

Gazeta Medica da Bahia

Publicação Mensal

VOL. XXXIII

JULHO DE 1901

NUMERO 1

R. 5122 O trigésimo quinto anniversario da Gazeta

Trinta e cinco annos transcorreram que surgiu nesta capital o primeiro numero da *Gazeta Medica da Bahia*. Rever-lhe esse passado todo, infelizmente não nos traz a satisfação de verificar que progredimos muito como centro de investigações scientificas.

Almejavamos que tivéssemos, em progressão geometrica, atingido o grau de desenvolvimento que o 1.º decennio de existencia desta revista induzia a prever.

Circumstancias varias obstaram que isto succedesse, mas as reminiscencias daquelle passado luminoso impõe-nos o dever de, ao impulso de tendencias melhoristas, procurarmos manter-nos á altura daquellas tradições, que tanto nobilitam o nome da Bahia como centro de estudos.

Daqui destas columnas vieram á publicidade os primeiros ensaios de importantes estudos, alguns de todo originaes, outros inteiramente novos no paiz: os de Wucherer sobre filarias, sobre anquilostomos, sobre ophi-dios, etc., os de Silva Lima sobre beri beri, sobre ainhum, sobre filaria, etc., os de Silva Araujo, de Severiano de Magalhães, de Pacifico Pereira sobre filariose, sobre beri-beri, etc. Aqui têm sido discutidas as mais importantes questões de pathologia intertropical.

Da pleiade de fundadores da *Gazeta* existem Silva Lima, Virgilio Damazio e Pacifico Pereira. Ao primeiro e ao ultimo deve ella o ter mantido até hoje seu lugar na historia medica do Brazil, mas era preciso que um

grupo novo se propuzesse a substituir na faina aquelles uteis á existencia da mesma gazeta.

Na constancia, abnegação e força de vontade delles, ganharemos incentivo para proseguir no proposito de manter o bom nome do organ da classe medica no Estado.

Convictos de que não ha razões para que não seja o Brazil um meio uberrimo de boa producção intellectual, crentes de que a illustração scientifica e a consciencia profissional de muitos de nossos confrades podem tornar os orgulho de nossas escholas, de nosso paiz e até da sciencia, se á porfia quizerem com assiduidade aprimorar suas aptidões e accumular labores de descoberta ou mesmo de verificação, achamos que a classe medica da Bahia, como a do resto do paiz, não pode acompanhar indifferente os progressos que dia a dia melhoram nossos conhecimentos em pathologia, e o que é mais, necessita provar que não é simples usufructuaria das conquistas do esforço alheio.

Precisamos pela perseverança no trabalho prestadio, accumulando aqui, accuradamente criticados, nossos acertos e nossos erros, dar nosso tributo para que se estabeleça a verdadeira nosologia brasileira.

Agora que todos os paizes porfiam em crear institutos para o estudo da medicina intertropical, nós, mercê do clima sob que vivemos, e da diversidade de raças que povoam este solo, estamos obrigados a fornecer nosso contingente á elucidação de uns tantos pontos de pathologia. E sendo como é enorme o campo a rotear, propugnaremos sempre pelo desenvolvimento dos estudos praticos em nossos hospitaes e nos laboratorios da Faculdade medica desta capital. Com isto esperamos manter no primeiro plano desta revista a secção de artigos originaes.

As grandes correlações da medicina tropical com a medicina em geral, a necessidade que tem a pathologia de no inventario de seus progressos pesar as modificações que porventura necessite fazer em suas grandes generalizações, obrigam-nos a estudar sempre as questões de nosologia extra-tropical. De mais o Brazil pelas suas regiões meridionaes a isso nos induz. Eis porque ás mesmas questões dedicaremos mensalmente revistas geraes.

Além disso na muito numerosa collecção de revistas publicadas alhures, escolheremos e condensaremos o que de melhor ellas publicarem.

Livres do optimismo leviano e danoso, que a muitos faz apregoar que attingimos toda a altura desejavel de sufficiencia pratica e adextramento tecnico, faremos das questões de ensino, hygiene e medicina pratica assumpto de nossas constantes preoccupações.

A' realização do promettido não nos falte o forte apoio de nossos collegas presentes e futuros.—*J. M.*

Inspeccão do naso-pharynge por um novo processo de autopsia

POR

AFRANIO PEIXOTO, D. M.

Preparador de Medicina-Jegal na Faculdade de Medicina e Professor interino de hygiene da Faculdade de Direito da Bahia

Na pratica das autopsias clinicas e das autopsias forenses, poucas vezes se offerecerão ao operador maiores difficuldades que ao examinar o naso-pharynge, tantas vezes necessario para os mistéres diversissimos da anatomia pathologica e da medicina legal.

Isto vem sobretudo de tres causas differentes, qual difficultando mais o processo operatorio.

A constituição mesma das partes, que muitas devem ser poupadas para o exame ulterior, sua disposição em cavidades anfractuosas e órgãos delicadíssimos, prepostos a funções relevantes e que devem ser conservados e, sobretudo, o preceito formal de não mutilar aparentemente o cadáver, collidem essa necessidade de tudo ver claramente e esta aspiração simplificadora da technica de tudo executar facilmente.

E é porque não existe até agora um bom processo de inspecção do naso-pharynge, podendo reunir as vantagens de facil desempenho, seguro meio de investigação e perfeita reparação final.

A menção rapida dos processos existentes e mais ainda sua critica comparada bastam para assegurar do exposto.

Von Træltzsch (1) recommenda façam-se dois cortes de serra, verticaes, dos quaes um passa um pouco para traz das apophyses mastoides e o outro pelas pequenas azas do esphenoide, penetrando até a base do craneo. Fazendo com um escôpro um pequeno orificio na sella turcica, a partir desse ponto, a serragem pode ser levada a cabo, facilmente. Desarticulam-se o maxillar inferior e o atlas do occipital para complemento da operação.

Luschka (2) procede differentemente: secciona as partes molles da maxilla por uma incisão semi-circular que vá de um a outro lóbo das orelhas, separando de suas inserções ou seccionando nesse trajecto o pavimento da bocca. Desarticula-se o maxillar inferior e com o escôpro separa-se a abobada palatina e partes contiguas das fossas nasaes.

(1) in Archiv f. pathol. Anat. und Physiol. v. 13 pg. 513—Berlin—1858.

(2) *Der Schlundkopf des Menschen*—Tubingen—1868.

Wendt (3) resume o seu modo de proceder ordenando que a escôpro é depois a serra, a partir da apophyse crista-galli, para dentro e para traz, descreva-se através das partes duras um arco convexo para fóra, que comprehenda a ponta do rochedo e vá á margem anterior do buraco occipital.

Virchow (4) divide transversalmente o ethmoide com um escôpro fino penetrando no sentido vertical; em um segundo tempo faz um córte antero-posterior que divide a fossa media da base do craneo em ambos os lados e chega por detraz até o rochedo; finalmente um terceiro córte transversal através da parte superior do corpo do esphenoide une-se aos antero-posteriores; dispondo-se parallelamente ao ethmoidal permite, uma vez tenham penetrado sufficientemente as incisões, ver tanto as cellulas ethmoidaes como a porção superior e posterior das fossas nasaes.

Schalle (5), procurando abranger n'uma mesma inspecção o naso-pharynge e os organs auditivos, instituiu um complicado processo de autopsia, que não posso descrever com demora porque até essa menção seria difficil.

Retirados a calota craneana, cortada quasi rente com o rebordo orbitario, e o encephalo, traçam-se algumas extensas e resolutas incisões das partes molles separando de um e outro lado pelle, musculos, glandulas etc. Corta-se a capsula articular do maxillar, lu-

(3) in H. Wendt u. E. Wagner—Krankh. d. Nasenrachenhöhle u. d. Rachens—Handbuch der spec. Pathol. u. Ther. von H. V. Ziemssen—v. VII 1^o. pg. 246—Leipzig—1878.

(4) Técnica de las autopsias—trad. hesp. da 4^a. ed. all. pelo Dr. Aldabalde. pg. 159 Madrid 1894.

(5) in Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. v. 71 pg. —206 Berlin—1877.

xa-se-o, separa-se-o do superior por um aparelho conveniente, bem fixado, e com uma serra ainda especial, por modos longa e complicadamente descriptos, serra-se na ossatura crâneo-facial um grande bloco compreendendo parte da base do craneo, porções do ethmoide, esphenoide, rochedo, occipital e da face maxillar superior, palatinos, malares, cartuxos etc., podendo-se, graças a esta devastadora mutilação interna, apreciar os organs ali contidos.

Harris (6) depois de ter posto a descoberto a base do craneo, divide transversalmente com um escôpro o corpo do esphenoide um pouco adiante de seu ponto de reunião com a porção basilar do occipital. Perpendicularmente aos extremos dessa incisão, cortando o pavimento medio da base do craneo para fóra do seio cavernoso, *tracem-se duas secções paralelas*, dirigindo-se para diante para o pavimento superior, através das pequenas azas do esphenoide e indo até a metade interna da porção orbitaria do frontal que se divide de cada lado até sua extremidade anterior. Uma secção cortando transversalmente a lamina crivada do ethmoide reúne as extremidades anteriores das duas antecedentes, circumscrevendo um bloco osseo que despegado por pequenos golpes de escôpro e com uma pinça, permite o exame das fossas nasaes.

Harke (7) insatisfeito com os processos existentes propõe nova pratica.

Retirando o cerebro como habitualmente, separam-se os retalhos cutaneos o mais possivel, de sorte a fi

(6) *Manoel d'autopsies* —trad. franc. Dr. *Sturmont* pg 74—*Bruxel.*—1888.

(7) in *Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.* v. 125 pg. 410 *Berlin*—1891.

carem expostos facilmente os globos oculares e ossos nasaes para a frente e o buraco occipital para traz. Se para-se do craneo a musculatura cervical e procede-se a um córte sagital, a mais ou menos tres centimetros do plano mediano, á direita ou á esquerda, conforme a fossa nasal que se queira primeiro inspeccionar, indo adiante até a raiz dos ossos proprios do nariz, atraz, até o buraco occipital. Uma pequena serra disjuntará os pontos da base que tiverem escapado a esse grande córte.

Os ossos nasaes, a abobada palatina, as arcadas dentarias do maxillar superior formam ainda connexões entre as duas metades quasi seccionadas, mas permitem largura bastante para incisar-se com um canivete a mucosa nasal e da abobada do pharynge. Um afastamento maior quebra essas ultimas ligações, facilmente, podendo as duas metades rodar, deslizando-se uma sobre a outra.

Um outro modo de proceder consiste em serrar a base perpendicularmente ao córte sagital para a direita e para a esquerda no ponto correspondente á parede superior do naso-pharynge.

