

## Homeoplasia e heteroplasia <sup>(1)</sup>

Pelo Prof. MARIO ANDRÉA

No evolver de todos os seres vivos, desde o ovo fecundado até o desenvolvimento completo, passam as células por numerosas metamorfoses, constituindo a *diferenciação*.

A célula-ovo fecundada congloba todos os caracteres que se vão distribuir entre os elementos celulares, sendo, por isto, *toti* ou *omnipotente*. Todo este potencial de qualidades hereditárias, emanado do organismo paterno e do materno, transmite-se, já fraccionado, ás células-filhas, resultantes da divisãoda célula-mater.

Os novos elementos, por transformações e divisões successivas, formam os 'folhetos do blastoderme, cujas células, *multipotentes*, possuem ainda muitas das qualidades hereditárias, recebidas da primitiva célula totipotente.

Dahí em diante, as células blastodermicas, pela reprodução constante, subdividem tais qualidades entre os elementos cada vez mais diferenciados, até chegarem ao extremo limite do processo diferenciador. Fóra e além deste limite extremo, as células não mais podem dar elementos novos de caracteres

(1) Publicado a pedido dos alunos do 4.º ano medico.

diferentes, por terem alcançado a *especificidade absoluta*.

No organismo já desenvolvido, quando os elementos que o constituem florescem em plena fase adulta, a formula "*omnis cellula e cellula eiusdem generis*" ajusta-se-lhe perfeitamente, maxime no acume da escala filogenetica, aonde o homem figura como o privilegiado ser de todo o cosmos conhecido.

A regeneração organica, pois, obedece a lei da especificidade celular, não mais podendo, no estado fisiologico, um tecido dar outro de especie diferente, um epitelio transformar-se em outro desigual ou em elementos conjuntivos, estes em fibras musculares ou em tecido nervoso e vice-versa.

Estes fenomenos de renovação, em que os elementos celulares se multiplicam, dando outros inteiramente semelhantes, iguais, quer de modo directo, quer indirectamente por intermedio de uma fase neo-formativa, receberam o epiteto de *homeoplasia*.

Ha, entretanto, nos estados patologicos, excepções a esta regra, se bem que muito restritas, limitadas apenas aos epitelios e elementos colagenos. Vêem-se tecidos, nos dominios de um só grupo (epitelial ou colageno), transformarem-se em outros de especie diferente, não só quanto aos caracteres morfologicos, senão até funcionais, constituindo modalidades histogenicas que se podem centralizar numa classe apenas—das *heteroplasia*, cujo conceito, firmado por Schridde, deve ser de algum modo

ampliado, de accôrdo com os conhecimentos hodiernos da sciência e o significado filologico da palavra.

**HOMEOPLASIA.**—Consiste a homeoplasia na transformação das células, em vista de seu poder reproductor, em outras da mesma espécie, inteiramente semelhantes, seja sob o ponto de vista morfológico, seja quanto à sua qualidade biológica.

A homeoplasia pôde ser *directa* ou *indirecta*.

Na primeira, as células de substituição provêm directamente de outras idênticas, na forma e no funcionamento, fazendo parte das regenerações fisiológicas e das hypertrofias numericas. Deste modo, os epitélios só produzem epitélios de elementos perfeitamente iguais, a célula conjuntiva deriva-se de outra da mesma espécie, a glandular da célula-mater semelhante, e assim poderíamos enumerar tantos mais exemplos, sem esquecermos das células musculares e nervosas que se não regeneram no estado adulto, já completamente diferenciadas.

Quando este poder regenerador é excessivo, quando esta transformação celular transpõe os limites normais, reproduzindo elementos em maior quantidade, e sempre analogos, resulta a hypertrofia numerica, capitulada de *hyperplasia*.

Na segunda, (*homeoplasia indirecta*), a transformação é indirecta, de maneira que as células regeneradas passam por duas fases, antes de se identificar. Ha uma fase de retorno, de regresso, em que as células neo-formadas perdem, progressivamente, os seus productos diferenciadores, e com

isto os caracteres específicos, assemelhando-se ao estado primitivo, embrionário.

Este fenómeno regressivo, que os antigos julgavam erroneamente ser "*de volta ao estado embrionário*", fôra elucidado por Champy, quando criara o feliz termo "*disdiferenciação*".

As células disdiferenciadas podem recommençar o processo da diferenciação no mesmo sentido do anterior, até alcançarem, mais ou menos, a especificidade absoluta, dando elementos semelhantes aos que já existiam antes da disdiferenciação.

Podemos, destarte, denominar esta modalidade histogénica de *isoplasia* (formação igual), porque as células transformadas se apresentam exactamente iguais e da mesma espécie das originárias que, após a disdiferenciação, se diferenciaram novamente, seguindo igual percurso da diferenciação primitiva.

**HETEROPLASIA.**—É a transformação de um tecido em outro de espécie diferente, podendo também ser directa ou indirecta.

Schridde restringe o campo da heteroplasia e a considera como sendo a diferenciação de uma célula, que no período evolutivo permaneceu indiferenciada, noutra atípica com referência á zona em que se acha. Este conceito, que Schridde explica pela sobrepujança dos caracteres celulares de valor inferior em relação aos orgânicos localmente dominantes, dissente dos estudos hodiernos sobre o assunto e até do proprio significado da palavra

heteroplasia; porque, após o desenvolvimento completo do organismo, a transformação de uma célula, que resta indiferenciada, latente, como germe embrionário no meio do tecido adulto, noutra atípica, correspondente a uma fase embrionaria transitoria, deve ser colocada no grupo das anomalias histológicas congenitas.

Orth denominou a heteroplasia de Schridde de *aloplasia* ou *displasia*.

Bem se vê que será melhor, não só baseado no raciocínio, mas também na significação rigorosa da palavra (formação diferente), reunir todas as modalidades histogénicas, que constam de transformações de elementos celulares em outros diferentes, numa classe comum da *heteroplasia*, aonde podem ser estudados os casos particulares.

Considerado, assim, o conceito da heteroplasia, tratemos das suas duas variedades, directa e indirecta, memorando, novamente, que os seus fenómenos só se passam entre os varios epitelios, de um lado, e os diversos tecidos da substancia colagena, do outro.

Não se dá a transformação de um epitelio num tecido colageno e vice-versa. E', portanto, muito reduzido o campo da heteroplasia: ou ao grupo epitelial, ou ao colageno.

Na *heteroplasia directa* não se verifica a fase regressiva, neoformativa, com disdiferenciação celular.

Ha um só caso desta heteroplasia — a *prosoplasia*, que consiste numa diferenciação ulterior, excedendo

as fronteiras fisiologicas, numa continuação directa do processo diferenciador, além da especificidade absoluta. Assim, por exemplo, a diferenciação ulterior das células pavimentosas superficiais do epitelio esofagiano em células corneificadas, indo além das medidas fisiologicas, é um caso de prosoplasia. Outro exemplo é a diferenciação directa do epitelio cilindrico em ciliado, num organo em que a função normal não permite cílios em suas células epiteliaes.

