e outros factos somos levados a admittir que a theoria de Jackson deve se referir tambem aos centros sub-corticaes; e si este nosso modo de pensar não é verdadeiro, e não achamos um motivo serio que o nullifique, um recurso nos resta: o de abraçar o alvitre de Adamkiewicz (1) da irritação ou compressão directa dos centros subcorticaes, segundo alludiu Pitres (2).

Sem o concurso destas duas theorias, não é possível interpretar-se o mechanismo intimo dos factos clinicos.

Eis em synthese geral o que nos parece mais ou menos assentado para a explicação da forma pathologica que serve de dissertação para nossa these.

Entretanto, perdoem-nos os que pensarem differentemente; os verdadeiros orgãos de producção das convulsões são os centros bulbo-espinhaes. Toda a excitação, venha de onde vier, ou da camada cortical do cerebro, ou da peripheria, tem necessaria e fatalmente de ser transmittida pelas vias classicas conhecidas até aquelles centros, sem cuja connivencia, sem a hyperactividade delles a convulsão não se pode effectuar.

Esta hyperactividade, segundo arrazôa Dejerine, (3) se põe em jogo ou por acção directa sobre as

cellulas dos centros, como acontece nas intoxicações de origem interna ou externa, ou á custa da irritação dos centros superiores, transmittida pelas fibras emanadas das zonas motoras da cortex aos centros bulbo-espinhaes.

Tal é a interpretação mais fundamentada das convulsões por lesões corticaes ou subcorticaes, que bem pode ser extensiva tambem ás diversas intoxicações e infecções.

Para estas ultimas, porém, o mechanismo da excitação cortical não está bem esclarecido; arguem uns as perturbações circulatorias, outros as desordens nutritivas resultantes destas perturbações ou da acção directa dos agentes toxicos.

Emfim, a excitação bulbo espinhal pode-se produzir mercê das excitações periphericas, que são levadas pelos nervos aos centros sensitivos, os quaes impressionam secundariamente os motores. Estão nesta rubrica as convulsões reflexas.

(1) ADAMKIEWICZ, Bull. de l'Acad. de Med.

(2) PITRES, idem idem.

(3) DEGERINE, op. cit.

DIAGNOSTICO

Para firmarmos a individualidade semeiologica da convulsão, devemos extremal-a dos varios modos de acção muscular anormal, não obstante os caracteres que assignalam cada uma dellas.

Assim, a agitação muscular não se pode confundir com a convulsão, porque está sob o imperio da vontade, os seus movimentos guardando a coordenação e harmonia que são o caracter dos movimentos voluntarios.

Nem da mesma sorte os ticos ordinarios, cujo diagnostico em geral não comporta duvida, tendo-se presente o conceito de G. Guinon (1) quando diz que o tico é um movimento convulsivo habitual e consciente, resultante da contracção involuntaria de um ou diversos musculos do corpo, e reproduzindo ás mais das vezes, mas de um modo intempestivo, algum gesto reflexo ou automatico da vida ordinaria.

(1) G. GUINON, cit. por Degerine, op. cit.

Iguál facilidade já não existe para com uma affecção especial conhecida pelo nome de molestia dos ticos convulsivos que se revela na criança unicamente pelas contracções musculares. Basta, porém, attentar-se em que, sobre serem pseudo-intensionaes, dolorosos ou não, os movimentos do tico são bruscos, mais ou menos rhythmicos, muito curtos e descontínuos e influenciados pela vontade que os regula sempre.

Além destes caracteres que só por si bastam para o deslinde entre os dous movimentos anormaes, ha uma infinidade de outros bem descriptos por Gilles de la Tourette (1) e Guinon (2), que não entram na alçada deste desprezencioso trabalho.

A convulsão tonica pode semelhar a contractura; mas differe, porque não possui o caracter permanente de rigidez, animada como é de sobresaltos successivos e regulares, e apresentando momentos de relaxamento.

Os movimentos choreicos são dotados de uma fraca energia e de irregularidade em sua séde; abalando continuamente os musculos attingidos, imprimem aos membros uma direcção diversa de sua attitude normal. Aquí o clinico deve ter o maior cuidado na apreciação desses movimentos, porque na choréa electrica de Bergeran e na fibrillar de Morvan, verdadeiras myoclonias como chama Raymond (1) elles são substituidos por espasmos clonicos, mais accentuados

(1) GILLES DE LA TOURETTE. Archives de neurologie cit. por Graset et Rauzier, loc. cit.

(2) GUINON, loc. cit.

(3) RAYMOND, Mal. du syst. nerveux.

na primeira do que na segunda, onde se tornam quasi inapreciaveis.

Vejamos como discernir, como deslindar esta meada.

A choréa electrica de Bergeran é uma affecção pouco conhecida, e por isto mesmo ainda não está bem estudada. O que está assentado é que ella tem predilecção especial pelas crianças, principalmente quando trazem o ferrete da herança nevropathica.

Apparece abruptamente, quasi sempre depois de uma emoção qualquer, e logo topa o maximo de intensidade, manifestando-se por contracções bruscas, «que mais parecem o effeito de uma descarga electrica repetida, *de um modo rhythmico*, com intervallos approximados, ou medeando alguns minutos de distancia». O caracter rhythmico destas contracções que desapparecem durante o somno, variando de aspecto com o musculo attingido, a ausencia de perturbações nervosas outras, fóra dos movimentos involuntarios, a força muscular, a sensibilidade e as reacções electricas dos musculos não soffrendo nenhuma modificação, dão o traço divisorio entre os dous estados pathologicos.