Do ponto em que o córte sagital corta a sella turcica dão-se dois traços de serra até as extremidades da linha supra-mencionada: resulta um triangulo rectangulo depois de tirado o qual pode dar-se uma vista d'olho nas fossas nasaes.

Todos esses processos que vim expondo merecem criticas fundadas que por vezes, em dada emergencia, podem abalar-lhes os creditos, mesmo aos mais seguros.

Em primeiro lugar, á excepção do de *Luschka*, são todos penosos e fatigantes; carecem de previa secção da calota craneana, retirada do encéphalo e complicadas secções osseas, sempre difficeis, uma vez que se tem em mira poupar organs delicados, conteúdos e a recompo-

sição final, sempre de regra; pôr vezes o trabalho é exhaustivo, tal o caso da manobra com a serra de mão no processo de *Wendt* e nas diversas complicações do de *Schalle*, que não conseguiu deixar dissimuladas as grandes dificuldades de seu methodo, a cujo desfavor accresce o carecer de technicos exercitados, como deveriam ser todos, mas como em realidade muito poucos se encontram, mas, o que é mais, só se pode executar com o instrumental para o fim expressamente inventado pelo auctor.

Depois, e inconveniente mais serio, muitos delles deixam muito incompleta a inspecção.

O de *Troeltsch* deixa as fossas nasaes no cadaver, o de *Luschka* pouco permite bem ver, apesar de suas grosseiras mutilações osseas; o de *Wendt* permite uma noção falseada pela facil destruição com a serra das partes delicadas do nariz; o de *Virchow*, por confissão propria, permite apenas o exame da porção posterior das fossas nasaes; assim o de *Harris* que é o antecedente em suas linhas geraes e sem maiores vantagens; e até o de *Schalle* que pretende de uma vez abranger o naso-otopharynge deixa sem exame as extremidades anteriores dos cartuxos medios e inferiores, não comprehendidas no bloco osseo, sendo que a região do infundibulo fica destruida na secção; nem a essa luz escapa o segundo modo de proceder de *Harke* pelo limitado campo á inspecção que permite o espaço triangular descripto.

Ainda, e finalmente, a recomposição final que se deve sempre ter em proposito sacrifica-se grandemente mais de uma vez pelas praticas expostas.

No de *Troeltsch* é dificultada pela falta do terço medio do craneo e separação do aparelho ligamentoso;

nos de *Schalle* e *Harke* sobretudo, bem que affirmem contrariamente estes auctores, é custosa uma reparação completa. *Schalle* não pode encobrir que seccionando a cavidade orbitaria, o globo ferido por detraz e não achando apoio tende a deprimir-se, defeituando a apparencia do cadaver; depois é difficil que após tantas complicadas manobras, incisões, serragens, afastamento, etc. com um pouco de algodão para encher o vasio deixado pelo bloco osseo retirado, venha-se a velar externamente mutilações que se podem ter extendido até fora.

A primeira pratica de *Harke*, em que se separam, lado a lado, as duas metades do craneo e face, não é consentanea sempre com perfeita discreção pelo tegumento dessas profundas mutilações internas.

Todos esses motivos me levaram a procurar um meio de resolver o problema, reunindo as condições, exigidas para um exito completo. Tal foi o motivo dessa exposição, para que, lisamente, se possa averiguar se a pretensão de ter achado um methodo novo e util se justifica pela critica comparada dos defeitos albeios.

Fique entretanto consiguado, de justiça, o reconhecimento de que só o processo de *Schalle* permite a inspecção correlada do naso-pharynge e dos orgams auditivos, que tantas vezes de commum devem ser examinados, levando nesse sentido vantagem a todos, e ainda que *Harke* pela sua primeira pratica dá ao campo de inspecção uma luz como não permittiu ainda nenhum outro. Ao primeiro nem carecia, nesse particular, o meo ou outro applauso, se já a menção de *Zucherkindl* em sua poderosa *Normale. u. patholog. Anatomie der Nasenhoöhle etc.* o recommenda.

Visando apenas o naso-pharynge, alvejando uma clara inspecção e uma perfeita recomposição final. que

tantas vezes brigam por se achar juntas, o meo processo afigura-se-me o mais facil e de mais seguros resultados: e é porque o chamo a uma companhia tão illustre.

Processo do auctor (8) Aberta a cavidade buccal pela secção media do maxillar inferior na symphise do mento e desinserção dos musculos do pavimento da bocca que nelle se prendem, traz-se a cabeça do cadaver até a borda da mesa, apoiando-se pela nuca pendida, pois, um pouco para baixo.

Descolla-se inteiramente o labio superior, comprehendendo nessa separação a parte anterior das narinas, até certa altura, em que, continuando a raspar o maxillar superior têm-se os dois orificios anteriores das fossas nasaes abertos.

Uma tentacacula intrometida por um destes orificios vae sahir no fundo da garganta, de um dos lados da úvula. A partir dahi, de cada lado, secciona-se o véo do paladar, depois as partes molles que revestem a abobada palatina, até os espaços que separam os incisivos medianos dos lateraes. Com uma pequena serra, do lado da bocca, serra-se o bordo alveolar do maxillar na frente e a abobada palatina em seguida. Pode haver vantagem em utilizar-se da serra de cadeia: nestas condições guiada até o fundo da garganta por uma agulha curva e flexivel, procura-se obter a secção, que é feita, no caso, de traz para diante, tendo-se sempre em mira o ponto em que deve terminar, dando uma orientação nitida ao corte. Uma tesoura introduzida, cada ramo em um, nos dois orificios anteriores, cortará o septo em toda a extensão, permittindo retirar o

(8) Afranio Peixoto—Manual de Thanatoscopia Judicial—pg. 161, Bahia—1901.

pequeno plastrão que comprehende os dois incisivos medianos, bordo alveolar correspondente, porção mediana da abobada palatina e do véo do paladar e a úvula.

A operação realisa-se em menos tempo do que é preciso para referil-a e permite, olhando de cima para baixo (a cabeça está declive) ver claramente toda a mucosa das fossas nasaes de cima para baixo, de diante para traz, cartuxos inferiores, medios e ethmoidaes e suas superficies internas até certo ponto, o que não seria possível se se olhasse invertidamente, isto é, do ethmoide para a bocca, visto a disposição concava inferiormente dos mesmos.

Tem se, facilmente, examinados a bocca, as fossas nasaes, o pharynge, as diversas dependencias dessas provincias da economia e até a abertura superior do larynge.

Quer se queira proceder a uma autopsia completa, quer a uma autopsia primitiva do nariz, esse processo tem grande vantagem sobre os outros por mais de um motivo.

Sua facilidade é extrema: com um canivete, uma pequena serra ou uma serra de cadeia e uma tentaculula, em alguns instantes tem-se um exito completo. A unica difficuldade que encontrei foi de uma vez uma forte resistencia á serra offerecida pela contiguidade estreitissima dos incisivos não permittindo chegar ao bordo alveolar: a serra de cadeia resolveu o caso cortando inversamente.

A luz offerecida pelo campo de operação é sufficiente para indagações anatomo-pathologicas e medico-legaes, facilitadas ainda mais pelo repuxamento para fóra da lingua, por meio de uma erina.

Abaixadas as partes molles descolladas (labio su-

perior, nariz) tem-se recomposto o cadaver sem o vestigio de uma incisão; o maxillar inferior approximado, um ponto de sutura dado nas partes molles na linha mediana, facilmente disfarçado, especialmente quando ha barba, tem-se recomposta a physionomia em seos traços primitivos, o que nem sempre permittem as extensas lesões osseas de Troeltsch, Wendt, Virchow, Harris, Schalle e Harke.

UMA NOVIDADE DE PATHOLOGIA INDIGENA

UM CASO AUTOCHTHONE DE «PIEDRA»

PELO

Dr. Pedro S. Magalhães

Professor de Pathologia Cirurgica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

(Continuação da pag. 603, Vol. XXXII)

Lavado em ether e examinado em glicerina um fragmento de cabello tendo nodulos, com o auxilio de uma combinação optica do microscópio augmentando moderadamente, reconhece-se perfeitamente a conformação e a situação delles, percebe-se igualmente o fio capillar atravez da massa que o cerca.

Esmagando-se um dos nodulos entre as duas laminas da preparação, divisa se ligeiramente a constituição daquella massa em que superabundam corpusculos tendo a fôrma de *sporos*.

Empregando combinação augmentativa mais forte, distinguem-se as fôrmas variadas daquelles corpusculos: uns redondos, outros elípticos, regulares ou irregulares, outros ainda polyedricos de faces mais ou menos curvas.

De tamanhos diversos, muito refrangentes, grupados variadamente aos dous, aos quatro, ou em maior numero, ou ainda conglomerados em massas volumosas esses corpos sporiformes raras vezes apresentam-se tambem isolados. Além desses corpusculos reconhece-se a presença de uma substancia hyalina, formando ganga ou cimento e conglomerando os. Vista de face a massa apresenta aspecto de um mosaico. Em muito menor numero existem tambem corpusculos alongados, uns mais curtos e mais espessos, outros mais longos e mais tenues.

Em algumas preparações vêm-se tambem curtos e delgados bastonetes.

Em preparados corados, principalmente com azul de methylena, ou melhor ainda, com uma mistura azul de methylena e de eosina, examinados com forte augmento, distinguem-se ao redor e envolvendo os corpos sporiformes, quer unicos, quer grupados aos pares, ou aos quatro, ou em maior numero, uma camada de substancia hyalina, envolvendo os e incluindo-os.

Essa substancia hyalina, rebelde á acção do reactivo colorante que atravessa impunemente indo corar fortemente os *sporos* inclusos, apresenta fórmulas varias, umas vezes de cellulas ou utriculos redondos, ou polyedricos, outras vezes de intumescencias claviformes como os *sporangos* de certas *mucedineas*, outras vezes ainda lembram porções de tubos mal definidos em seus delineamentos; dentro de todos elles acham-se os *sporos*, que ahi parecem formar-se e evoluir, soffrendo subdivisão binaria e quaternaria.

Tambem a essas paredes hyalinas, constituidas pela substancia alludida, deve-se attribuir a formação do mosaico notado no aspecto das massas de *sporos* vistas de face; os traços delineando tal mosaico outra coisa

não são que os espaços occupados pela substancia hyalina ficando de permcio e separando os *sporos* ou grupos de *sporos* visinhos. Só a coloração artificial dos *sporos* torna mais perceptivel a disposição na substancia que os envolve. Ella não é amorpha, simples ganga mucilaginososa provindo da degeneração dos corpos sporiformes, nem uma especie de excreção da vegetação delles, como parecem ter julgado alguns autores.