Em ambos os exemplos, as células alcançaram a especificidade absoluta (células pavimentosas no esofago e cilindricas num canal excretor); entretanto o processo diferenciador continuou posteriormente, por uma qualquer causa, ultrapassando as necessidades fisiologicas pela corneificação das células pavimentosas do esofago e formação de cílios no epitelio cilindrico.

Na *heteroplasia indirecta* ha uma fase regressiva, de retorno ou disdiferenciação, como na *homeoplasia indirecta*, seguida de outra, diferenciadora, porem em sentido diverso da primitiva diferenciação, dando elementos diferentes do originario.

As células disdiferenciadas podem permanecer neste estado de disdiferenciação e, reproduzindo-se, darem elementos que se assemelham aos da fase embrionaria: é a *anaplasia* de Hansemann.

V As células disdiferenciadas podem, entretanto, não permanecer neste estado, evoluindo logo por diferenciação, que segue um percurso diferente do processo diferenciador primitivo. Esta modalidade

histogenica, de transformação indirecta ou por disdiferenciação, dos tecidos em outros de especie diferente, é a *metaplasia*.

Hoje não mais se admite a antiga significação dada por Virchow, da metaplasia directa, sem passar pela fase disdiferenciadora. A metaplasia verdadeira é sempre indirecta.

Quando no processo diferenciador, após a disdiferenciação, as células transformadas ocuparem, na escala ontogenica, grau superior ao do elemento originario, a metaplasia será *prosoplástica progressiva*; quando, porém, não alcançarem o grau do tecido originario, ficando aquém deste, a metaplasia será *anaplástica regressiva*.

São exemplos do primeiro caso as metamorfoses de um epitelio prismático do conducto excretor de uma glandula em células especificas secretoras (elementos dos condutos biliares em células hepáticas), as transformações do tecido conjuntivo em cartilaginoso e osseo. As metamorfoses inversas, de células secretoras em elementos prismáticos dos condutos excretores, do tecido osseo em cartilaginoso ou em conjuntivo, constituem exemplos de metaplasia anaplástica regressiva.

\* \* \*

Os fenomenos intimos dessas modalidades histogenicas não alcançaram da intelligencia humana o esclarecimento perfeito.

Parece que ao lado do caracter especifico e domi-

nante da célula, se ocultam qualidades secundárias transmitidas por hereditariedade.

Ha a hipótese de que um substrato material— as substâncias *organo-genéticas* ou *plasmas formadores*, concentrado na célula ovo, parcela-se desigualmente entre as diferentes células, em virtude da diferenciação que é a “expressão da divisão do trabalho”. Cada plasma formador predominante estabelece a evolução histogênica da célula, determinando a sua especificidade.

Este plasma formador ou principal acompanha-se de outros acessórios, secundários, que se atrofiam e desaparecem, excepto nos grupos epiteliais e colágenos, aonde persistem em estado latente, como se fossem verdadeiras reservas histogénicas, prontas para despertarem ao menor desequilíbrio na vida normal da célula.

As condições vitais das células podem ser modificadas por uma causa qualquer (influências mecânicas, físicas, químicas, etc.), de modo que estes elementos, para se habituar á nova situação, proliferam, exaltando as energias latentes dos plasmas acessórios que se desenvolvem nas células-filhas, ficando o plasma principal em estado de rudimento.

A atrofia do plasma principal com o desenvolvimento de um dos plasmas acessórios parece explicar os fenómenos da heteroplasia.

Não devemos confundir a heteroplasia com as transformações embrionarias e post-fetais fisiologicas, com as anomalias histologicas congenitas, a acomodação fisiologica, a simples substituição e os germes ou inclusões celulares aberrantes.

Quer as transformações embrionarias, verdadeiras diferenciações que se passam no curso do desenvolvimento dos seres, quer as post-fetais, como as modificações da medula ossea (de vermelha em gordurosa ou mucosa), do timo na criança e outras, representam fenomenos puramente fisiologicos, sem nenhuma ligação á heteroplasia que só se processa no dominio patologico.

As anomalias histologicas congenitas são representadas pelas formações heterotópicas, produzidas no curso da diferenciação ontogenica. Assim é que o epitelio esofagiano, por exemplo, pode conter formas celulares cilindricas, ciliadas, poligonais, correspondentes ás fases embrionarias transitorias que persistiram anormalmente até o desenvolvimento completo.

Ha exemplos de acomodação fisiologica, que nenhuma relação têm com as heteroplasias. Trata-se apenas de uma alteração morfologica das celulas, sem modificação estrutural ou funcional, como nos cistos, em que o conteúdo liquido, pela pressão mais ou menos intensa, comprime o epitelio de revestimento, achatando os elementos celulares.

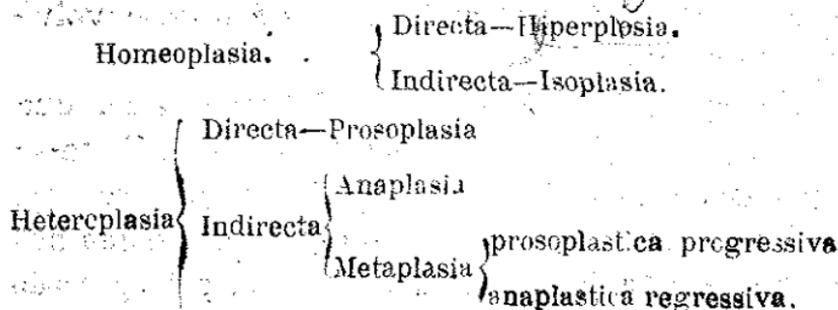
Não deve ser tambem colocada na classe das heteroplasias verdadeiras a simples substituição de

um tecido destruído por outro das proximidades. Na perfuração da membrana do tímpano, por exemplo, o epitélio do conduto auditivo externo aí penetra, substituindo o epitélio da caixa tímpanica.

Dá-se, quasi sempre, a substituição pela invasão do tecido visinho ao destruído. Outras vezes, porém, o elemento substituinte é transportado pela corrente circulatória, indo enxertar-se em pontos mais ou menos afastadas de sua origem, constituindo o que se denomina *metastase*.

Os germes aberrantes, verdadeiras inclusões celulares, congenitas ou adquiridas, podem confundir-se, a primeira vista, com as heteroplasias. Assim a presença de tecido cartilaginoso nas amígdalas, pela inclusão do segundo arco braquial, não constitue um caso de heteroplasia.