Na outra variedade de choréa as contracções não interessam sinão feixes isolados do musculo, e quando se accentuam mais, os movimentos que determinam são tão mal perceptíveis que ninguém poderia suppor-os de natureza convulsiva.

Os movimentos da athetose, muis lentos que os choreicos, são vagarosos, arhythmicos, irregulares e de pequena amplitude. Generalisados a quasi todo o corpo,

elles affectam mais particularmente as extremidades dos membros superiores e inferiores e os dous lados da face. No repouso diminuem de frequencia e de intensidade; e desaparecem durante o somno, mas nem sempre como observaram Massalongo e Kurella (1). Excepcionalmente podem ser apaziguados pela vontade (Eulemberg e Lange 2).

Além destes signaes, devemos acrescentar que o seu inicio é ordinariamente lento e progressivo, passando da face ao membro ou de um lado a outro. Esta invasão não se faz sinão durante um tempo bastante longo, seis annos, segundo Greidemberg (3), nove a quatorze conforme Blocq e Blin (4).

Os movimentos da athetose differem da convulsão, porque são lentos, ondulantes, progressivos, illogicos e de vasta amplitude. Estes caracteres, reunidos aos que deixamos descriptos, são sufficientes para estabelecerem o diagnostico.

No momento actual não se pode dar uma descripção unica e completa do tremor. (Degerine) (5). Todavia são seus caracteres constantes as oscillações rythmicas, involuntarias, que o corpo ou parte delle descreve em torno da sua posição de equilibrio. São decomponiveis pelo methodo graphico em uma serie de oscillações iguaes ou desiguaes entre si, mas symetricas ao redor de seu eixo. Por este methodo, que é o

melhor meio de estudar um tremor, vê-se que na maioria delles o traçado nem sempre é regular. Nota-se muitas vezes uma oscillação mais ampla, mais brusca, parecendo que um estímulo mais forte incidiu sobre a linha geral do traçado.

Pela exposição succinta que acabamos de fazer, claro é que não se cercará da menor difficuldade o diagnostico do elemento convulsivo.

Emfim as myoclonias são de rapido reconhecimento, porque se caracterizam por contracções irregulares dos musculos de um membro, ou só de um musculo, ou parte deste.

(1) MASSALONGO e KURELLA, cit. por Grasset e Rauzier.
 (2) EULEMBERG e LANGE, cit. por Degerine, op. cit.
 (3) GREIDEMBERG, id. loc. cit.
 (4) BLOCQ e BLIN, id. loc. cit.
 (5) DEGERINE, op. cit.

SEGUNDA PARTE

CONVULSÃO—ELEMENTO MORBIDO

CONVULSÃO NA CONGESTÃO CEREBRAL

A influencia da congestão cerebral na producção do elemento convulsivo epileptiforme é assumpto que ainda padece discussão na sciencia.

Nothnagel (1) sustenta que a congestão cerebral simples, extreme de acção infectuosa, é susceptivel de produzir aquelle phenomeno morbido com ou sem perda de conhecimento. A maioria dos auctores, porém, mantem-se em opposição firme a este modo de pensar.

Omittiremos adrede esse estudo para esmiuçarmos questões outras de maior relevancia, para as quaes se voltam irresistivelmente os nossos olhos, e que já receberam o assenso definitivo da sciencia.

CONVULSÃO NA MENINGITE CEREBRAL

O quadro symptomatico desta molestia é dividido em dous periodos: um de excitação, outro de depressão. O primeiro resulta da excitação da camada corti-

(1) NOTHNAGEL cit. por Mayet, loc. cit.

cal do cerebro; o segundo da desorganisação deste quando ha meningo encephalite, ou da compressão do orgão por um exsudado quando este é em quantidade sufficiente. Ainda arguem uns o simples exgottamento ou a paralytia por fadiga provenientes da excitação forte e prolongada que soffre o systema nervoso.

A convulsão entra aqui como episodio menos frequente do que a contractura.

Rapidamente tonica, occupa sobretudo os musculos flexôres do ante-braço e da perna. Como o character geral das meningites é a diffusão dos symptomas, a convulsão se torna logo generalisada, desaparecendo quando começa o periodo de depressão, assignalado pela somnolencia e resolução muscular, implicando a phase de exgottamento.

Nas crianças frequentemente se observam na evolução de uma molestia infectuosa, particularmente as eruptivas, manifestações de apparencia meningitica, denominadas pela clinica *meningismo*, que é um syndromo que não deve ser confundido com a meningite, entidade morbida bem definida e caracterisada. O prognostico das convulsões, gravissimo que é, não nos leva a suppôr que a cura dessa affecção caiba com perspectivas de resultado nos dominos da therapeutica pathogenica.

O tractamento deve ser feito com a maior prudencia e sem perda de tempo; a par das emissões sanguineas e dos antiphlogisticos, os purgativos, os calmantes e os revulsivos têm inteira applicação.

MENINGITE TUBERCULOSA

Fôra desta rubrica está a tuberculose meningéa, manifestação circumscripta, cujos productos se organisam em uma massa mais ou menos volumosa, constituindo um ou diversos tuberculos conglomerados, que podem ganhar certas proporções, mas no entanto não acarretam a meningite concumitante no sentido legitimo da palavra.

Meningite tuberculosa e tuberculose meningéa são, pois, duas modalidades clinicas de significação diversa. Só da primeira cogitaremos.