Essa substancia, que desaparece progressivamente em muitos líquidos, é rapidamente atacada pela potassa-caustica. Por isso, não convém o emprego desse reactivo em preparações nas quaes se queira estudar a organização della. A lavagem em ether, o tratamento pelo acido acetico, a coloração e preparação em glycerina, fazendo ligeiro esmagamento dos nodulos, constitue a technica precisa para o resultado apontado.

Nas preparações não coloridas os *sporos* muito difficilmente se deixam differençar da substancia hyalina de seus envolveros; a forte refrangencia dos primeiros não favorece a distincção, parece pelo contrario difficultal-a.

Devo bem accentuar a divergencia de minha propria observação em confronto com as anteriores de outros autores, relativamente ao ultimo ponto alladido.

Morris disse que «quando a massa tem attingido um certo volume as cellulas superficiaes parecem alteradas na forma, tornando-se mais escuras na côr, constituindo uma pseudo-epiderme.»

Juhel-Rénoy, referindo-se á differenciação do *trichophyton* da tinha tonsurante e do parasita da *pedra*, menciona o agglutinamento destes *sporos* por uma *materia amarello-verdoenga, que se observa sómente durante alguns minutos, porque no fim de mui*

pouco tempo ella desaparece, provavelmente dissolvida, e deixa ver o mosaico sporular. Esta materia, para dizel-o logo, é formada por colonias compactas de bastonetes, e é provavelmente a elles que é devida a resistencia, as durezas das nodosidades trichomycosticas, ella é em tudo comparavel á substancia mucilaginosa (glaire) do favus.

Em seu trabalho ulterior sobre a microphyta da piedra, o mesmo autor escreveu o seguinte: «Uma vez exhausto este meio nutritivo (infuso de cevada torrada, assucarado), ella (a cultura) exhala uma materia gelatinosa e amarellada que enche em parte as depressões de sua superficie. A producção desta materia está certamente em relação com a natureza do meio. Talvez que se produza ao nivel dos cabellos piedricos uma igual exhalacão que occisione o agglutinamento dos elementos e depois de sua disseccão, o endurecimento das nodosidades.»

Os citados autores divergem assim muito accentuadamente da interpretação que dou ás minhas observações, aliás concordantes com as delles, quanto á existencia de uma substancia gelatinosa em que se acham os *sporos*, determinando seu agglutinamento na formação dos nodulos piedricos, e talvez tambem causando o endurecimento consecutivo destes ultimos.

É possível que simples influencia da technica empregada explique a nossa discordancia. Jubel-Rénoy, segundo refere, parece ter usado geralmente da solução de potassa-caustica a 40 %, depois da lavagem dos cabellos em ether ou em ammoniaco para desengordural-os.

Não falla de ter empregado colorante algum, nem menção alguma faz, permittindo duvida a esse respeito.

Desenne, igualmente, não havia empregado reacti-

vo colorante algum em suas preparações de *pie-dra*.

Em seus exames, ora tratou os cabellos pelo ether fazendo preparações estaveis em glicerina, outras vezes procedeu á dissociação do cabelo *piédrico* em glicerina, após acção de potassa a 40 %, seguida de emprego de acido acetico puro para neutralisar o alcali.

A acção dissolvente da potassa-caustica por si só explicaria o facto quanto ás observações de Juhel Rénoy; elle mesmo affirma a energia dissolvente do reactivo empregado quando diz: «Passado este espaço de tempo (6 a 7 minutos) os nodulos parasitarios são amollecidos demais, despregam-se á menor tracção e torna-se assim impossivel examinal-os *in situ*; pelo contrario, quando se quer isolar alguns *sporos* para estudal-os especialmente, é um meio precioso, porque sem elle a adherencia do anel parasitario ao cabelo, é tal que uma tracção mesmo forte não consegue separal-os. No fim de 6 a 7 minutos o cabelo friavel toma um aspecto gelatinoso, desembaraça-se da potassa por uma corrente de agua, deshydrata-se pelo alcool e faz-se a preparação estavel, quer em glicerina quer em balsamo.»

Desenne parece ter melhor visto as partes envoltoras dos *sporos*, pois que descrevendo o accumulo celular de elementos polygonaes de 12 a 15 micromillimetros, assás regularmente alinhados, refere-se de modo claro a *seus intersticios nitidamente desenhados* por uma borda negra. As cellulas offerecem em seu centro uma certa refrangencia, ellas não contém nucleos, ajunta elle.

Creo não precisar muito aventurar, vendo nos intersticios, mencionados por Desenne, as partes envoltoras hyalinas, em cujo interior estão situados os *sporos*.

estes sendo realmente representados pelo centro refrangente das cellulas, da descripção do autor.

As dimensões indicadas concordam com as das cellulas e não com as dos *sporos* isolados, segundo minhas proprias medidas, como mais adiante será dito.

O proprio Juhel-Rénoy não deixou de notar os intersticios que separam os *sporos*. Descrevendo-os, elle o diz, na verdade, bem explicitamente nos seguintes termos: «... et l'on distingue alors très facilement leur forme arrondie, polyédrique, à arêtes mousses, séparées les unes des autres par des interstices égaux alternativement claires et noirs suivant qu'on fait varier la mise au point.»

Examinei meus preparados, feitos diversamente, com ou sem acção da potassa, coloridos e não coloridos, quando coloridos, assim obtidos por meio de varios colorantes, e a convicção resultante de minhas observações leva-me a acreditar que a substancia hyalina não é primitivamente amorpha, pelo contrario disso, constitue ella utriculos e tubos onde os *sporos*, *endosporos*, se acham e onde elles foram gerados. *Gonidias*, *sporangos*, *ascas* ou *thecas*, significam, portanto, formação de *endosporos* na vegetação do parasita da *pedra*.

Em uma de suas figuras Juhel-Rénoy representa, o que já havia indicado no texto, *sporos* aos pares e em grupos de quatro; correspondem elles perfeitamente ao que observei, só lhes faltando a substancia hyalina envolvera; isto é os corpos cellulares, provavelmente amollecida e dissolvida pela potassa.

Sem mesmo de longe approximar o cogumelo, provavelmente um *ascomyceto*, parasita da *pedra*, de certos cryptogamos dos generos *Palmetta* e *Pleuro-*

coccus da tribu das *Palmelleas*, dos quaes muito dista elle, pois constitue os ultimos certos generos de algas, da familia das *Ulvaceas*, ordem das *Confervoides*; entretanto não é possivel fugir á lembrança que occorre, ao vêr os utriculos quadrisporados dos nodulos piedricos, da apparencia dos utriculos tambem semelhantemente conformados daquellas algas, tetrasporados como aquelles outros.

Essa simples semelhança grosseira só corresponde, porém, a uma das formas das que se apresentam ao observador que examina o cogumelo da *pedra*. Aqui além dos utriculos ou cellulas contendo dous e quatro *sporos*, vêem-se cellulas alongadas, como curtos mycelios, outros filamentos mais longos e mais delgados, e ainda utriculos pyriformes, talvez *thecas*, contendo *sporos*, em maior ou menor numero.

Não só na forma, mas tambem no tamanho, muito variam os *sporos*, os maiores podem attingir de 5 a 6 micromillimetros de diametro, quando esphericos, e iguaes dimensões no maior diametro quando elipticos, tendo então 3,5 a 4 no menor diametro. Os utriculos ou cellulas constituidas pela substancia hyalina, que contém os *sporos*, podem attingir até 12 micromillimetros de diametro.

Desenne indicou para os elementos cellulares polygonaes, por elle vistos, o tamanho de 12 a 15 micromillimetros. Jubel-Rénoy em seu primeiro trabalho marcou para o diametro dos *sporos* dos nodulos *piedricos* 1 centesimo de millimetro, portanto, 10 micromillimetros.

Este mesmo autor em seu segundo artigo, feito em collaboração com Lion, deu como dimensões dos *sporos* obtidos por cultura, 1,7 a 5 micromillimetros de dia-

metro para os redondos, para os alongados 4 por 5 e 5 por 6 micromillímetros, respectivamente.

Procurei verificar a exactidão do resultado de minhas observações e mais miudamente conhecer os elementos constitutivos dos nodulos piedricos, examinando com um augmento muito forte do microscopio (objectiva homogenea 1/12 e oculares 3 e 5 de Zeiss) uma preparação colorida e conservada em glicerina, segundo a technica mencionada. o resultado obtido confirmou o que já fôra visto sob augmento menos consideravel, mas a nitidez da observação lucrou notavelmente. Certifiquei me das seguintes particularidades. As cellulas apresentam aspecto vesicular, seu corpo mantém-se perfeitamente descorado, hyalino; polyedricos por pressão reciproca, quando justapostas intimamente, apresentam-se espheroides ou mesmo esfericas quando não apertadas por suas vizinhas.

Os corpos sporiformes contidos em taes cellulas, ora unicos, ora aos pares, ou multiplos, só excepcionalmente se mostram livres; todos coram-se fortemente pelas materias corantes da anilina; a substancia que os constitue não é homogenea, parece variar em suas camadas; elles apresentam em seu interior granulos ou corpusculos provavelmente nucleos. Os mycelios, ou partes tubulares ou filamentosas, são muito delgados, mas de espessura inconstante; umas vezes formados de curtos articulos, outras vezes são continuos; muitos delles pôdem ser seguidos em seus trajectos tortuosos de permeio entre as massas de cellulas; alguns, contêm pequenos granulos dispostos em fila central e guardando distancias regulares entre elles. Muitos dos mycelios terminam em intumescencias pyriformes contendo *sporos*. Existem curtas formas alongadas desiguaes, parecendo *sporos* em vegetação. Pequenos *bastonnetes*, baciliformes, isolados,

talvez sejam segmentos myceliaes. Nas partes extremas dos nodulos vêem-se numerosos granulos intensamente corados, agglomerados, que não deixam distinguir outra cousa: O diametro das cellulas é de 9,75 micromillimetros, o dos *sporos*, 5,25, o e dos mycelios 1,75 em media.

E' facil de vêr que as dimensões notadas por Desenne, e as primeiras de Juhel-Rénoy approximam-se das dimensões que indico para os elementos cellulares ou utriculos; as dimensões apontadas por Juhel Rénoy e Lion são mais parecidas ás que notei para os *sporos*.

Quanto a corpos alongados myceliformes, Desenne vio *réde refrangente de bastonnetes articulados uns com os outros e enrolando-se ao redor do cabelo*. Os *bastonnetes* parecem uns vir perder-se na substancia propria da nodosidade, os outros terminar a alguma distancia desta nodosidade, quer por uma intumescencia ampulliforme, quer por pequeno cacho cellular umbelliforme.