### ESQUEMA



## Syndrome cerebellar palustre

Lição do curso de Clinica Medica

pelo Prof. CLEMENTINO FRAGA

Senhores:

As lesões do cerebello só de longe em longe a clinica nos depara, ao menos nos serviços em que não é grande o numero de doentes. Isto justifica que me prevaleça da oportunidade de um caso para examinar a symptomatologia das affecções cerebellares, na farta messe de phenomenos clinicos, hoje conhecidos, sobretudo depois dos notaveis trabalhos de Babinski e seus discipulos.

Partamos da observação:

J. C. O., mestiço, de 29 annos, casado, roceiro, natural deste Estado. Leito n. 15. Enfermaria S. Vicente, Hospital Santa Izabel.

Refere que, durante o dia, quando entregue a suas occupações habituaes, sentiu tonturas, estado vertiginoso, forte cephalalgia, sendo obrigado a abandonar o trabalho. Desde então não mais passou a cephalalgia, repêtindo-se as vertigens; a marcha lhe foi de todo impossivel a não ser com o auxilio de outrem. Quando tenta o movimento da marcha perde o equilibrio e cae.

Como anamnése remota diz ter tido blennorrhagia ha alguns annos; pae morto, ignorando a *causa-mortis*; mãe viva no goso da perfeita saude; tres irmãos igualmente sadios.

## EXAME OBJECTIVO

Ausencia de febre, de movimentos involuntarios; sem perturbações mentaes; nem micropolyadenite,

Encontra-se vertiginoso, accusa dor occipital. mantem-se em equilibrio estatico, mas não consegue o equilibrio volicional cinetico; desmede-se nos gestos, e sentado ou de pé, na tentativa de composição dos movimentos, desequilibra-se e cae. Cae de lado ou de costas.

Entrementes percebe-se, nas respostas, que a palavra lhe sae lenta e arrastada, de quando em quando interrompendo para explodir em syllabas reunidas, de difficil comprehensão.

Assim era natural que para logo explorassemos, nos seus signaes objectivos, a syndrome cerebellar. E o fizemos, conforme a pratica de Babinski, procurando em primeiro logar a *asynergia* nas diversas posições—doente deitado, sentado e de pé, e em todas ellas com provas positivas; em seguida a *hypermetria*, expressa nas manobras que a fazem reconhecida; por final a *catalepsi cerebellar*, egualmente presente em o nosso caso. Sem *adiadococinesia*. A prova de Barany (*Worbeizeigen*) não foi pesquisada?

A' margem destes phenomenos, por deante o exame clinico, verificamos o tremor, a fixidez do olhar, a attitude cerebellar, a asthenia geral. Não havia nystagmus. Reflexos normaes.

Flagrante e indubitavel a syndrome cerebellar, proseguimos a exploração dos demais orgams e aparelhos.

*Apparelho respiratorio.*—Respiração fraca á direita, no vertice; diminuição do murmurio vesicular na base.

*Apparelho circulatorio.*—Bulhas cardiacas diminuidas de intensidade.

Exame do sangue:

Hemacias . . . . .	2.585.400
Leucocytos. . . . .	7.440
Relacção globular. . . . .	1.347
Hemoglobina . . . . .	55 %
Valor globular . . . . .	1,06

Contagem especifica:

Polynucleares neutrophilos . . . . .	56,8
"    eosinophilos . . . . .	6,0
"    basophilos. . . . .	0,2
Grandes mononucleares. . . . .	10,2
Grandes lymphocytos. . . . .	11,6
Pequenos " . . . . .	10,4
Formas de transição. . . . .	* 4,8

Coefficiente de Arneth:

$\frac{I}{19}$	$\frac{II}{28}$	$\frac{III}{36}$	$\frac{IV}{15}$	$\frac{V}{2}$
----------------	-----------------	------------------	-----------------	---------------

Quociente do desvio. . . . . 1,85

Presença do *plasmodium falciparum* em reiteradas e successivas pesquisas.

Tensão art.

Maxima 13

Minima 6 1/2 (Pachon)

*Apparelho digestivo.* -- Anorexia, constipação. Fígado doloroso, medindo 14 cent. ao nível da linha mamillar.

Baço augmentado de volume, franca esplenomegalia, tendo se extraviado a cifra dos respectivos diâmetros.

*Apparelho urinario.* -- Nada de anormal.

O exame das funções dos labyrinthos cochleares e vestibulares feito pelo Dr. David Bastos, assistente da Clinica Oto-rhino-larygologica, deu o seguinte resultado:

Conducto auditivo externo direito e esquerdo e membrana do tympano normaes.

O exame auditivo demonstrou percepção do tic-tac do relógio até 25 cent. do lado direito e 76 centímetros do lado esquerdo; da voz cochichada até 125 cent. para o ouvido direito e 135 para o esquerdo. O diapasão grave revelou Weber não lateralizado o Rim normal, dos dois lados.

Pelo oto-calorimetro de Bicinings, em posição optima, informou excitabilidade normal dos labyrinthos vestibulares, com o apparecimento do mystagmo provocado horisontal, por quantidade

de 120 e 140 cent. cub. de agua a 27° a 50 e 55 segundos.

*Liquido cephalo-rachidiano.*

Liquido crystallino. Hyperalbuminose. Ligeiro deposito depois de mais de duas horas de centrifugação: raros lymphocytos, na proporção de 0,13 por campo, numa contagem de 100 campos.

Prognostico favoravel.

*Tratamento.*—Therapeutica especifica pela quinina, na dose de 3 gr. diarias, por via intramuscular e *per os*; depois quinina e azul de methyleno em injectões endovenosas; por fim quinina e arsenico, sempre acompanhado o tratamento pela pesquisa do hematozoario.

## CONSIDERAÇÕES CLINICAS

Assentaram os estudos de physiologia que o cerebello é um organo essencialmente preposto á motilidade.

Da analyse dos phenomenos clinicos resalta clara e inilludivel a natureza das perturbações, identificadas na ruptura do equilibrio e na irregularidade dos movimentos que asseguram a ordem, a continuidade e a composição dos actos motores. 'E' sobretudo, diz Leri, a combinação dos movimentos simples, necessarios á execução dos movimentos complexos e á manutenção do equilibrio, que é defeituosa: a incoordenação cerebellar consiste principalmente numa desordem da composição

dos movimentos complexos e mesmo perturbação do equilibrio”.

E André Thomaz accrescenta: “no cerebellar os movimentos são executados sem medida no tempo e no espaço; são rapidos, instantaneos e desmedidos; o impulso inicial é muito forte, a velocidade excessiva, a inibição tardia”.

Taes perturbações recompõem na clinica a syndrome cerebellar, para logo reconhecida nos seus phenomenos mais expressivos. Compareçam pois ao nosso exame, no momento, os elementos da syndrome.

### INCOORDENAÇÃO

Dous aspectos um tanto differentes affeicõem na clinica a incoordenação cerebellar. De um fallou Duchenne—em descripção hoje classica—a *titubeação*; do outro tratou Babinski, em trabalho completo e admiravel, sob a denominação de *asynergia cerebellar*.