Durante o periodo de excitação, a meningite tuberculosa pôde apresentar convulsões epileptiformes se repetindo durante um ou dous dias, com intervallo de coma nas crianças.

Algumas vezes num só accesso convulsivo violento, sobrevindo sem os accidentes caracteristicos anteriores, seguido de coma e morte, cifra-se a marcha da molestia, que em geral é chronica, mas insidiosa.

Não é raro observarem-se accidentes convulsivos eclamptiformes, quando se declara repentinamente o processo tuberculoso. E estes são geralmente acompanhados de hemiplegia, a qual pode apparecer no introito da molestia como arrazoam Jaccoud (1) e Chantemesse (2).

Dado que esta hemiplegia seja transitoria, isto significa que é expressão do exgottamento determinado pelas crises convulsivas.

(1) JACCOUD, cit. por Degerine, op. cit.

(2) CHANTEMESSE, id. id., loc. cit.

As pesquisas dos signaes anteriores ás convulsões e que são em abastança nesta molestia, perturbações oculares, vaso-motoras, digestivas, modificações do character e no adulto a presença frequente de outras localizações tuberculosas farão sem difficuldade conhecer a natureza dos accidentes convulsivos (Degerine) (3).

O prognostico da convulsão, como o da molestia de que é symptoma, é extremamente grave.

Não temos nada que accrescentar com relação ao tratamento das convulsões, que em these geral é o mesmo para todas. Apenas diremos que na Inglaterra os auctores têm preconizado a trepanação basilar ou a punção do rachis com o fim de diminuir a tensão do liquido encephalo rachidiano.

CONVULSÃO NA HEMORRHAGIA MENINGEA

A hemorrhagia meningea pode se manifestar por convulsões epileptiformes sobrevindo no momento do ictus apoplectico sob a forma de accessos numerosos, de curta duração, medeiando entre elles um pequeno intervallo. Estas convulsões são logo substituidas por um estado comatoso com hemiplegia ou paralyisia dos quatro membros. A's vezes reaparecem durante o periodo da coma, mais ou menos prolongado, e neste caso são rapidamente seguidas de morte.

O diagnostico se firmará graças aos signaes da pachymeningite, por via da qual se processou a hemorrhagia. São os antecedentes alcoolicos, cephalalgia, vertigens, perturbações das faculdades etc.

(3) DEGERINE, loc. cit.

O prognostico das convulsões é gravissimo.

O tratamento é o mesmo já referido.

ENCEPHALITE AGUDA

Causa frequente das convulsões na infancia, esta affecção não acommette a idade adulta, sinão como episodio secundario, aos abcessos geralmente de origem traumatica.

Acompanhando a cephalalgia, a hyperthermia e o delirio, vêm as convulsões epileptiformes, sem serem precedidas do grito inicial, e muitas vezes se accentuando mais de um lado do que do outro.

Estes accessos se repetem um ou dous dias, medeiando entre elles intervallos de coma, durante o qual se nota a hemiplegia, attestado eloquente da origem cerebral das convulsões.

A natureza da lesão productora será posta em evidencia pelo conhecimento dos commemorativos.

A marcha das convulsões seguem *pari passu* os periodos da affecção. Quasi sempre ellas deixam de existir no periodo comatoso, que na maioria dos casos leva o doente ao tumulo.

O prognostico é, portanto, dos menos favoraveis que se possam formular na clinica.

O tratamento das convulsões, *mutatis mutandis*, é o mesmo applicado ás meningites.

cal do cerebro; o segundo da desorganisação deste quando ha meningo encephalite, ou da compressão do orgão por um exsudado quando este é em quantidade sufficiente. Ainda arguem uns o simples exgottamento ou a paralytia por fadiga provenientes da excitação forte e prolongada que soffre o systema nervoso.

A convulsão entra aqui como episodio menos frequente do que a contractura.

Rapidamente tonica, occupa sobretudo os musculos flexôres do ante-braço e da perna. Como o caracter geral das meningites é a diffusão dos symptommas, a convulsão se torna logo generalisada, desapparecendo quando começa o periodo de depressão, assignalado pela somnolencia e resolução muscular, implicando a phase de exgottamento.

Nas crianças frequentemente se observam na evolução de uma molestia infectuosa, particularmente as eruptivas, manifestações de apparencia meningitica, denominadas pela clinica *meningismo*, que é um syndromo que não deve ser confundido com a meningite, entidade morbida bem definida e caracterisada. O prognostico das convulsões, gravissimo que é, não nos leva a suppôr que a cura dessa affecção caiba com perspectivas de resultado nos dominos da therapeutica pathogenica.

O tractamento deve ser feito com a maior prudencia e sem perda de tempo; a par das emissões sanguineas e dos antiphlogisticos, os purgativos, os calmantes e os revulsivos têm inteira applicação.

MENINGITE TUBERCULOSA

Fóra desta rubrica está a tuberculose meningéa, manifestação circumscripta, cujos productos se organisam em uma massa mais ou menos volumosa, constituindo um ou diversos tuberculos conglomerados, que podem ganhar certas proporções, mas no entanto não acarretam a meningite concumitante no sentido legitimo da palavra.

Meningite tuberculosa e tuberculose meningéa são, pois, duas modalidades clinicas de significação diversa. Só da primeira cogitaremos.

Durante o periodo de excitação, a meningite tuberculosa póde apresentar convulsões epileptiformes se repetindo durante um ou dous dias, com intervallo de coma nas crianças.