Juhel Rénoy encontrou nos nodulos «uma agglomeração innumeravel de bastonnetes que rodeam, cobrem e, em certos pontos, são tão numerosos que occultam dos *sporos* subjacentes, como ficou dito acima. Estes bastonnetes que são claramente distinctos com o auxilio de um forte augmento (ocul. 3, obj. 8, Verick), vem-se bem ao nivel da orla, da zona peripherica dos *sporos*; ter-se-ha conta de sua situação, de sua multiplicidade, consultando a figura III», diz Juhel. Devo fazer notar que essa figura dada e citada pelo auctor alludido não corresponde a affirmação; nellas só são vistos tres (3) dos bastonnetes, não muito dissemelhantes dos corpos apresentados como tubos de mycelio provenientes da cultura do para-

sita em meio apropriado, representados na figura seguinte IV, são apenas mais delgados.

Juhel Rénoy, mais longe, em seu mesmo artigo, declara «*que os bastonnetes por elle descriptos são de um diametro 50 vezes menor do que os sporos*» não lhe parecendo poderem elles ser de modo algum postos em connexão com os *sporos*. Nega elle a exactidão do que descreveu Desenne, *nenhum daquelles bastonnetes termina tão pouco em um pequeno cacho um elliforme*.

Nas culturas Juhel-Rénoy e Lion viram em todas ellas mycelios, em um gráo de desenvolvimento mais ou menos adiantado. As dimensões do mycelio variavam de 1 a 60 micronmillímetros de comprimento; os mais longos eram constituídos de artigos de 4, 5, 6 e 12 micromillitros, a espessura era de 1 a 4 micromillímetros.

Minhas preparações mostraram-me, além das cellulas e dos sporos, já descriptos, fórmias allongadas parecendo começo de vegetação dos *sporos*, curtos mycelios e em alguns pontos delgados filamentos, finos e difíceis de seguir em todo seu comprimento, perdendo-se nos accumulos de *cellulas*. Alguns grupos de *sporos* são inclusos em utriculos pyriformes ou claviformes, com apparencia de *ascas* já separadas das *hyphas* de cujas extremidades proviessem; dentro dellas os *ascosporos*, em numero variavel, permaneceriam temporariamente inclusos.

A approximação destas fórmias e das intumescencias ampulliformes, terminações de alguns dos bastonnetes descriptos por Desenne, é natural e logica.

Além dos elementos constituintes dos nodulos pídricos já mencionados, resta-me notar a existencia de grande numero de diminutas granulações, corando se fortemente, como os *sporos*. São ellas rudimentos dos

sporos em seus primórdios? Tem ellas outra significação? Não ouse decidir.

Em alguns casos preparados por secção transversa dos cabellos distingui em pontos afastados dos nodulos piédricos pequenos bastonnetes, verdadeiros bacillos estes independentes, e sem afinidade alguma com o parasita da affecção de que ora trato. Não estranharei mesmo encontrar nos proprios nodulos, englobados por seus elementos constitutivos proprios, corpusculos outros alheios, apenas occasional e mecanicamente ahi ajuntados.

Se confiar nas apparencias de certos córtes transversos de nodulos *piédricos*, possuem alguns delles, não sei se mais velho, uma primeira camada mais condensada, constituindo-lhes como uma parede; se não vai ahi um erro meu de apreciação, talvez fique isso de accordo com a alteração das cellulas superficiaes dos nodulos formando uma pseudo-epiderme de que nos falla o Marris.

Continúa.

O lugar das mioklonias em neuropathologia

PELO

DR. JULIANO MOREIRA

Professor substituto de psychiatria e neuropathologia na Faculdade de
Medicina da Bahia

Nas condições actuaes da sciencia, raro é que após a leitura de um tratado possamos dizer que conhecemos a fundo certos pontos da neuropathologia. Por vezes apoiado na descripção lida no compendio ou tratado que habitualmente manusea, formula o medico seu diagnostico. Se porém se abalança a aprofundar o assumpto, quantas ve-

zes aquillo que supoz forma nosographica bem distincta desce á cathegoria de simplès syndromal

Tendo tido a oportunidade de observar doentes que apresentavam o quadro clinico que Friedreich denominou paramyoclonus multiplex fui levado a rever as observações que tem sido publicadas sobre o assumpto.

E crendo que na revisão nosographica das myocontractões morbidas, o estudo das myoclonias é dos mais dignos de accurado exame, abalancei-me a publicar o presente estudo.

Foi em 1881 que o sabio Friedreich, então professor em Heidelberg publicou as suas *Neuro-pathologische Beobachtungen* (1), o primeiro estudo que surgiu sob o titulo de *Paramyoklonus multiplex*. Era o caso de um quinquagenario tuberculoso sem herança nevropathica que durante o repouso, mas nunca durante o trabalho, tinha sensação de pressão nos braços e nas pernas.

Um dia teve um forte pavor e duas semanas apoz, contractões clonicas bilateraes appareceram nos biceps e triceps brachiaes, nos longos supinadores, nos vastos interno e externo, no recto femoral, no semi-tendinoso, nos adductores e biceps femoraes. As contractões atingiam a totalidade dos musculos, geralmente sem determinar effeito locomotor e apenas raramente produzindo leve flexão do braço ou supinação da mão.

As contractões eram arhythmicas e de varia intensidade: ora se contrahia um, ora outro musculo, por vezes mais de um ao mesmo tempo. O numero das contractões era de 10 a 20 por minuto durante o repouso, de 40 a 50 nos momentos de excitação. A frequencia dellas era proporcional á intensidade. No somno cessava, porém quer durante elle, quer durante a vigilia, existiam

contrações subitas e dolorosas que faziam flexionar as pernas sobre a bacia e eram seguidas de clonia nos musculos supracitados. Os abalos cessavam nos movimentos voluntarios, porém se o doente se erguia elles perduravam ainda nos musculos da coxa, cessando apenas quando o doente caminhava.

Algumas vezes por 1" ou 2" havia tetano doloroso. Força muscular normal assim como a coordenação, a reacção electrica e a excitabilidade muscular directa. O ar frio, a massagem, a pressão, o titilar da planta do pé augmentavam a frequencia e a intensidade das contrações clonicas. Os reflexos patellares eram mui exaggerados, sobretudo á direita, as pupillas um tanto retrahidas porém com reflexos normaes. Não existiam perturbações vaso-motoras nem secretorias; sensibilidade, sentido muscular e estado psychico eram normaes.

Com a galvanisação a clonia melhorou em poucos dias, chegando a desaparecer assim como os reflexos patellares diminuíram. Friedreich denominou o caso de paramyoklonus multiplex considerando-o uma forma morbida, determinada por um augmento de excitabilidade de grupos de cellulas dos cornos anteriores da medulla; mas ligando-o ás nevroses descriptas pelos allemães com o nome de *Schreckneurosen*.

Schultze observou depois em duas occasiões diversas o mesmo doente porque as contrações voltaram na forma primitiva, sobrevindo porém de quando em quando contrações dolorosas nos musculos da coxa. O paciente falleceu de tuberculose pulmonar dois annos depois de observado por Friedreich. Poucos dias antes da morte a clonia cessou, porém reapareceu ainda uma vez pouco antes de expirar o doente. O exame microscopico dos musculos e da medulla espinhal deu resultado negativo.

O Professor Schultze não refere ter examinado o cerebro e os nervos periphericós (2).

Estulticia seria suppor que antes de Friedreich ninguém observara o paramyoclonus multiplex.

Paget (3) em 1847, Trousseau (4) e Spring (5) referem com outro nome, casos que bem merecem estudados ao lado do de Friedreich. E' no grande grupo então mal definido das choréas que foram inscriptos todos elles.

Descripto porém que foi pelo sabio Professor de Heidelberg o mal em questão, de todos os lados começaram a surgir outras observações.

Em 1883 Lœwenfeld (6) publicou um novo caso de paramyoclonus. Neste mesmo anno foram publicados os casos de Ewald (7) e Silvestrini. (8)

Pouco depois Remak sustentou que não existia uma linha de demarcação nitida entre o paramyoclonus, a choréa electrica e a molestia dos ticos, porque todas estas formas morbidas parece que se confundem umas com outras.

Popow em 1886 quiz localizar nos musculos a molestia (9).

Foi neste mesmo anno que appareceu em França o primeiro trabalho subordinado á denominação creada por Friedreich: Foi a memoria de P. Marie publicada no *Progrès médical* (10).

Ainda em 1886 foram publicados os casos de Brenet, (12) Testi, (13) um novo de Silvestrini, (14) os de Brignone (15) e Seeligmüller (16).

Rubino (17) em 1887 sustentou que a choréa symptomatica, os ticos convulsivos, a athetose, a tetania, o paramyoclonus etc., são apenas variantes de um estado de exagero da excitabilidade reflexa da substancia cinzenta ou das fibras nervosas motoras. Os movimentos anormaes

ora são coordenados, ora não, ora rythmicos, ora irregulares, por vezes soffrem a influencia da vontade ou das causas psychicas, no fundo são sempre movimentos anormaes. Varie embora a alteração primitiva, assim como sua séde, o elemento fundamental será sempre uma perturbação dos centros cinzentos, ou das fibras motoras neste ou naquelle ponto de seu percurso, e então, continúa Rubino, temos ora movimentos choreicos desordenados, ora espasmos clonicos athetosicos, ora espasmos tonicos tetanicos, ora espasmos policlonicos, etc.

Ainda em 1887 Seeligmüller (18) procurou identificar o paramioclonos com a choréa electrica.

Lembo (19), Francotte (20), Venturi (21), Spitzka (22), Silvestrini (novo caso) (23), Homen (24), Kovalewski (25), Allen Starr (26), Rybalkin (27), e Feletti (28), publicaram no correr do anno de 1887 suas observações.

Em 1888 Bechterew sustentou que o paramyoclonus era uma molestia á parte, bem distincta dos ticos. Em contrario a isto Marina (30) opinou que não é possivel distinguir aquella affecção nem dos ticos convulsivos nem da choréa electrica.

Ainda no mesmo anno Faldella (31) aventou como provavel a natureza hysterica do paramioclonos e publicou um caso que parecia ser a transição entre esta affecção e a molestia dos ticos.

Ainda em 1888 Möbius (32) affirmou ser difficil distinguir a polyclonia da hysteria e que as mioclonias são de origem cortical e com a molestia dos ticos e a athétose primitiva, são formas de choréa.

Ziehen (33) no mesmo anno tentou grupar o paramyoclonus, a choréa electrica, os ticos convulsivos e o tremor essencial. (34)

Strümpell ainda em 1888 sustentou que o paramyoclonus era forma particular de hysteria.