Na titubeação predomina uma perturbação do equilibrio, que se caracteriza logo que o individuo muda de posição, isto é assim que elle fica de pé: alarga-se a base de sustentação com o afastamento dos membros inferiores; o corpo entra a oscillar e as oscillações augmentam com a marcha, deslocando-o de um para outro lado, dando a impressão do andar na embriaguez. Às vezes a marcha titubante não é tão caracteristica, mas ainda assim o passo é incerto, vacillante: as pernas levantam-se

rapidamente e com a mesma rapidez fêrem o sólo, dando o acto da marcha a impressão deo que o individuo receia perder o equilibrio.

A titubeação é o phenomeno mais frequente das lesões do cerebello.

A outra modalidade porque se manifesta a in-coordenação é a *asynergia*. Descreveu-a Babinski de modo o mais completo, assim nos seus phenomenos mais evidentes que Leri chama *grande asynergia*, co o nos pequenos indices, surprehendidos nos movimentos provocados, tambem chamada por este autor de *pequena asynergia*, ou *pequenos signaes* da asynergia.

Na marcha asynergica typica o doente não consegue andar senão com o auxilio de duas pessoas. Para marchar começa flectindo demasiado a coxa, ao passo que o pé ultrapassa no sólo a distancia necessaria. A parte superior do corpo não acompanha o movimento de translação, ficando ás mais das vezes o tronco derreado para traz e assim se conserva em perigo de cair, o que torna impossivel a progressão. Na grande asynergia o tronco fica sempre inerte, contrastando com o movimento exagerado dos membros inferiores, carecendo o doente apoiar-se em ponto fixo ou nas mãos de outrem para facilitar ao corpo o impulso necessario ao andar.

Nos casos menos typicos todavia se pode pôr á prova a asynergia, pesquisando-a clinicamente, conforme Babinski e Tournay.

Quando de pé o individuo si se lhe faz derrear o tronco para traz os membros inferiores ficam em extensão forçada rigidos e immoveis, desequilibrando o corpo e ameaçando a queda. No individuo normal a posição é possível porque compensada pela flexão das pernas, com projecção dos joelhos para a frente.

Deitado o doente, em decubito dorsal, com os braços crusados não conseguirá sentar se, ficando as coxas em flexão exagerada e os calcanhares acima do plano do leito, qual se não dá no individuo são.

Sentado o doente, tendo que levantar o pé á altura de 50 cent., a coxa entra em flexão sobre a bacia e a perna apenas levemente se destende, não attingindo o pé o ponto, ou transpondo o rapidamente, o que se causa da decomposição dos movimentos que é a essencia mesma da asynergia.

Fazendo-se o doente deitado flectir o membro inferior até confinar o pé com a região glutea, para destendel-a depois, o mesmo phenomeno se manifesta condicionado á mesma causa genetriz.

A's vezes a asynergia é unilateral, quando o é tambem a lesão cerebellar, realisando a syndrome da hemiasynergia, aliás mais de commum encontrada.

### HYPERMETRIA

Phenomenos outros de lesão cerebellar se denunciam na hypermetria, ou dysmetria, que em provas varias se affirma conforme resumiu Aloysio de

Castro, de accôrdo com os trabalhos de Babinski e Tournay, André Thomaz e Jumentié, publicados na *Revue Neurologique*:

“1.º No ensaio de tocar com a ponta do indicador a extremidade nazal o dedo ultrapassa o ponto alvejado, resvalando por elle após o attingir com certa violencia. 2.º Fixado um ponto num papel e convidado o examinando a traçar ali uma linha horisontal, involuntaria e forçosamente excede o limite imposto. 3.º No apprehender com a mão um objecto (um copo, por exemplo) e no descançá-lo, os dedos vêm a abrir se muito mais que o preciso. 4.º Estendidos horisontalmente para a frente os membros superiores, em supinação, ao mudar-se essa attitude em pronação é o movimento excessivo, por forma que o pollegar descae a nível mais baixo que a outra borda da mão. 5.º O sujeito em pouso vertical deve elevar o pé e depois baixá-lo. Neste ultimo acto, pela violencia do movimento, o pé alcança com estridor o chão. No andar é despropositada a flexão da coxa na bacia e bem assim a posterior extensão da coxa, e que determina ruidoso choque de pé ao retornar o sólo. 6.º O doente em decubito resupino ha de collocar o calcanhar no joelho do lado contrario: ao envêz de o fazer directamente, executa desmarcado movimento de elevação do pé; excedendo para traz o joelho visado e só após vindo a alcançá-lo”.

Por todas estas provas se verifica que o doente do cerebello executa os movimentos voluntarios,

mas o faz de modo excessivo e desmedido, embora conserve a sua orientação intencional. Releva notar desde logo que a vista nada influe sobre taes movimentos, o que especificamente os diferencia dos phenomenos ataxicos, mas flagrantes com os olhos fechados. "Assim, conforme Babinski e Tournay, nos casos typicos, os movimentos desmedidos dos cerebellares e os dos tabeticos differem clinicamente: uns ultrapassam o ponto mirado tanto mais quanto mais rapidos são, ficam orientados, não são influenciados pela oclusão dos olhos; os outros, mesmo executados lentamente, são desorientados; sua desorientação se accentúa consideravelmente com os olhos fechados, emfim são antes mal medidos que desmedidos".

### ADIADOCOCINESIA

Outro symptoma attribuido por Babinski á lesão do cerebello é a *adiadococinesia*.

Comprehende-se por diadococinesia não só movimentos successivos, como a propria origem do termo indica, mas tambem a funcção que permite o desdobraimento e successão dos movimentos voluntarios.

Assim, por exemplo, para que os movimentos iterativos da pronação e supinação se succedam com rapidez, é indispensavel que cada movimento seja bem regulado, medido, sendo minimo o tempo perdido entre os dois movimentos successivos.

Ora adiadococinesia vem a ser a abolição ou

restrição na capacidade de executar com presteza os movimentos voluntarios successivos.

No cerebellar é possível a execução dos movimentos elementares, isto é mover a mão no sentido da pronação ou da supinação. Mas o doente só consegue fazel-o muito menos facilmente, perturbando-se sobretudo a successão rápida dos dois movimentos.

Bilateral ou unilaterial, a adiadocosinesia denuncia neste ultimo caso o lado da lesão.

### CATALEPSIA CEREBELLAR

Revelou o nosso doente um phenomeno da lesão cerebellar dos mais curiosos—a catalepsia.

Sabemos quanto intervêm o cerebello na funcção do equilibrio, mais é mistér distinguir o equilibrio, isto é distinguir o equilibrio volicional ctaetico, equilibrio em movimento, do equilibrio na immobilidade, ou equilibrio estatico.