Algumas vezes num só accesso convulsivo violento, sobrevindo sem os accidentes caracteristicos anteriores, seguido de coma e morte, cifra-se a marcha da molestia, que em geral é chronica, mas insidiosa.

Não é raro observarem-se accidentes convulsivos eclamptiformes, quando se declara repentinamente o processo tuberculoso. E estes são geralmente acompanhados de hemiplegia, a qual pode apparecer no introito da molestia como arrazoam Jaccoud (1) e Chantemesse (2).

Dado que esta hemiplegia seja transitoria, isto significa que é expressão do exgottamento determinado pelas crises convulsivas.

(1) JACCOUD, cit. por Degerine, op. cit.

(2) CHANTEMESSE, id. id., loc. cit.

CONVULSÃO NA ESCLEROSE CEREBRAL CHRONICA OU PARALYSIA
ESPASMODICA CEREBRAL INFANTIL

Esta affecção tem por caracteres no inicio apresentar manifestações febris de intensidade moderada e crise convulsivas com perda de conhecimento. Estas surgem em geral com as roupagens do mal de Hercules.

De oscillações na sua intensidade, medeiadas de intervallos minimos, ellas se distinguem segundo P. Marie (1) da epilepsia essencial pela ausencia do grito inicial, de espuma na bocca, de mordedura na lingua e de coma esterterosa no fim do accesso.

Richardière (2) diz que os accessos convulsivos no caso que estudamos se podem apresentar de duas maneiras diversas; semelhante uma ás crises do mal comicial, a outra á epilepsia bravais jacksoniana. Nesta ultima fórma as convulsões seriam, conforme Richardière, circumscriptas á região paralyzada, generalisando-se no fim do accesso.

Advirta-se que algumas vezes a convulsão apparece no começo quasi furtivamente, deixando como traço de sua passagem uma hemiplegia espasmodica sem a superveniencia de novos accessos, os quaes si voltam de novo são dobradas de intensidade, chegando até ao estado de mal.

Esta affecção que, como faz notar Degerine (3), resulta da encephalite aguda, será com facilidade diagnosticada, attentando-se em que a origem cerebral da

(1) P. MARIE, cit. por Grasset e Rauzier, loc. cit.

(2) RICHARDIERE, idem idem.

(3) DEGERINE, loc. cit. 1901.

convulsão será posta em evidencia pela presença de paralyzas e contracturas datando da infancia.

Não é possível *a priori* estabelecer um juizo, nem pronunciar uma sentença sobre o prognostico da convulsão, porque sua divisa aqui é a extrema variabilidade em suas manifestações.

Os auctores todos referem factos de sujeitos que vivem bem tempo, a despeito da continuação das crises; e outros em que os accessos fazem uma apparição terrivel, finando-se o doente em estado comatoso.

A convulsão marcha de par com a evolução rapida ou lenta do processo esclerotico.

O tractamento a seguir é o indicado por Hammond (1), que consiste no emprego do bromureto de potassio para calmar as convulsões, que, quando cessam, a intelligencia começa logo a esclarecer; nas correntes continuas para as contracturas e nas faradicas para as paralyzas.

Pensa elle poder assim modificar a lesão central, si não está em periodo adiantado. A serie dos antispasmodicos será posta em jogo, não só para combater as convulsões do começo, sinão tambem para prevenir e tractar as crises epileptiformes da affecção confirmada.

CONVULSÃO NA ANEMIA CEREBRAL

Substratum anatomo-pathologico das grandes hemorragias internas e externas, a anemia cerebral se acompaña sempre de convulsões, que são clonicas e generalizadas.

(1) HAMMOND, cit. por Grasset e Rauzin, loc. cit.

Apparecem sem a perda do conhecimento, que só se dá quando o paciente cahe em syncope, a qual geralmente é mortal.

Como já tivemos occasião de ver, as convulsões se ligam ao facto da excitação ischemica.

Phenomeno subsidiario dessa excitação passageira que se opera em todos os casos em que os neuronios mudam suas condições physicas, temos o delirio que muitas vezes se mostra antes do periodo comatoso (1).

Quando a ischemia é de uma zona do cerebro, tal o caso de um embolo, obliterando a arteria sylviana, convulsões se manifestam, mas neste caso se tornam adstrictas a um ou mais grupos de musculos. Estes abalos convulsivos que cedo desapparecem para dar lugar á resolução muscular, são da mesma sorte phenomenos de ischemia cerebral.

Na anemia generalisada as convulsões dominam a scena, até que comece o periodo comatoso, que marca sempre o desapparecimento da convulsão.

O diagnostico logo se fará naquelles casos de hemorrhagia externa; mas o mesmo não succede com a outra variedade em que se faz mister a analyse minuciosa de outros symptomas, os quaes, em conjuncto, permittirão realizar semelhante empenho.

O prognostico é variavel, segundo se tracta de uma anemia em grau elevado de intensidade, segundo a causa productora e as contingencias favoraveis ou infensas ao paciente.

(1) DR. R. MEIRA. - Estudo semiotico do coma. *Th. se inaug.*

Do conhecimento desses pormenores, dessas condições, promanam as indicações therapeuticas.

CONVULSÃO NOS TUMORES CEREBRAES

No quadro clinico dos tumores cerebraes, alguns, pela raridade com que se apresentam, figuram como curiosidades anatomo-pathologicas. Outros, pelo contrario, fixam seu habitat mais commum na caixa craneana e são representados pelos tuberculos, syphilomas, gliomas, sarcomas, carcinomas, tumores aneurysmaticos e alguns de natureza parasitaria.