Neste mesmo anno de 1888 foram publicadas as observações de Manguat et Grasset (35) Moretti, (36) Kn y (37) Frank R. Fry, (38) e Minkowski (39).

Em 1889 e 1890 appareceram as observações de Lemoine e Lemaire (40) de Mossdorf, Chauffard, (41) Peiper, (43) e um estudo de Vanlair (44) sobre as mo-clonias rhythmicas.

Em 1891 Bulay (45) publicou um caso que observou o Unverricht (46) editou sua monographia sobre o assumpto. Abi refere elle 5 casos observados na mesma familia e associados a convulsões epileptiformes. Para elle o verdadeiro caracteristico do paramyoclonus será a presença de contracções nos musculos que não actuam synergicamente. Crê ainda que a myoclonia é uma molestia á parte e distinguivel da choréa, da choréa electrica do tico convulsivo, da molestia dos ticos, das nevroses profissionaes, da tetania e do tremor convulsivo. E revistando os casos até então publicados dividiu-os em 5 grupos:

1.º Casos typicos, incluindo os casos familiares associados a convulsões epileptiformes.

2.º Os que tendó os caracteres estabelecidos por Friedreich possuem signaes communs a outras nevroses.

3.º Os que apresentam movimentos desordenados taes que mais parecem pertencer á choréa.

4.º Os de natureza hystérica.

5.º Os que não teem nenhuma analogia com paramyoklonus.

Unverricht combate a qualificação de nevrose por medo estabelecida por Friedreich: nos seus casos a affecção era congenita e familiar. Quanto á séde da lesão

elle exclue a theoria muscular e a cerebral e sustenta a espinhal. Explica as convulsões epilepticas nos seus casos pela excitabilidade pathologica dos ganglios corticaes: ellas seriam apenas complicações accidentaes.

Em 1892 Massalongo (47) sustentou què a choréa electrica é uma variedade do paramyoclonus e das mioclonias em geral e publicou casos em que existia relação entre a intensidade das perturbações dyspepticas e a curação dos paroxismos convulsivos. Avançou então a hypothese da origem gastrica destas mioclonias e em apoio disto referia que o tartaro estibiado em dose vomitativa é segundo alguns auctores um especifico da choréa electrica. Para elle nem sempre as mioclonias são a expressão de perturbações funcçionaes do systema nervoso, por isso que existe uma variedade dellas, a choréa electrica que ligada a perturbações gastricas tem uma origem toxica.

Ainda em 1892 foram publicadas varias observações de paramioclonos: Goldflam (48), Hoch, (49), Lemoine, (50), Tambroni e Pieraccini (51), Gucci (52) e Krafft-Ebing (53).

Em 1893 J. A. Feinberg (54), publicou no *Vratch* trez observações interessantes.

Weiss (55) em 1894 revendo as observações até então conhecidas punha em evidencia os estigmas hystericos que em muitos dellas são evidentes, e demonstrou que alguns pertencem á choréa, á molestia dos ticos, outros á epilepsia, mas que alguns merecem constituir, com o caso de Friedreich, modalidade distincta como este sabio a creara.

E' do mesmo anno de 1894 a observação de Erb (56).

Em o anno seguinte Bregmann (97) disse que o myo-

clonus pode achar-se em muitas molestias, mas que podendo existir isolado correspondendo á descripção de Friedreich, deve ser considerado uma nevrose independente, assim como que não se deve considerar, quando combinado á alguma molestia, como symptoma da mesma e portanto que são erroneas as expressões de mioclonia epileptica, hysterica, neurasthenica, etc.

Ainda em 1895, Unverricht (58) publicando outros casos de myoklonus associado a convulsões epilepticas salientou que faltavam nelles estigmas hystericos, que a molestia progredia sem remissões e sem modificações do quadro morbido, que faltava nelles a herança neuropathica e que a myoclonia era familiar. Elle sustenta que não se deve confundir o paramyoclonus com a choréa, com a athetose, com a molestia dos ticos, com os ticos generalizados. Todas as formas morbidas pertencem a um só grupo morbido, mas o que caracteriza o paramyoklonus é que os musculos não se contraem synergicamente e que a vontade não consegue que elles se contraiam isoladamente, E' na medulla que elle localiza a origem da mioclonia e no cerebro a da choréa.

No mesmo anno publicaram casos Schetalow (59), Koshewnikow, (60), Placzek (61), e Seppilli (62).

Em 1896, Bresler (63), que observou dous casos semelhantes aos de Unverricht, considerou a affecção como uma nevrose epileptica de origem espinhal. Raymond (64), no mesmo anno, sustentou que o paramioclonus deve ser distinguido da choréa electrica e dos ticos. Para elle o paramyoklonus é um anel da cadeia de estados pathologicos que podem ser reunidos sob o nome de mioclonia e são todos a expressão ou o producto de estado degenerativo. Nas mioclonias elle distingue: 1.º o tremor fibrillar limitado a alguns feixes de um mesmo musculo; 2.º O paramyoklonus

multiplex, com a choréa fibrillar, caracterizado por convulsões que agitam todo o musculo sem effeito locomotor, 3.º A choréa electrica de Henoch-Bergeron e o tico não doloroso da face caracterizado por convulsões terminadas por um movimento coordenado. 4.º A molestia dos ticos com perturbações psychicas.

Raymond avança ainda que o paramyoklonus não é de origem espinhal, mas sim de origem cortical. Para elle as mioclonias não são manifestações da neurasthenia e da hysteria, porque se observam em pessoas que não apresentam estigmas nem de uma nem de outra. Podem coexistir com a hysteria, mas ambas dependem do estado de degeneração. Ainda em 1896 Hösslin (65), Stembo (66), Hoffmann (67) e Söldner (68), publicaram novos casos.

Lugaro, no mesmo anno de 1896 sustentou que na mioclonia ha um estado anormal dos elementos nervosos determinado ora por uma disposição congenita (mioclonia familiar), ora por uma perturbação dynamica ligada á existencia de uma nevrose hysteria, neurasthenia, epilepsia) ora pela acção de elementos anormaes intoxicacões chronicas, infecções, delirio agudo), ora por alteracões dinamicas, affecções organicas de elementos nervosos (tabes esclerose disseminada, etc). Para Lugaro a mioclonia é a manifestação externa do estado neuroclonico dos neuronios motores, é um symptoma elementar cuja origem central é delimitada localmente a cada contracção. O estado neuroclonico attinge ora os protoneuronios motores das cellulas do corno anterior, ora os elementos motores de segunda ordem, ora os elementos mais elevados.

Ainda em 1896 Böttinger (70), sustentou que o caso de Friedreich e alguns semelhantes pertenciam á hysteria;

outros pertenceriam á neurathenia ou á outras nevroses; os casos de Unverricht nada teem com a hysteria, com a choréa electrica, com os ticos convulsivos ou com a molestia dos ticos, mas sim pertencem á choréa chronica progressiva e então teriam, como esta parece ter, uma origem cortical.

Em 1897 Krewer (71), affirmou que o paramyoklonus era de origem cortical. Nos casos de Unverricht parece que houve primeiro uma affecção cortical provocadora de uma irritação capaz de produzir o ataque epileptico que inicia a molestia; depois foram pouco a pouco attingidas as outras cellulas ganglionares, as quaes são o organo central de todos os musculos. Assim acha Krewer explicavel a contracção clonica de partes isoladas de um musculo, as relações das clonias com os accessos convulsivos e a influencia das diversas emoções sobre estes.

No correr do anno de 1897 appareceram as observações de Ferranini (72), D'Alloco (73) e Schütte (74).

No anno seguinte Bechterew (75), ao publicar um caso semelhante ao de Unverricht, sustenta que o accesso epileptico é seguido por uma congestão cerebral determinada por um espasmo geral vasomotor e que esta congestão determina uma alteração na nutrição das cellulas cerebraes. Em alguns casos esta alteração tornar-se-hia permanente, principalmente no cortice e nas meninges e daria origem a convulsões choreicas mais ou menos duradouras. Na razão directa do augmento progressivo da excitabilidade cortical que precede o accesso, tambem as contracções clonicas augmentam de intensidade, ao passo que depois, isto é, quando o estado irritativo do cortice diminue um tanto, podem tambem as clonias attenuar-se ou cessar por algum tempo.

Schatze no mesmo anno sustentou que si é verdade

que muitos casos de paramyoklonus são de natureza hysterica, o de Friedreich não o foi. Os casos de Unverricht não se distinguem da choréa chronica progressiva. O paramioclono não pode ser confundido, segundo elle, com a choréa; maiores similtanças tem com os ticos convulsivos e com a myokimia. A choréa electrica de Henoeh não é mais que um alto grau de paramyoklonus.

Ainda em 1898. foram publicados os casos de Garnier e Santenoise (77), de Marzuchetti e Gilardoni (78), e a dissertação inaugural de Gaup (79), em Tubinge.

No anno seguinte Brush (80) considerou as mioclonias como phenomenos hystericos.

Neste mesmo anno foram publicadas as observações de Lundborg (81), Verga e Gonzales (82), Feindel e Frousard (83).

Em 1900 Raymond (84), voltando, ao assumpto encarrrou a mioclonia como uma nevrose, mas não nevrose autonoma e sim como expressão fragmentaria da hysteria e como tal devendo ser localizada no cortice cerebral e tendo o mesmo prognostica, as mesmas tendencias a desapparecer espontaneamente e a recidivar.

No mesmo anno Murri (85), que no anterior tinha estudado as polyklonias e a choréa (86), sustentou que o paramyoklonus não tem existencia á parte e não merece ser tomado pelo pratico como ponto de partida para seus juizos clinicos. Em seu primeiro trabalho o professor de clinica de Bolonha referiu dous casos clinicos muito bem estudados por elle e seguidos de autopsia com pesquisas microscopicas, casos estes em que uma lesão da zona rolandica parecia ter dado origem a phenomenos. similtantes aos de paramyoklonus.

Depois de referir alguns dados experimentaes de Forster e Sherrington relativos aos effeitos do estimulo do cortice, Murri formula assim sua doutrina «Pode-se afirmar:

que estimulando ligeiramente e sempre uniformemente uma area da zona rolandica, pode-se ter a contracção, de um musculo (monoclono), ou de varios (policlono) de um só lado, mas tambem de musculos correspondentes dos dous lados (paraclono); que estas contracções podem dar lugar a movimentos incoordenados, rithmicos, clonicos (choréa); que estes movimentos podem generalisar-se total ou parcialmente (convulsões) e assumir caracteres epileptoides (epilepsia); que estas contracções mudam de amplitude (de um musculo a todos) e de indole (coordenadas, incoordenadas, clonicas e tonicis) si bem que o estimulo se conserve o mesmo; isto se poderia symbolizar dizendo que a cortice pode ser mono e polyclonogena, coreogena e epileptogena durante a mesma pesquisa; que dada esta passagem de um phenomeno a outro, não sendo mudado o agente externo, não se pode comprehender de que resulta o mecanismo dos impulsos motores corticaes sem admittir mudança nas mesmas condições intimas. »

E conclue que a distincção nosologica das polyclonias, dos ticos e das choréas não tem base, porque todos estes movimentos voluntarios têm somente o valor de symptomas exprimindo uma disordem da zona rolandica.