Os disturbios cerebellares ao passo que perturbam o equilibrio cinetico, não attingem, senão para augmentar, o equilibrio estatico. Disto é prova exuberante a *catalepsia cerebellar*. Longo prazo os musculos se mantêm immoveis, fixando os membros na attitude em que são collocados voluntariamente. Mais evidente a catalepsia se manifesta no decubito dorsal, coxas flectidas sobre a bacia, pernas levemente flectidas sobre as coxas e pés afastados, tudo como na fig. 2 em que foi photographado o nosso doente. Nesta posição demorava-se

alguns momentos, ás vezes quatro e mais minutos, sem se fatigar nem denunciar a mais leve oscillação. Deu-nos o nosso caso um exemplo rarissimo de *catalepsia pura, perfeita*, qual descreve Babinski na sua citada memoria apresentada ao Congresso de Londres.

### TREMOR, PERTURBAÇÃO DA PALAVRA, ASTHENIA

Temos examinado os grandes phenomenos da syndrome cerebellar mas ainda restam ainda alguns, que, communs a outros estados, nem por isso desmerecem do alcance symptomatico, sobretudo na companhia dos primeiros. São elles o tremor, as perturbações da palavra e a asthenia.

No cerebellar o tremor é intencional, começa com o movimento voluntario e com elle termina, quasi sempre sujeito a modalidades individuaes, ás vezes, exagrandose do meio para o fim do movimento, conforme observou Charcot, ou se manifestando mais intenso no começo do acto muscular.

A perturbação da palavra é do molde a lembrar a esclerose em placas.

A palavra é arrastada, intercisa, quando não explode em syllabas reunidas.

Os caracteres escriptos, por seu turno, reflectem os effeitos do tremor, da hypermetria, da asynergia e da adiadococinesia.

A asthenia, de que Luciani, faz grande cabedal como manifestação do *deficit cerebellar*, é mais

ou menos accentuada, sem perturbação da sensibilidade muscular, nem restricção notavel da força de cada musculo. Tambem a atonia, inconstante para a'guns autores, é mencionada em algumas observações: atonia bilateral ou unilateral, segundo a corrente dos demais phenomenos.

Taes os phenomenos que merecem comprehendidos numa descripção clinica de affecção cerebellar. Dando-lhes o respectivo relevo nesta exposição penso acudir ás necessidades da clinica didactica.

Não se esqueça entretanto que nem sempre elles se apresentam na fatura e expressão dos symptomas observados em o nosso doente. Não raro apenas se entremostam, reduzidos e degradados no seu valor diagnostico. Na casuistica das doenças do cerebello, a necroscopia tem verificado lesões não suspeitadas em vida, ou que só se manifestaram talvez temporariamente, e para logo dissimuladas por phenomenos compensadores que fazem desaparecer os symptomas da molestia.

## DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Em face de uma syndrome cerebellar mistér se faz precisar o diagnostico etiologico.

Limitando as considerações ao nosso caso, a ausencia de antecedentes lueticos e de signaes contemporaneos ou remanescentes da syphilis desviaram o rumo de nossas indagações, no sentido da especificidade causal. De outro l do a procedencia do

doente, de zona rural palustre, os commemorativos do mal em seu inicio, e sobretudo um phenomeno clinico precioso — a esplenomegalia nos fizeram suspeitar da etiologia, que o exame hemastoscopico para logo confirmou, revelando a presença de abundantes parasitos da terçã maligna.

São relativamente numerosas as observações da syndrome cerebellar de origem palustre.

GUIDO ARENA, a proposito de uma observação recolhida na clinica do Prof. CARDARELLI, de Napoles, refere-se ao caso de PANINI, SCHUPPER, LUZZATO, PECORI, GRANDE, BEVACQUA, CIARRI, PICUCCI, FORLI, ALLOCCO POZZILLI, RUMMO GIGLILOLO (*La Reforma Medica*, 1913, Pag. 120).

Das publicações nacionaes conhecemos dous casos publicados pelo Dr. Mendonça Lima, em sua these inaugural, e quatro casos do Dr. Joaquim Moreira da Fonseca, apenas referidos em sua memoria sobre "neuroimpaludismo", premiada pela Academia Nacional de Medicina.

O Dr. Fonseca resume uma observação da clinica do Prof. Sodré, fornecida pelo Dr. Abreu Lima e allude a observações dos Drs. Sylvio Moniz e Juliano Moreira tambem não descriptas.

### LOCALISAÇÕES

Em regra sempre que a lesão se localisa de um lado os symptommas do mesmo lado se pronunciam. A hemorrhagia e amollecimento unilateraes se

deixam perceber pela asynergia, hypermetria, tremor, lateropulsão, observados do lado da lesão.

Todavia cumpre notar que taes phenomenos só são claros no periodo inicial porque para logo a compensação se estabelece, reintegrando a pouco e pouco as funcções perturbadas.

Dos trabalhos da Rothman, de Berlin, resalta a significação dos phenomenos clinicos, conforme a seguinte localisação:

*Affecções do vermis*—Mancha titubeante típica, não raro associada a attitudes anormaes da cabeça, asynergia cerebellar; lentidão e embaraço da palàvia.

*Affecção do cortex dos hemispherios*—unilateralidade dos symptomas; dysmetria notavel;

adiadococinesia; abolição da reacção de resistencia de Gordon e Stewart, a qual consiste em fazer o doente flectir fortemente o ante-braço ou a perna, oppondo-se á execução do movimento, para a certa altura ceder subitamente a resistencia. No momento em que esta falta, vê-se que, do lado doente a mão vae com impeto contra o trorax e o joelho contra a parede abdominal; do lado são, ao contrario, o movimento de flexão continúa depois substituindo, como no individuo normal, por um rapido movimento de extensão.

*Affecção dos nucleos do cerebello*—perturbações de equilibrio; attitudes especiaes e involuntarios do corpo; phenomenos catalepticos; crises convulsivas cerebellares verdadeiras.

Segundo Nothnaef só as alterações primitivas ou secundarias do *vermis* provocam a titubeação.

Os reflexos tendinosos, regra geral são augmentados nos quatro membros quando a lesão é bilateral; nos membros do mesmo lado quando unilateral.

De referencia ao nosso caso a lesão parece ter alcançado o *vermis* e os nucleos cinzentos centraes. De facto era quasi completa a syndrome. Completa e intensa nos seus mais graduados phenomenos clinicos.

A começar pela asynergia, typica, flagrante em todas as suas provas, eram tambem presentes a hypermetria bilateral, a catalepsia, além do embaraço da palavra, da asthenia e do tremor.

Ora, segundo Rothmann a asynergia é propria das lesões do *vermis*. Demais disso, de modo geral, quando a lesão acommette os nucleos cinzentos centraes ou a origem dos pedunculos cerebellares, os symptomas são mais intensos.