E' de grande alcance para o clinico saber sua séd. de predilecção para este ou aquelle ponto do cerebro. Os auctores mostram com algarismos de estatistica que o tuberculo tem o seu lugar de eleição mais commum na protuberancia e na zona motora de Charcot, especialmente o territorio do centro motor do membro inferior, quando não se assestam no cerebello, que é sua morada predilecta.

As gommas syphiliticas corticaes são no pensar de Dieulafoy (1) mais frequentes do que as gommas centraes; e conforme a estatistica de H. Herber (2) os syphilomas cerebraes são mais vezes observados no lobo frontal do que na região rolandica. Por este facto, tira Dieulafoy (3) a conclusão *a priori* de que a epilepsia jacksoniana consecutiva ás lesões desta região é devida

(1) DIEULAFOY, Bulle:in de l'Acad. de Med., 1901.

(2) H. HERBER, id id., cit. por Dieulafoy.

(3) DIEULAFOY, op. cit.

no geral dos casos antes ao glioma, ao tuberculoma, do que ao syphiloma.

Os tumores aneurysmaticos se desenvolvem á custa do tronco basilar, das arterias cerebraes médias, anteriores, carotida interna e sylviana; são mais frequentes á esquerda do que á direita, como rezam as estatísticas.

Os tumores parasitarios, principalmente os echynococcus, têm sua séde mais constante nas meninges, sobretudo a piamater.

Em qualquer territorio do encephalo as desordens por elles produzidas emanam de duas causas: compressão determinada pelo desenvolvimento do neoplasma que acarreta uma diminuição do espaço da cavidade craneana de paredes inextensíveis; irritação directa pelo tumor, trazendo a desorganisação de um territorio determinado do encephalo. Nos symptomas que dahi promanam figuram as convulsões ao lado da cephalalgia e do vomito. O valor do conjuncto destes tres symptomas é de tão elevada importancia, que quando são bem caracterisados se pode diagnosticar com relativa facilidade um tumôr cerebral.

As convulsões que se observam nestes casos se manifestam de duas maneiras, consoantes ao local onde reside o neoplasma. Naquelles que estão sob certa condição topographica, isto é, que tem sua base na camada cortical do cerebro, especialmente na zona rolandica, ou num feixe motor que lhe está contiguo, o caracter da convulsão trahe, reflecte o ponto de origem: é a epilepsia jacksoniana. Nos tumores de localisação differente,

as convulsões são o resultado do augmento da pressão intracranéana, e semelham ás da epilepsia essencial.

Façamos uma descripção succinta das convulsões num e noutro caso.

A epilepsia jacksoniana, epilepsia parcial, epilepsia cortical dos auctores allemães, é um syndromo caracterisado por accessos convulsivos, tendo seu ponto de partida em grupos musculares circumscriptos no braço, na perna ou na face constituindo a epilepsia brachial, crural e facial que designam a região primeiramente atacada pela convulsão.

Quando o accesso é sómente limitado a uma dessas regiões, temos a epilepsia jacksoniana classica; outras vezes sahe desta orbita e se estende ás outras regiões, creando o typo mixto brachio-facial, brachio-crural, etc., indo até a se generalizar.

Como se vê, o que caracteriza a epilepsia parcial é que ella começa por uma região nitidamente limitada, e ainda que se estenda a outras, se distingue da epilepsia essencial, cujas crises convulsivas são logo generalizadas. Os phenomenos premunitorios do ataque, as auras nunca faltam; o doente não perde o conhecimento e assiste terrificado o seu accesso (Raymond) (1).

A aura póde ser motora, sensitiva, sensorial, psychica ou vaso-motora. Quando motora, consiste em espasmo tonico ou clónico de um grupo isolado de musculo, contractura de um dêdo, agitação clonica dos musculos da eminencia thenar e hypothear de uma

(1) RAYMOND, *Maladies du syst. nerveux*, 1901.

mão; desvio da commissura labial, blephoro-espasmo unilateral. Depois explode o ataque propriamente dito, as convulsões apparecendo primeiro no lugar que foi a séde da aura.

Si, como é mais frequente, o braço foi o preferido, geralmente ha no inicio movimentos alternativos de flexão e extensão do pollegar, os quaes ás vezes são precedidos de contractura. Esta phase tonica inicial pode faltar; neste caso as convulsões são logo clonicas, sempre no sentido da flexão e da extensão; vão abrangendo o braço, chegando até a espadua, onde algumas vezes podem ficar limitadas, Geralmente, porém, transpõem esta orbita e se estendem á face do mesmo lado, e dahi ganham o membro inferior. Emfim estes movimentos se podem tornar geraes a todo o corpo, mas sempre predominandô em intensidade no lado primeiramente assaltado.

Como se vê, a convulsão pode ser tonica e clonica successivamente, e no que respeita á séde temos que o ataque pode ser parcial, quando se produz num segmento do membro, monoplegico, hemiplegico e generalizado. Num individuo que se queixa de dôr encephalica viva, localisada no lado opposto ás convulsões, nevrite optica, vomito e phenomenos pareticos nas partes que foram agitadas de convulsão, o diagnostico do tumôr cerebral se impõe; mas sua situação geographica no cerebro não pode *a priori* ser traçada de um modo convicto e absoluto, porque o valor da epilepsia parcial no diagnostico topographico dos tumores cerebraes é quasi nullo. E' o

que se deduz dos trabalhos de Oppenheim (1) e Bruns (2) na Allemanha; Charcot (3), Ferrier (4) e Pitres (5) na França; Byron e Bramwell na Inglaterra.