Se consultamos os tratadistas mais competentes e mais modernos não é maior o accordo existente.

Eichhorst (87) e Oppenheim (88) acham que não se deve considerar como hystericos todos os casos de paramyoclonus. Risien Russel (89) regeita tambem a hypothese da hysteria ser causa de todos os paramyoclonus.

Para Wollenberg na grande maioria dos casos a miclonia não parece ser outra cousa que uma forma especial da molestia dos ticos que se desenvolve como esta por uma condição degenerativa.

Sirümpell (91) com admittir que um grande numero

de casos descriptos como mioclonia e paramioclonos são ligados á hysteria, opina que paramioclonos verdadeiros devem ser apenas considerados os casos em que as contracções existem muito rapidas em musculos isolados, sem produzir effeito motor visivel.

Jolly (92) nega que os casos de Unverricht pertençam á categoria do paramyoklonus.

Poderia citar outros tratadistas, mas isso levaria muito longe essa revista com a qual tive em mira mostrar a grande variedade de opiniões que têm sido formuladas a respeito do paramyoklonus.

Indagar quaes as razões de tamanha diversidade é a que eu me proponho na sequencia deste estudo.

Passando em revista cerca de 150 casos existentes na litteratura medica convenci-me de que a principal razão mantenedora da confusão em taes dominios provem de que muitas fórmas morbidas descriptas como paramyoklonus pertencem a outras molestias.

Dos casos a que me referi poucos correspondem á descripção de Friedreich.

Do que tenho observado em comparação com os casos publicados tentarei responder a questão: si existe verdadeiramente uma forma morbida especial a que se deva dar o nome de paramioclonos ou se a mioclonia é apenas um symptoma que pode ser commum a muitas molestias.

Continúa



REVISTA GERAL

O SIGNAL DE KERNIG: VALOR SEMIOLOGICO
PELO

DR. GONÇALO MONIZ

Sob a designação de *signal de Kernig* conhece-se em pathologia um symptoma mui frequentemente encontrado nos meningiticos, o qual consiste na impossibilidade de obter-se a extensão completa da perna nas posturas em que a côxa fórma angulo recto com o tronco, tendo por causa uma especial contractura dos respectivos musculos flexores.

Por vezes observa-se phenomeno analogo nos membros superiores, que impede a extensão total do antebraço.

Esse symptoma foi descoberto pelo medico russo, cujo nome se acha memorado naquella expressão.

Kernig fez a principio uma communicação sobre o seu descobrimento á Sociedade geral dos medicos de S. Petersburgo, a 21 de Setembro de 1882, e em 1884 publicou uma memoria sobre o assumpto.

Ja notava o autor o facto de haver passado até então despercebido o phenomeno em questão e ainda depois das suas publicações não logrou a devida attenção o precioso achado do distincto medico do hospital Obuchow.

De feito, a maioria dos clinicos e pathologistas parece não terem tido conhecimento do *signal* descoberto por Kernig, a julgar-se pelo silencio que guardam a respeito e raros são os tratados, e só dentre os mais modernos, que a elle se referem, e ainda assim de modo incompleto perfunctorio e ás vezes algo inexacto (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Entretanto á memoria de Kernig, seguiram-se al-

guns trabalhos sobre o assumpto, de Bull (10), Henoch (11) Friis (12, 13,) Blümm (14), corroborativos das observações do medico russo.

Na França, cabe a Netter (15) o merito de haver tirado do esquecimento e divulgado o novo symptoma das meningites.

Recentemente, porem, já se lhe vai dando o justo apreço, e varias publicações têm apparecido a proposito, as quaes nos iremos opportunamente reportando no correr desta breve revista.

Descrição e exploração do signal de Kernig.

— O meio mais simples de indagar-se a presença ou ausencia do signal de Kernig é fazer o doente assentar-se na borda do leito, de modo que o tronco conserve a direcção vertical, e procurar estender a perna sobre a côxa. Ao passo que a extensão completa se obtinha facilmente quando o doente guardava o decubito dorsal, tornar-se á agora impossivel, si existir o symptoma, pelo facto da contractura dos musculos flexores da perna.

Nos seguintes termos foi o phenomeno descripto pelo seu descobridor (1):

«Estando deitados, apresentam os doentes rijeza da nuca e do dorso, mas não contracturas nos membros. Nem os extensores, nem os flexores dos braços ou das pernas ficam contracturados: quando os doentes conservam seus membros accidentalmente flectidos, estes deixam-se passivamente estender sem a menor resistencia. Mas si assentarmos os doentes, especialmente á beira da cama, de sorte que as suas pernas pendam para fóra (quando a rijeza da nuca e do dorso é muito accentuada, essa attitudo não é de facil realização), observaremos duas cousas: a principio a contractura da nuca e do dorso tornar-se-á, em geral, muito mais intensa; em segundo

logar, produzir-se-á uma contractura dos flexores da articulação do joelho e por vezes também dos da articulação do cotovêlo; si tentarmos estirar as pernas sobre as côxas enquanto o doente está sentado, não conseguiremos exceder um angulo obtuso, de cerca de 135°. E nos casos em que o phenomeno é muito pronunciado não chegaremos a passar o angulo recto.»

Vê-se, pelo que precede, que a contractura dos flexores nem sempre se limita aos membros inferiores, si não que se manifesta também nos superiores, como quanto muito mais raramente. Si a maioria das observações não mencionam esta particularidade, foi ella entretanto notada por outros além de Kernig, como mostraremos.

Em logar da postura aconselhada por Kernig, pode-se, como indica Roglet (16), sentar o doente sobre a cama, sem deslocar-lhe os membros inferiores, e diligenciar applicar a face posterior dos mesmos sobre o plano do leito. O angulo formado pela perna com a côxa não será defeito si existir o signal. Neste caso, porem, é preciso que o leito seja bastante duro para formar uma superficie plana e resistente.

As vezes não é possível collocar o doente na attitude assentada, em virtude do consideravel augmento da rigidez da nuca e do dorso, que se produz quando se tenta levantá-lo. Leroux et Viollet (17) observaram um caso em taes condições. Ainda assim podemos explorar o signal de Kernig deixando o doente deitado, dobrando a côxa em angulo recto sobre o abdomen e buscando determinar a extensão completa da perna,

E' preferivel, todavia, sempre que fôr exequivel, o methodo recommendado por Kernig, que podemos dizer methodo classico.

Quando na manobra exploradora se forceja por vencer a flexão, esbarra-se em «uma sensação de resistencia dolorosa: a flexão é *irreductivel*». (Chauffard).

Qualquer que seja, porém, o processo empregado, uma condição essencial importa attendida, sob pena de erro: a exacta perpendicularidade da côxa ao tronco, de modo que formem angulo recto. Com effeito, si fôr muito obtuso o angulo tronco-femoral, e o symptoma estudado pouco intenso, correrá o risco de passar despercebido. Si o dito angulo fôr agudo, poder-se-á, ao contrario, crêr na presença do signal de Kernig sem que elle exista. Nas pessoas sãs, em verdade, é possível pôr-se a perna em extensão completa quando assentadas com o tronco vertical; mas si este se inclinar para a frente, a perna não poderá mais ser completamente estirada. Isso é um phenomeno normal, de facil verificação, a cuja causa nos referiremos quando tratarmos da pathogenia de symptoma.

Na estação vertical não se manifesta a contractura dos flexores. Ordinariamente o signal de Kernig se apresenta em ambas as pernas; mas algumas vezes é unilateral ou mais pronunciado em um dos membros.

«A sua intensidade pôde variar de um dia para outro. A sua ausencia pôde durar muitos dias depois dos quaes reaparece. E', pois, indispensavel, para poder afirmar que o signal de Kernig não existe em um doente, tel-o procurado muitas vezes.» (Roglet).

Valor semiologico. - A notavel constancia com que se manifesta nas meningites o symptoma de que tratamos, e a excepcionalidade da sua presença em outros estados morbidos, fazem d'elle um precioso elemento do diagnostico daquelle genero de affecções.

As phlegmasias meningéas constituem um grupo no-

sographico complexo e por assim dizer heterogeneo, quanto á etiologia, pathogenia, localizações, etc. das respectivas lesões: ha muitas especies de meningites. Em todas ellas, agudas ou chronicas, têm-se encontrado o signal de Kernig, embora em algumas se mostre com maior frequencia do que em outras, como veremos. Não pode, pois, servir esse signal para o diagnostico differencial das meningites.

Os trabalhos dos que se têm occupado com o assumpto são, porém, accordes em apoiar a nossa asserção tocante á constancia do dito signal nas meningites em geral.

Kernig (1) achou-o em 15 casos de meningites agudas (13 meningites cerebro-espinhaes epidemicas, 1 meningite suppurada, 1 meningite tuberculosa) e em 6 casos de meningite chronica.

Bull (10) assignalou a sua existencia em 3 casos, havendo; no 1.º uma meningite tuberculosa; no 2.º um tuberculo do cerebello acompanhado de meningite; no 3.º uma thrombose do seio transversu esquerdo, consecutiva a uma carie do rochedo, proveniente de uma otite media.

Em 4 observações de meningite cerebro-espinhal, epidemica publicadas por Hensch (11) existia o signal de Kernig.

Uma epidemia de meningite cerebro-espinhal, que em 1886 lavrou em Copenhague, proporcionou a Friis (12) o ensejo de observar numerosos casos do morbo. Em 60 casos em que se procurou o symptoma kernighiano, foi este achado 53 vezes (88,3 0/0), só ficando a sua ausencia estabelecida com certeza em tres casos.

Alguns annos depois (1891), teve Friis (13) occasião de fazer novas investigações no mesmo sentido, durante outra epidemia da mesma molestia. Foram confirmados os

seus primeiros resultados: de 26 doentes examinados, 21 apresentavam o signal.

Em Baviera, no curso de uma epidemia de meningite cerebro-espinal, Blümm (14) verificou a presença do symptoma em 7 casos de 9 observados.