Dos symptomas de affecção cerebellar faltava em o nosso doente a adiadococinesia.

Aliás, segundo Aloysio de Castro, "nem sempre se deve ter a adiadococinesia como signal expressivo de affecções do cerebello, nas quaes até, a juiso de Curschmann; muito amiude falha".

Chegamos por final á indagação do modo pelo qual o impaludismo pôde provocar disturbuios cerebellares. Nem muitas palavras serão precisas nestes

ultimos momentos que nos restam. Nas formas malignas da malária os parasitos e pigmentos invadem os capillares visceraes, ahi estagnando, thrombosando-as a breve trecho.

Ora, no cerebro, como no cerebello, e neste mais facilmente que naquelle, pela contingencia das disposições anatomicas, o *plasmodium falciparum* produz estase nos capillares com as suas lesões habituaes— as hemorragias punctiformes e o edema visceral.

Já Maschialava, Bignami e Schapfer verificaram no impaludismo pernicioso hemorragias capillares no cerebello.

A prova anatomica está dada, e pois, nenhuma duvida poderá subsistir sobre o mechanismo.

No caso presente como nos outros de syndrome cerebellar palustre, a lesão se limitou provavelmente ao processo hemorragico e á infiltração por estase capillar, verdadeira trombose parasitaria e pigmentar.

Elizmente, tratando-se de impaludismo a medicação especifica pela quina e pelo azul de methyleno, nas suas mais altas doses, pode vencer o mal, restituindo o organo á sua integridade funcional. E assim acontecerá. Confio e espero de uma therapeutica que, na especie, já fez suas provas.

# Syndroma de Collet

PELOS DRS.

Cezario de Andrade

e

Alexandre de Carvalho

Prof. de Clinica Ophthalmologica

Assistente de Clinica Otho-rhinolaryngologica

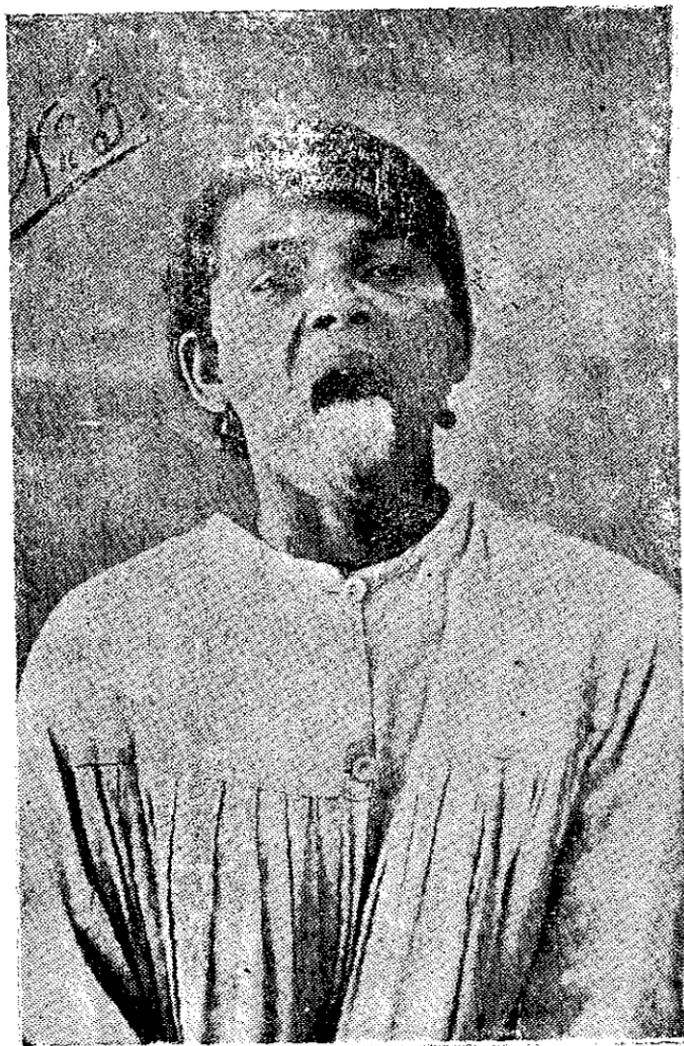
A pathologia complexa dos nervos craneanos offerece, por vezes typos morbidos, cujo diagnostico pôde passar despercebido ao exame clinico, tal a raridade com que se apresentam. Dentre esses estão as paralyrias laryngéas associadas, constituindo syndromas porfeitamenta definidos, como a que foi estudada por *Collet* e é conhecida por este nome.

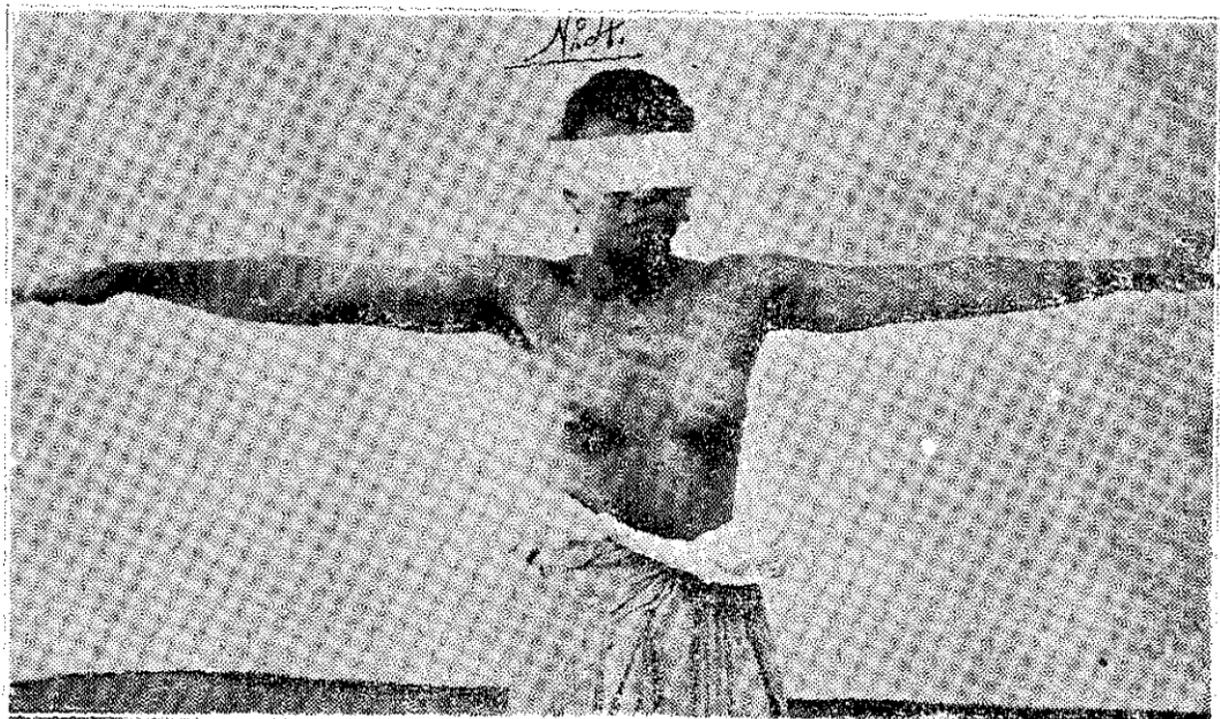
Um caso dessa natureza, cuja raridade é por demais sabida, foi objecto de uma communicação á Sociedade Medica dos Hospitales pelo Dr. Alexandre de Carvalho, por sabermos que nenhum outro caso, até então, havia sido levado ao conhecimento dessa sociedade.