Merece ser estampado aqui o seguinte conceito de M. Auvray:

« On ne peut jamais affirmer d'une façon absolue le siège précis d'une tumeur cerebrale et il faut s'attendre à des erreurs même dans les cas où l'on croit être le plus sur de son diagnostic. »

Charcot (6) achava que deviam os tumores cerebraes ser excluidos do quadro relativo ao estudo das localisações cerebraes, porque sua complexidade não permittia tirar nenhuma deducção physiologica possivel.

Na verdade, os tumores cerebraes, por mais limitados que sejam, produzem sempre phenomenos de destruição, de compressão e de irritação que tornam extremamente difficil a analyse e interpretação de suas reacções pathologicas.

Nos tumores que se alojam em zonas differentes da rolandica, as convulsões são a consequencia directa do augmento de pressão intracranéa, como pensa Raymond (7). Ellas têm o aspecto da epilepsia essencial.

(1) OPPENHEIM, Ueber die durch Tehldiagnasen bedingten Misserfolg der Hirnchirurgia.

(2) BRUNS, Ueber einige besondere schwierige und praktische wichtige differentielle diagnostische Fragen in Besung auf die Localisation der Hirntumoren,

(3) CHARCOT, loc. cit.

(4) FERRIER, id. id.

(5) PITRES, id. id.

(6) CHARCOT cit. por Pitres, Bull. de l'Acad. de Med.

(7) RAYMOND. op. cit.

Desde que o doente, bruscamente acommettido de grande pallidez, solta um grito estridente e cahe, corpo em abandono, sem preferencias de lugar, todos os musculos do corpo são rapidamente invadidos por uma rigidez tetanica, que chega a determinar a mordedura da lingua, incontinencia de urina e evacuação de materias fecaes. Cessada esta phase tetaniforme, que pode durar alguns segundos ou mais, apparecem as convulsões clonicas, que affectam igualmente a totalidade dos musculos do corpo, com a particularidade, porém, que são geralmente mais accentuadas num lado.

Enrugadas as faces, a lingua presa entre as arcadas dentarias, deixa escorrer pelos cantos da bocca uma espuma sanguinolenta. Passada a crise, transforma-se a scena; ao terremoto que passou, substituiu a calma e o repouso absolutos; o doente dorme um somno estertoroso e reparador, e inconsciente, estranho ao que se passou, sente pouco e pouco se aclarar a intelligencia até que afinal torna-se senhor de si, sem apresentar phenomenos de paralytia por via de regra.

Peia exposição que fizemos, claro está que a differença que separa uma e outra fórma de convulsão é grande. Assim, nesta ultima o ataque vem com uma velocidade e subitaneidade que não se encontram em nenhuma outra fórma de affecção convulsiva, e que faz com que o individuo ceda á força da gravidade sem poder evitar o perigo de sua queda, que lhe pode trazer as lesões mais graves; ao passo que na epilepsia jacksoniana as auras nunca faltam, as convulsões não se generalisam abruptamente, a de mais de outros caracteres

differencias que resaltam da descripção que deixamos feita.

Cumpre notar que a natureza da lesão, responsavel pelos ataques convulsivos, é um problema clinico de difficil solução. Ao lado das lesões somaticas, materiaes da cortex e dos outros centros já conhecidos, temos que attender tambem ás perturbações de ordem dinamica, se definindo pela mesma perturbação motora. Tal o caso da hysteria.

Os trabalhos de Charcot (1), Ballet et Crepin (2) e Guillarduci (3) mostram que esta nevrose pode se traduzir por ataques de convulsões parciaes, inteiramente analogos á epilepsia jacksoniana. Já se vê, pois, que a convulsão como elemento isolado, como unidade symptomatica, não nos pode de maneira nenhuma esclarecer a natureza da lesão cerebral. Considerando-a, porém, parte do cortejo symptomatico bem caracterizado, o seu valor semeiogenico sobe de importancia e cresce de utilidade.

Tal é o caso de que nos occupamos.

Fóra do *estado de mal* a que póde chegar a violencia da convulsão em qualquer affecção de natureza convulsiva, ella não tem um prognostico que lhe seja proprio. Phenomeno symptomatico, subordina-se á molestia ou á affecção, de que é attributo clinico. Em geral os tumores cerebraes encerram um prognostico grave. Alguns, como o syphiloma, cedem ás vezes ao trata-

(1) CHARCOT, Œuvres complètes.

(2) BALLEET ET CREPIN. Arch. de neurol.

(3) GUILLARDUCCI, Presse med, 1900.

mento específico, dadas certas condições no que respeita á séde, ao desenvolvimento do neoplasma, á resistencia individual, etc.

Os meios cirurgicos tem sua virtude curativa, não só pela intervenção directa, sinão pelo facto da descompressão que elles determinam.

PARALYSIA GERAL

No periodo de estado é assignalada quasi sempre por crises convulsivas de apparencia epileptiforme com elevação consideravel da temperatura.

Estes accessos variam em frequencia e intensidade.

Pelos signaes capitaes, que são o delirio sob as diversas modalidades, tremôr, perturbações da palavra, signal de Argyl Robertson, etc., pode-se fazer o diagnostico da affecção cerebral.