Em 1898, Netter (15) registava 25 observações de meningite, de diversa natureza, em 23 das quaes se achava mencionada a existencia do signal de Kernig. Esses 23 casos assim se especificavam: 12 meningites cerebro-espinaes epidemicas, 8 meningites tuberculosas, 3 casos de meningites mixtas (meningite cerebro-espinal com associação do meningococco e do bacillo tuberculoso). Em outro escripto, Netter (48) apresenta maior numero de observações, assignalando o encontro do signal em 41 doentes dentre 46 examinados (90 %), sendo que dos 5 em que faltava, 3 foram examinados uma só vez e 1 no periodo preagónico.

A ultima estatistica de Netter (19) comprehende 79 meningites de varia natureza, em que o symptoma se revelava 66 vezes (83, 5 %).

Herrick (21) estudou cuidadosamente 19 casos de meningite, 8 dos quaes com verificação anatomo-pathologica, tendo achado em 17 o signal de Kernig de modo assaz evidente. Os 2 casos em que falhou foram os de dois meninos examinados pouco tempo antes da morte, «os quaes apresentavam completa flaccidez muscular e provavelmente tinham tido precedentemente o signal de Kernig.»

Osler (22) affirma ter encontrado o symptoma em todos os casos de meningite cerebro-espinal em que o tem procurado.

Cipollina e Maragliano (23) acharam o signal de Kernig 5 vezes em 7 casos de meningite (3 meningites cerebro-espinaes e 2 tuberculosas)

Em 10 casos do morbo em questão (9 meningites tuberculosas e 1 cerebro-espinhal) referidos por Galli (24), só em um caso da primeira especie não se manifestou o signal.

Lucio Nunes (25), medico militar portuguez, observou e tratou 10 casos de meningite cerebro-espinhal epidemica, em 5 dos quaes verificou a presença do signal kernigiano (50 %).

Buchanan (27) declara ter achado a contractura de flexão das pernas, como symptoma muito precoce, em 4 casos de meningite cerebro-espinhal, em um dos quaes igual phenomeno se notava nos membros superiores: na estação sedente «ambos os antebraços conservavam-se em posição de extrema flexão, mostrando as tentativas de extensão a impossibilidade de conseguila. A tensão dos flexores parecia-se exactamente com a dos musculos correspondentes das pernas, tal como é usualmente descripta».

Além das observações constantes dos trabalhos citados, a existencia do symptoma de que tratamos, depois que sobre elle foi chamada a attenção, ha sido assignalada na maior parte das observações de meningite que têm sido publicadas ou communicadas ás sociedades medicas.

Vemol-o mencionado em 3 observações apresentadas pelo professor Rendu á Sociedade medica dos hospitaes de Paris, em datas differentes. Na 1.^a trata-se de um rapaz de 17 annos, que entrou para o hospital com os symptomas de una febre typhica de fórma cerebral, no qual, alguns dias depois, a appareição do signal de Kernig, junto a outros symptomas, permittiu fazer o diagnostico de meningite cerebro espinhal, que foi confirmado pela autopsia (28). A 2.^a observação tem por objecto uma

menina de 5 annos, acommettida de pneumonia do vertice do pulmão direito, complicada de meningite cerebro-espinal (hyperhemia, rijeza da nuca, contractura das maxillas e dos membros, signal de Kernig etc.) (29.) A 3.^a observação é a de um menino de 5 annos, cujo estado morbido, pelos symptomas apresentados, foi capitulado de meningite cerebro-espinal, complicando uma gripe de manifestações naso-pharyngéas (coryza e pharyngit.) predominantes, no qual se notava rigidez da nuca e do tronco, signal de Kernig, etc. (30).

Florand (31) refere um caso de meningite cerebro-espinal em uma menina de 12 annos, em que existia o signal; a presença deste foi também averiguada em um caso de meningite cerebro-espinal aguda meningococcica, em um rapaz de 24 annos, observado por Thiernelin e Rosenthal (32); e igualmente em outro caso da mesma affecção, sobrevinda no curso de uma otite antiga, relatado por Vaquez e Ribierre (33).

Em 2 observações de Chauffard encontramos a menção do symptoma que estudamos: na 1.^a trata-se de uma meningite cerebro-espinal aguda typica em um mancebo de 17 annos (34); na 2.^a, de uma fórma frustra de meningite espinal, desenvolvida no curso de uma pneumonia grippal classica, na qual o signal kernigiano, muito accentuado á esquerda, se apresentava em estado de simples esboço á direita. Este caso offerecia ainda, como particularidades interessantes, a ausencia total de rijeza da nuca, ao lado de contracturas do typo Kernig nos membros superiores. «Estes tornavam-se rigidos, contracturados em semi-flexão, logo que o doente se sentava no leito; não conseguimos, diz Chauffard, desfazer essa attitude, ainda desenvolvendo certa força, e a extensão completa era impossivel. Esses phenomenos de contra-

etura desapareciam, ao contrario, como por encanto, uma vez deitado o doente.» (35) O diagnostico foi confirmado pelo exame necroscopico.

Dieulafoy (35) dá a historia de 2 casos de meningite cerebro-espinhal por elle observados, em que havia o signal em questão.

Em um caso autopsiado de meningite tuberculosa em placa das zonas motrizes do lado esquerdo, observado por Souques e Quiserne (44), notara-se o signal de Kering, ao lado de apbasia com hemiplegia direita. O mesmo signal existia em 3 casos de meningite cerebro-espinhal, referidos por Lannois e Camus (45).

Sacquépée e Peltier (46) reuniram 9 observações de meningites cerebro-espinhaes grippaes, em 8 das quaes foi encontrado o signal. No unico caso em cuja observação elle não vem mencionado havia uma tumefacção dolorosa das articulações do joelho, devida a uma arthrite purulenta verificada pela autopsia, o que naturalmente impedia a investigação do symptoma.

São bastantes as observações referidas para demonstrar a extrema frequencia do signal de Kernig nas meningites: primeiro facto incontestavel.

Rogier (16), addicionando todos os casos de meningite em que o signal de Kernig foi procurado, publicados até a data do seu trabalho, obteve 218 casos, em 186 dos quaes foi achado o dito signal, o que dá a proporção de 85, 3%. As estatisticas parciaes dos diversos autores apresentam alguma differença para mais ou para menos. Assim, a de Cipollina e Maragliano dá a percentagem de 71,4, uma das mais baixas, ao passo que a de Netter em 1898 dava 90%.

Como já dissemos, a frequencia do symptoma de Kernig não é a mesma em todas as especies de meningites,

sinão que varia com a forma, a natureza destas. Assim, dos 218 casos da estatística de Roglet, 179 eram de meningites cerebro-espinhaes de diversa natureza, nos quaes a contractura se mostrava 160 vezes (89,3 %); as outras 39 meningites eram tuberculosas, em 26 das quaes foi achado o symptoma (66,6 %).

A ultima estatística de Netter, de 79 casos, com a percentagem global de 83,5, decompõe-se deste modo: 30 meningites primitivas epidemicas, em que o signal existia 28 vezes (93,3 %); 9 meningites secundarias, 9 vezes (100 %); 40 meningites tuberculosas, 29 vezes (72,5 %). «O signal de Kernig é, pois, constante por assim dizer nas meningites primitivas ou secundarias e acha-se em perto dos 3 quartos das meningites tuberculosas (Netter).

E', com effeito, nas meningites tuberculosas que mais vezes falta o symptoma de Kernig. Marfan, no recente congresso internacional de medicina em Paris, declara só o ter encontrado uma vez em 16 casos dessa affecção, em crianças do seu serviço hospitalar.

Não é bem conhecida a causa dessa differença. Referiremos posteriormente as explicações que se têm dado a respeito.

Como quer que seja, não ha negar a eloquencia dos citados Algarismos em prol da alta significação semiologica de um symptoma que se manifesta em mais de 8 sobre 10 casos da molestia considerada.

Mas é exclusivamente nas meningites que apparece o signal de Kernig, constituindo dest'arte um apanagio privativo dessas affecções, e por conseguinte um symptoma pathognomónico? Alguns autores assim o têm pensado. Vejamos, porém, o que nos ensinam os factos.

Cada vez mais a experiencia parece nos ir demonstrando a inexistencia de symptomas pathognomonicos que de

inestimáveis vantagens seriam para o clinico. Aquelles que a principio tinham visos de taes vêem-se mais tarde aguarentados em seu primitivo alcance semiologico. O mesmo naturalmente acontecerá ao signal de Kernig.

Rarissimos, entretanto, são os casos até hoje conhecidos em que foi encontrado esse signal sem a coexistencia de meningite, e ainda nesses pouquissimos casos, si não havia lesões inflammatorias manifestas nas membranas envoltoras do myelencephalo, não se podia excluir de todo a intervenção no processo morbido de qualquer condição irritativa.

Outros casos que se têm apresentado como restrictivos do valor do mesmo symptoma no diagnostico das affecções meningéas, são mui passíveis de critica contraria á respectiva pretensão.

Segundo Bull (10), o signal de Kernig não é a consequencia de uma meningite, nem mesmo de uma lesão da pia-mater, mas indica simplesmente o augmento da pressão intra-craneana. Mas além de apoiar-se para tal asserção unicamente em 2 observações, não são estas absolutamente probantes, como pondera Roglet, porquanto «si nestes dois casos havia sem duvida augmento de pressão intra-craneana, não menos certamente existia lesão da pia mater, meningite, ao menos no 1.^o caso e mui provavelmente tambem no 2.^o, e o exame da medulla não tendo sido praticado, não se pode affirmar que não existissem, ao nível das raizes rachidianas e sobretudo da cauda de cavallo, lesões capazes de explicar a presença do signal de Kernig.»

Ao depois discutiremos o papel do augmento de pressão do liquido cephalo-rachidiano no determinismo do phenomeno estudado.

Herrick (21) verificou a presença do signal

em um caso de hemorragia meningéa, seguido de autopsia. Facto semelhante foi observado por Widal e Merklén (37) em um homem de 38 annos, que foi acometido subitamente, em plena saúde, de um ataque apoplectiforme e, ao recuperar os sentidos, sem febre, nem paralyisia, nem contractura, queixando-se sómente de uma cephalalgia intensa, de dores lombares, as pupillas um pouco dilatadas, apresentava o signal de Kernig, assim como leve contractura da nuca alguns dias antes da morte. Pela autopsia, achou-se o canal rachidiano cheio de sangue e um coagulo hemorragico na cavidade craneana, situado á face inferior do cerebro e prolongando-se pela superficie anterior da protuberancia, do bolbo e da medulla. Não havia inflammação das meninges.