Trata-se de facto de um desses casos de paralyria interessando a um só tempo os ultimos quatro pares craneanos; isto é, o glosso pharyngeo, o pneumogastrico, o espinhal e o grande hypoglosso, retratando, assim, fielmente, a chamada *Syndroma de Collet*, caso cuja observação publicamos na integra.

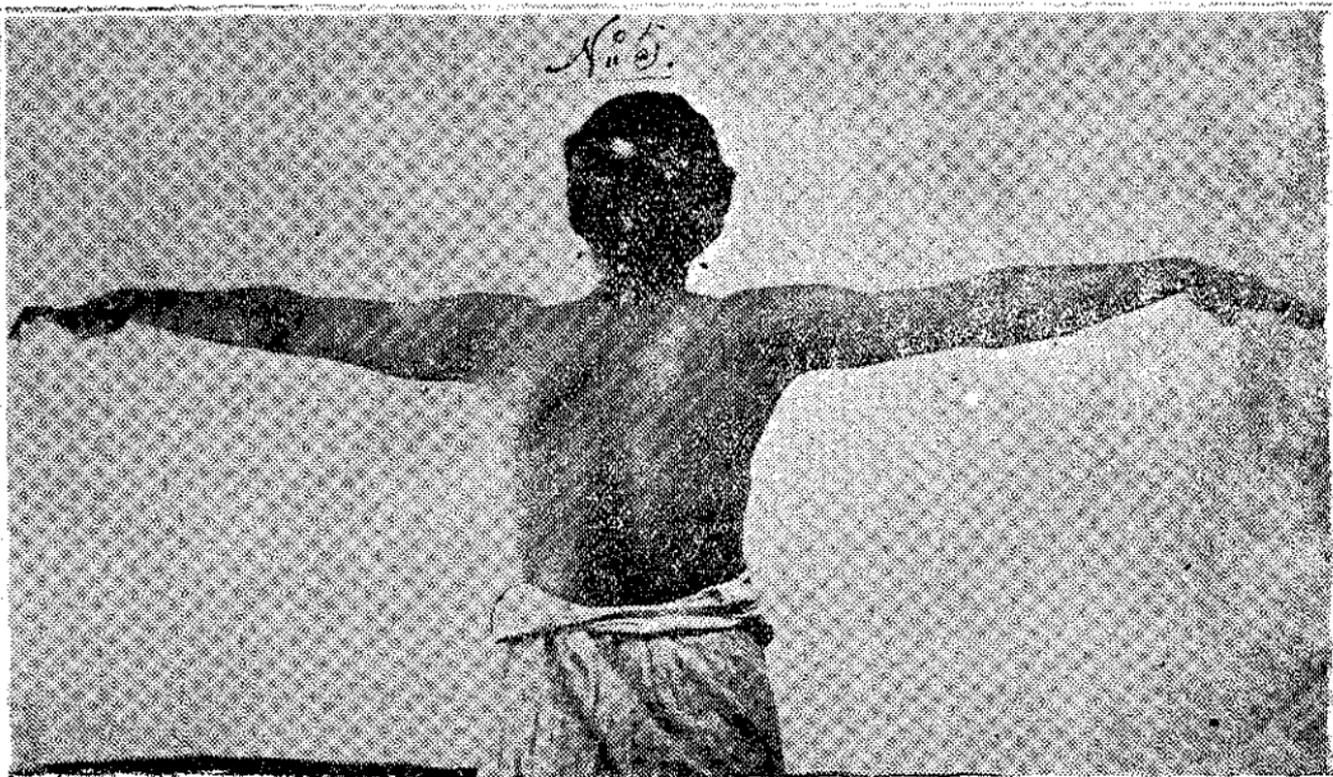
Observação — M. E. com 25 annos de idade, sol-







No. 5.



teira de côr parda, engommadeira, natural de sergipe, internada na Enfermaria de Santa Maria e matriculada no livro especial de registo clinico da cadeira de Oto-rhyno-laryngologia, interinamente a cargo do Prof. Cesario de Andrade.

Ao apresentar-se á consulta queixava-se de *rouquidão*, que ha mais de um mez a não deixava.

No que tange aos antecedentes pessôaes, informa haver sempre gozado saúde e dedicar-se aos misteres de engomadeira, referindo, porém, do acêrvo de sua pathologia progressa, o sarampão, catapôra e variola, afóra doença mais pertinaz, que não sabe bem precisar, e que a obrigou a recolher-se em 1914 ao Hospital. Conta mais ter uzado nessa época a neosalvarsanotherapia com resultado, levando-nos assim a crêr ser a nossa doente uma antiga avariada nos combates de Venus.

Do inquerito estabelecido a respeito dos seus antecedentes hereditarios nada de importante ficou apurado.

Dos antecedentes da doença, referé que em tarde humida, quando engomava, foi obrigada a sahir afim de recolher uma roupa e, ao voltar, sentiu-se, para logo, com a voz mudada, além de notavel embaço ao deglutir os liquidos, que, por vezes, chegavam a refluir para o nariz.

Sentia tambem dormencia pronunciada no hombro esquerdo e metade homologa do pescoço, ao lado de completa perda do gôsto. Siphilides numerosas cobriam-lhe o corpo e larga ulceração assestava-se

na perna esquerda, a qual se achava tambem edemaciada.

De temperamento sanguineo, constituição forte, apresentava manchas e cicatrizes de siphilides papulo-maculosa esparsas por todo o corpo.

Encaminhando o nosso exame no tocante ás perturbações laryngéas, fizemos a pesquisa do funcionamento do véo do paladar, de cuja lesão suspeitavamos deante da dysphagia não dolorosa accusada e da alteração da voz que a paciente apresentava (rhinolaria aberta). A simples inspecção notamos que ao movimentar-se o véo do paladar na emissão da vogal A, havia completa paralysisa de sua metade esquerda, a qual era levada pela metade direita, como si fosse aquella uma cortina, no que era acompanhada pela uvula em franco desvio.

O véo hemiparalysado não fazia a operculisação completa do rhino-pharynge, explicando, assim, a modificação da voz e a dysphagia não dolorosa observadas.