De marcha progressiva, o prognostico é fatal.

As medidas therapeuticas não podem soffrear o curso da molestia, sinão que trazem um allivio aos padecimentos occurrentes na sua marcha.

PROPOSIÇÕES

CHIMICA MEDICA

I

Sempre que dous fragmentos da materia guardam certas condições indispensaveis, elles se attrahem ou se repellem.

II

Isto que se dá no macrocosmo do mundo physico verifica-se tambem no microcosmo das combinações chimicas.

III

A affinidade como a saturação é universal.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

A cellula é um prototypo da vida considerada como unidade.

II

Logo não ha differença essencial entre cellula animal e vegetal.

III

Ha entretanto caracteres de orgão e de funcção que firmam a dichotomia real entre aquelles dous seres, biologicamente identicos.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Pelo facto da grande mobilidade do baço, muitos anatomistas lhe tem traçado direcções diversas.

II

Assim alguns lhe attribuem uma direcção vertical, outros, como Piorry, acreditam ser essa direcção quasi horizontal.

III

Eichhorstz e Mosler consideram-n'o como sensivelmente paralelo ás costellas.

HISTOLOGIA

I

A cortex cerebral foi, segundo Ramon y Cajol, dividida em quatro zonas.

II

Cada uma destas zonas é constituída por um typo de cellulas distinctas.

III

As cellulas pyramidaes da segunda camada são consideradas por muitos physiologistas como os corpusculos psychicos por excellencia.

PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

I

Até muito recentemente se admittia que o arco reflexo simples, o arco espinhal, era o aparelho fun-

damental da acção reflexa, o arco cerebral não tendo sinão uma acção enregistradora, de percepção consciente, e um papel modificador, voluntario ou automatico.

II

Hoje é tendencia admittir-se que os reflexos cutaneos e os tendinosos procedem de uma origem diferente: os primeiros de fonte cortical, os segundos de origem medullar.

III

Sherrington, em experiencias sobre o macaco, mostrou que os reflexos cutaneos são abolidos immediatamente depois da ablação da zona motora.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillo da peste foi isolado pela primeira vez por Kitasato e Yersin.

II

A fórma essencial deste microbio, tal qual se apresenta no succo de um bubão no periodo inicial, é a de um bacillo curto, de extremidades arredondadas.

III

Elle se colora facilmente, particularmente nas extremidades, de modo quo o centro apparece com um espaço claro.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A evolução successiva dos actos morbidos de um orgão affectado subordina-se ás suas condições de organisação propria.

II

Ella varia, portanto, de um órgão a outro.

III

Para um mesmo órgão dá-se também uma variante, que depende da natureza da causa morbida.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A esclerodermia é caracterizada por uma estrutura anormal da pelle e do tecido cellullar sub-cutaneo.

II

Sobrevem na idade média da vida, sobretudo na mulher.

III

O terreno nervoso e arthritico são os mais proprios para o seu desenvolvimento.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Pharmacologia é a parte da materia medica que tem por objecto o estudo dos medicamentos em tudo o que pode esclarecer sobre o seu emprego therapeutico.

II

Ella tem uma relação intima com a botanica, a zoologia e a chimica.

III

Estas trez ultimas sciencias constituem as suas bases fundamentaes.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A choréa propriamente dita, ou choréa de Sydenham, se observa sobretudo e quasi exclusivamente na infancia.

II

Nas crianças ella ataca sobretudo aquellas cuja idade varia entre seis a quinze annos, observando-se, por excepção rarissima, lá um ou outro caso fóra desse limite.

III

A partir do momento em que se estabelecem as regras, a choréa de Sydenham quando apparece é ordinariamente de natureza hysterica.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Admitte-se hoje de uma maneira geral que o mal perforante plantar é uma perturbação trophica, cuja localisação parece algumas vezes influenciada por uma causa mechanica.

II

E' sobretudo na tuberculose e no diabetes que se observa esta affecção com mais frequencia.

III

Ella apparece, si bem que mais raramente, na lepra, na syringomyelia e na *spina bifida*.

CLINICA OPHTHALMOLOGICA

I

As perturbações pupillares são extremamente frequentes na tabes dorsalis e paralytia geral, e seu valor semeiologico é tão grande que permite algumas vezes diagnosticar-se qualquer uma dessas affecções, quando ellas não se revelam ainda por qualquer outro signal.

II

Na tabes as perturbações da sensibilidade cutanea com topographia radicular podem algumas vezes preceder o signal de Argyll-Robertson.

III

Este phenomeno pupillar é quasi sempre, mas não essencialmente, binocular.

CLINICA CIRURGICA

(2.^a CADEIRA)

I

O epithelioma ou cancroide dos labios, chamado ainda cancro dos fumadores, é uma affecção muito commum e grave, que acomette especialmente o sexo masculino.

II

Muitos auctores vêm no fumo a causa productora; mas a verdade é que uma irritação local e prolongada pode determinar a apparição do epithelioma, ajudada pela predisposição individual.

III

Esta affecção tem sua jazida predilecta no labio inferior.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A pericardiotomia é a incisão do pericardio.

II

Esta operação consiste em abrir largamente a serosa cardiaca para dar vasão a liquidos em sua cavidade, ou com o fim de servir de operação preliminar, quando se intervem no coração.

III

Os processos mais recommendaveis para sua pratica são o de Delorme e Mignon e os de Voinitch-Sianogensky.