O proprio Kernig encontrara o symptoma por elle descoberto em 2 casos de hemorragia meningéa, referidos em sua memoria

Em uma interessante observação de Klippel (38) vem assignalada a presença do signal de Kernig: tratava-se de um doente de 18 annos, que offerecia o quadro clinico completo de uma meningite aguda (cephalalgia intensa, constipação, vomitos, febres, delirio, gemidos, gritos hydrocephalicos, rigidez do tronco e da nuca, raia meningitica, etc.), verificando-se pela autopsia a existencia de um volumoso abcesso situado ao centro do hemispherio esquerdo: «as meninges não estavam inflammadas na circumvisinhança do abcesso, nem em nenhuma outra parte. Não se podia, pois, admitir uma complicação meningéa para explicar os symptomas e em particular o signal de Kernig.»

Resulta dos factos exhibidos que o symptoma kernigiano não se acha fatalmente ligado á phlegmasia dos involucros cerebro-medullares, á meningite na verdadeis-

ra accepção do termo. Não se pôde, porém, excluir, nos casos citados, como sustenta Roglet, a irritação dos meninges, quer pelo sangue derramado, quer pelo abcesso cerebral.

Outros casos em que se pretende ter encontrado o signal independente de meningite carecem de certos requisitos para ser demonstrativos.

Herrick [21] achou-o «na perna sã de uma mulher que guardava o leito havia quatro dias, affectada de uma arthrite blennorrhagica do joelho. Durante todo esse tempo tinha conservado as dois joelhos flectidos, esta posição sendo-lhe a mais agradável. Isso explica a difficuldade que experimentava em estirar uma perna desde tanto tempo dobrada.» Roglet, julgando mui plausivel a explicação do autor, acrescenta que «a presença da arthrite do outro joelho estava longe de facilitar a pesquisa do signal de Kernig, e, não tendo sido praticada a punção lombar nem o exame bacteriologico do liquido, não se podia affirmar, á falta de outros pormenores clinicos, que não tivesse havido meningite, porquanto se têm assignalado complicações meningo-medullares da blennorrhagia».

A propósito convem lembrar como outros já o fizeram, que evidentemente se não pode tratar de signal de Kernig nos casos em que a extensão dos membros é obstada por condições locais, como uma arthrite do quadril ou do joelho, uma myosite, uma sciatica, uma antiga contractura de origem nervosa, etc.

Cipollina e Maragliano (23) publicaram 3 observações nas quaes «se notou o signal de Kernig, ao passo que pôde ser absolutamente excluida a meningite, tanto pela symptomatologia e terminação da molestia pela cura, quanto pela punção lombar, que deu um liquido, cepha-

lo-rachidiano limpido.» Não são, porém, sufficientes, como pensam estes autores, as razões dadas para banir-se a possibilidade de uma meningite, pois que: as meningites cerebro-espinhaes, é sabido, sô curam muitas vezes; o liquido extraído pela punção lombar não raro é limpido e transparente, não sô na meningite tuberculosa, sinão tambem nas meningites suppuradas, posteriormente averiguadas pela autopsia (Netter, 15); emfim, não foi praticado o exame bacteriologico do dito humor nos casos referidos.

Não existem, a nosso conhecimento, na literatura medica, além das citadas observações, outras em abono da possibilidade de realizar se o phenomeno que estudamos na ausencia de lesões irritativas ou inflammatorias dos involucros membranosos do eixo cerebro-espinal, e analyzadas como ficam as que acima adduzimos, parece-nos justa a conclusão que a respeito formula Roglet, nos seguintes termos: «Pode se dizer actualmente que, si o signal de Kernig não se encontra sômente nas meningites, se acha todavia sob a dependencia exclusiva de uma irritação meningéa.»

Em todo o caso, a contractura de flexão revelavel nas condições conhecidas, sendo um dos symptomas mais frequentes das meningites, e excepcional fóra destas, constitue, como dissemos, um dos mais valiosos elementos da semiótica dessas affecções. A presença do symtoma é ainda mais importante do que a sua ausencia, pois vimos que é relativamente mais facil haver meningite sem signal de Kernig, do que signal de Kernig sem meningite.

Diversos clinicos, Netter, Herrick, Roglet, Galli, etc., hão procurado o signal em grande numero de individuos sãos ou affectados de varias molestias, febre typhica,

pneumonia, reumatismo articular agudo, doenças nervosas orgánicas, nevroses, erythemas nodosos, esclerosis cerebral, alcoolismo chronico, etc., chegando sempre a resultado negativo.

Galli reuniu, ao lado de meningites de differente natureza, um certo numero de casos de febre typhica, pneumonia, dentição com meningismo, otite media, etc., todos acompanhados de phenomenos meningeus. Em todos os casos foi notada com cuidado a presença ou a ausencia do signal de Kernig: ora, sómente os casos de meningite verdadeira, de qualquer natureza, apresentaram esse symptoma.

Recentemente Netter (20) chama a attenção para duas molestias em que são relativamente assaz communs as determinações meningíticas e nas quaes verificou com certa frequencia o signal de Kernig: a febre typhica e a pneumonia. Em 313 observações de febre typhica achou o signal 44 vezes (11,8 0/0). Em cerca de metade destas observações havia concomitantemente rigidez da nuca ou do tronco, dores, paralyrias oculares. Eram exemplos da forma espinhal meningítica da febre typhica descripta por muitos autores. «Não poderíamos affirmar, diz Netter, que em todos os casos tivesse havido lesões inflammatorias das meninges, mas em muitas observações tivemos disto prova manifesta nos caracteres fornecidos pelo liquido colhido mediante a punção lombar.» A appareção do signal kerniguiano no curso da febre typhica agrava consideravelmente o prognostico, tornando-se neste caso maior a letalidade e mais frequentes as recahidas. Nas observações do autor, a proporção dos obitos entre os typhicos com signal de Kernig foi de 20,5 0/0 em lugar de 7 0/0 (cerca de 3 vezes mais elevada), e a das recahidas de 43,6 0/0 em vez de 16 0/0.

Nas pneumonias Netter também registou algumas vezes o symptoma em questão. Com algumas excepções, o liquido extrahido por meio da punção lombar era manifestamente inflammatorio.

Ordinariamente o signal de Kernig apparece no curso da meningite ao mesmo tempo que os outros symptomas classicos da doença ou depois que estes já se manifestaram, só servindo neste caso para confirmar ou corroborar o diagnostico já feito ou que se faria sem o seu auxilio. Mas nem sempre assim acontece: ás vezes o signal é dos primeiros a apparecer, e especialmente nos casos dúbidosos, em que faltam os symptomas sediços da meningite, nas fórmas frustras, é que sobe de ponto o seu valor semiológico, conforme o salientaram Netter e Chauffard. «Muitos dos nossos doentes, diz o primeiro destes autores, não tinham contractura, nem mesmo dos musculos da nuca.»

O mesmo clinico achou o signal desde o primeiro dia do apparecimento da meningite em dois doentes acomettidos, um de escarlatina com otite, outro de pneumonia. Em ambos os casos a punção lombar feita immediatamente deu um liquido encerrando o estreptococco e o pneumococco [19]

A proposito de um dos seus casos, seguido de autopsia, Chauffard (35) assim se exprime: «Esta meningite espinhal aguda não se revelou clinicamente sinão por symptomas minimos, apenas em esboço. Foi o signal de Kernig só por só que nos permitiu fazer o diagnostico.»

Em um doente de Netter (15) «que apresentava todos os signaes de uma febre typhica, inclusive a agglutinação, foi averiguado o signal de Kernig, desacompanhado de symptomas meningíticos. A autopsia desse individuo, que succumbiu a uma perfuração intestinal, mostrou, a par com as lesões da febre typhica do 3.º septenario, a pres-

sença de uma meningite cerebro-espinal, devida ao estaphylococco associado ao bacillo de Eberth».

Reciprocamente, em 2 casos do mesmo observador, nos quaes se podia crer em uma meningite, embora faltasse o signal de Kernig, a autopsia provou que se tratava de thrombose dos seios (15). Caso analogo é referido por Galli: uma menina de 18 annos entra para o hospital com febre moderada, cephalalgia intensa, mas sem nenhuma localisação bem clara. Depois de alguns dias surgem todos os factos proprios á meningite tuberculosa, sem exclusão de algumas perturbações dependentes dos nervos craneanos; fi lhava o signal de Kernig: não obstante foi formulado o diagnostico de meningite, o qual foi mantido até a morte. A autopsia, porém, revelou um grande abcesso do lóbo parietal esquerdo.

O symptoma de que nos occupamos é, pois, indubitavelmente um precioso adjuvante do diagnostico das meningites. Quando presente, sobretudo, elle auxilia a distinguir da meningite cerebro-espinal certas fórmãs do tetano (Ombredrane, Chaillous, Leroux et Viollet), do meningismo. (Roglet).

«O signal, diz Netter, persiste nos convalescentes por espaço mais ou menos longo. Kernig, Henoch viram-no depois de dois mezes e meio. Notamos igualmente o facto em individuos convalescentes ou curados. Esse signal permite, pois, um diagnostico retrospectivo.»

Para completarmos a historia do signal de Kernig deviamos tratar agora da respectiva pathogenia, mas a falta de espaço força-nos a adiar o seu estudo para proxima occasião. (1)

(1) A bibliographia a que se referem os numeros entre parentheses virá com a 2ª parte desta revista geral.

CONCLUSÕES — 1. O signal de Kernig é um dos symptomas mais constantes das meningites, de qualquer natureza, pois que se encontra em mais de 80 % dos casos.

2. Só mai excepcionalmente pôde apparecer sem inflammção das meninges não se podendó excluir, ainda neste caso, consoante os factos até hoje conhecidos, qualquer excitação ou irritação meningéa.

3. Si não é um symptoma pathognomonic no verdadeiro sentido do termo, possúe no entanto alto valor semiologico, a sua presença o mais das vezes « completando o diagnostico, quando si suspeitar a meningite, e, no ausencia de toda suspeita de meningite, determinando o medico a procurar os outros symptemas desta molestia » (Kernig). Nas fórmas frustras do mal sóbe de ponto a sua importancia,

Notas clinicas.

Uma recente applicação da therebentina é aconselhada por Madden para desodorisar o corrimento do *cancro uterino*. 1/2 onça de therebentinu é misturada a um quartilho de agua a fervêr no qual se faz dissolver uma grande colher de magnesia. Deixa-se arrefecer, agita-se bem, e fazem-se com a mistura irrigações vaginaes, que, alem de fazerem perder ao corrimento o cheiro pestilencial caracteristico, exercem uma certa acção hemostatica (*Merck's arch.* 1900, pag. 62).

— Os zumbidos de ouvidos, vertigens, nauseas, vomitos, cyanose, dyspnea e cardioplegia, que tão frequentemente acompanhãam o uso do salicylato de soda, evitãmsse, sem prejuizo da acção therapeutica, substituindo este precioso sai pela *saligenina* (*Merck's Archives*, 1900, pag 60).