CLINICA CIRURGICA

(1.^a CADEIRA)

I

A drenagem da cavidade pericardica é necessaria, depois de qualquer intervenção nesta serosa.

II

Ella deve ser feita depois da sutura parcial do involucro cardiaco.

III

A anesthesia, para intervirm no myocardio, requer muita circumspecção.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O augmento de volume do pancreas é muito difficil de se apreciar pela percursão; em que pese a Piorry, o qual traçou as regras de plessimetria applicada a este órgão, percutindo a região lombar.

II

A auscultação não nos presta aqui o menor serviço.

III

A apalpação, sim, tem sua utilidade, indicando a presença ou ausencia do tumor.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A região mediastina é a porção da cavidade thoracica, comprehendida entre as duas pleuras mediastinas. Ella é dividida em duas partes: o mediastino anterior e o mediastino posterior.

II

E' no primeiro, isto é, na baixa porção, que está situado o coração com sua serosa.

III

O coração é algumas vezes attingido nos ferimentos do peito, e a operação reciamada nesses casos é a sutura.

THERAPEUTICA

I

O bromureto de potassio diminue consideravelmente a excitabilidade reflexa do cerebro.

II

Albertoni provou experimentalmente que elle suprime a possibilidade de provocar accessos epileptiformes pela irritação electrica da cortex.

III

Sokolowisky demonstrou que as fortes doses de bromureto de potassio determinam a anemia do cerebro.

CLINICA PEDIATRICA

I

Deve-se distinguir na criança o tetano das convulsões essenciaes ou symptomaticas.

II

Estas se acompanham de phenomenos cerebraes, perturbações da intelligencia, dos sentidos, vomitos, dôres de cabeça, etc.

III

Além de que sua apparição é mais tardia do que o tetano.

CLINICA MEDICA

(2.^a CADEIRA)

I

O estado de mal epileptico, que se termina ás mais das vezes pela morte, é constituído por dous periodos: um convulsivo, outro de exgottamento.

II

A elevação da temperatura é um dos seus signaes capitaes. Sobe a 40 e 41 grãos, couservando-se assim ainda mesmo depois da terminação fatal, como nota Bourneville.

III

O estudo da temperatura fornece nesses casos indicações prognosticas de subido valor.

HYGIENE

I

O estudo da origem dos alcools lança viva luz na questão palpitaute das devastações do alcoolismo.

II

Todos os alcools examinados são mais ou menos toxicos, com excepção do alcool cetylico, por ser insolvel.

III

Além da origem, influe grandemente sobre a natureza e a energia de seus effeitos o gráo de pureza dos alcools; dahí a necessidade de sua retificação.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

Devem estar isemptos de penalidade os crimes commettidos sob o impulso da embriaguez completa, conscientemente premeditados.

II

Si de um lado existe a intenção do delicto, de outra parte este é consummado em plena noite de espirito, abolida a consciencia no momento da realização do attentado.

III

O ebrio que a tal estado desceu com o proposito do crime não é de nenhum modo responsavel.

CLINICA MEDICA

(1.^a CADEIRA)

I

As nephrites de origem hepatica procedem de auto-intoxicações muito complexas, cujo papel pathogenico tem sido demonstrado pela experimentação.

II

No curso de ictericia simples, sem outros phenomenos infectuosos, se tem encontrado na urina a presença de albumina com cylindros hyalinos ou granulolos.

III

Os venenos que intervêm nessas fórmulas ligeiras de nephrite são provavelmente multiplos, a bilirubina,

segundo Bouchard, e os saes biliares conforme Wener, Nothnagel e Gouget.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

E' do mais alto valor clinico o exame da urina nas mulheres gravidas.

II

Si este exame revelar a presenca de albumina, bom e que fique de sobreaviso o parteiro para o caso de eclampsia.

III

E' dos accidentes do parto um dos mais perigosos para a vida da gestante e do fe'to.

OBSTETRICIA

I

O rachitismo respeita, em via de regra, os diâmetros do estreito inferior da bacia.

II

Todos os outros diâmetros são mais ou menos alterados.

III

A ruptura do utero pode dar-se durante o periodo da gravidez.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A dipsomania, manifestamente inclusa no quadro das loucuras de fundo degenerativo, e a obsessão periodica de beber.

II

O dipsomano differe totalmente do alcoolista; este torna-se alienado, porque bebe; aquelle bebe porque e alienado, e subjugado pelo raptus impulsivo de sua mania, transpõe todo e qualquer obice, mata, desce a todas as abjecções, comtando que beba, beba até cahir.

III

O individuo preso de tão degradante obsessão de modo nenhum e responsavel, no intervallo dos accessos, pelos crimes ou contravenções do dipsomano.

Visto.—Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,
em 5 de Março de 1902.

Dz. Brito Silva,
SUB-SECRETARIO.

CORRIGENDA

PAG.	LINHA	EM VEZ DE	LEIA-SE
8	6	e a incontinencia	a incontinencia
12	7	a acyanose	a cyanose
12	12	agudas	agudas
12	12	ouhronicas	ou chronicas
16	2	reslata	resalta
16	19	Buny	Bung
17	22	nos	nas
18	9	a crianças	as crianças
18	9	accommettem	acommettem
19	11	jugo	jogo
19	25	moplasma	neoplasma
20	1	vêm	vê
21	8	exagenas	exogenas
24	11	diffusos	diffusas
24	15	assignado	assignalado
24	19	contro-verso	controverso
25	7	urania	uremia