Depois procedendo á laryngoscopia verificamos paralysisa completa da metade esquerda do larynge sem inflammação, homologa, portanto, a do véo palatino.

Logo em seguida, volvemos as nossas vistas para os outros symptomas de que se accusava a paciente, começando pela investigação da causa do "cansaço e dormencias" que dizia ella sentir no braço esquerdo e na metade correspondente do

pescoço. Ao exame objectivo, á mera inspecção verificamos ligeiro desvio da cabeça para direita, si bem que sem prejuizo dos movimentos cephálicos, mantidos pela musculatura profunda do pescoço, em franca compensação aos paralisados.

Ainda pela inspecção era manifesta a quédia da espadua esquerda, com desvio do omoplata correspondente e deprimidas as fossas supras e infraclaviculares esquerdas, maxime quando se fazia a doente erguer os braços. O membro thoracico esquerdo necessitava algum esforço da parte da doente para ser collocado na horizontal, cansando precocemente.

Para complemento da nossa observação fizemos o exame minucioso dos demais órgãos e apparelhos, nada encontrando de anormal. Ha evidente encurtamento da distancia esterno-acromial esquerda (15 1/2 cents. á esquerda e 16 1/2 a direita) Wassermann francamente positiva e a tuberculina-reacção negativa.

O funcionamento renal se fazia perfeitamente, com boa eliminação urinaria, nada accusando de anormal a sua analyse completa.

Os reflexos normaes, salvo o pharyngêo que se encontrava abolido. Esphincteres funcionando bem.

Ausencia de Romberg, Babinski e Argyll-Robertson. Marcha normal, e perfeito o psychismo.

Os exames opthalmologico, rhinologico e otologico nada de anormal revelaram.

A Electro-diagnose revélou diminuição da exci-

tabilidade faradica dos musculos esterno-clido-mastoideo, trapezio, e hypoglosso do lado esquerdo (degeneração parcial).

\* \* \*

E foi deante do quadro symptomatologico acima relacionado em suas minucias, que firmamos o diagnostico de *Syndroma de Collet*, variedade complexa das paralyrias laryngéas associadas.

\* \* \*

As lesões dos ultimos pares de nervos craneanos dão, quando associadas, margem á observação e estudos de varias syndromas, cada qual mais complexa mais interessante e de frequencia relativamente pequena.

E' a tituação anatomica dos ultimos pares craneanos que enfeixa a pathogenese das diversas syndromas, na dependencia lesional desse ou daquelle par, isolada ou simultaneamente. A questão da não interferencia do setimo par na innervação vélo-laryngéa, parece cabalmente demonstrada por Lermoyez em dois bellissimos artigos publicados a respeito, razão por que nos furtamos de insistir sobre o assumpto.

As lesões do vago-espinhal se traduzem por paralyria associada palato-laryngéa, a constituir a *syndrome de Avelles* objectivada dest'arte na paralyria unilateral homologa do véo do paladar e do larynge.

Si a lesão váe mais longe e apanha o ramo externo do espinhal, sob cujo influxo nervoso estão os musculos externo-clido-mastoidéo e trapezio, teremos a paralyisia destes musculos homologa á hemiplegia palato-larygéa conjuncto symptomatologico da *syndroma de Schmidt*.

Por vezes á *syndroma de Schmidt* vem associar-se a paralyisia homologa da lingua, dando então o typo completo da *syndroma de Jackson*, denominação dada em honra ao nome deste neurologista.

*Collet*, estudando as paralyisias larygéas associadas deu-nos a conhecer mais um novo typo dessas hemiplegias que no caso de sua observação era produzida pelos estragos de uma bala de shrapnell, localisada para deante do condylo do occipital compromettendo os quatro ultimos pares caneanos, na sua passagem pelos buracos lacero-posterior e condyliano anterior. A característica desta *syndroma*, que recebeu o nome de *Collet*, é, como se vê, a mesma da de *Jackson* acrescida das desordens consequentes á lesão do glosso-pharyngéo, patenteadas por paralyisia homologa da parte anterior do constrictor superior do pharynge e mais os disturbios attinentes á sensibilidade geral da mucosa do terço posterior da lingua, dos pilares, das amígdalas, do pharynge e, pelo ramo de *Jacobson*, da mucosa da caixa do tympano e da trompa de Eustaquio.

Ao lado dessas perturbações figuram, tambem,

as da sensibilidade especial gustativa da mucosa do terço posterior da lingua (V. lingual).

Todó esse conjuncto de disturbios funcionaes era visivelmente apreciádo no caso da nossa observação, retratando assim com muita fidelidade o quadro da chamada *syndroma* de *Collet*.

Das nossas investigações no tocante á etiologia, basta compulsar o que acima referimos sobre as manifestações cutaneas e o subsidio trazido pelo laboratorio, pára nos decidirmos sem vacillações pela origem luetica do mal.

E assim pensando instituimos para logo o tratamento mercurial e o 914, com o qual esperamos poder curar a nossa doente.

## Sociedade Medica dos Hospitaes

*Sessão de 11 de Maio de 1919*

Presidente—Dr. *Alfredo Magalhães*.—Secretarios—Drs. *Armando Tavares e Antonio Franca*

### Expediente:

Convite do Instituto Historico para a sessão civica de 13 de Maio.

O Presidente nomeia os Drs. Galdino Ribeiro, Octavio Torres e Victoriano Tosta para representarem a Sociedade.

Ordem do dia:

## I

Dr. DAVID BASTOS.—*Sobre um caso interessante de heredo-syphilis.*

Relata um caso de heredo-syphilis onde, além de corysa caseopurulenta obstruindo as fossas nasaes e dificultando a amamentação, de psoriasis palmo-plantar, e das fissuras do anus; observa deformação da pyramide nasal (por achatamento e retracção alar) bem assim perfuração do septo nasal cartilaginoso — pezar da idade de 3 mezes, inda mais a presença de um folliculo dentario temporario de incisivo mediano, ora na fossa direita ora na esquerda—attestando assim anomalia dentaria de situação e direcção nominada: ectopia nasal dentaria ou heteropia dentaria—o que é raro em registos estrangeiros e não me consta em citação indigena.

## II

Dr. CLEMENTINO FRAGA—*Sobre um caso de syndrome cerebellar palustre.*

Esta comunicação vae publicada na integra, neste numero.

Discussão:

—O Dr. David Bastos corrobora as opiniões do Dr. Fraga, pondo em relevo o resultado do exame do aparelho vestibular, que verificou integro.

—O Dr. Fróes recorda um caso de syndrome cerebellar, mas de natureza syphilitica. Sobre o

conceito de lesão, limita-o á alteração anatomica irreparavel.

—O Dr. Pinto de Carvalho segue as opiniões do Dr. Fraga e realça a rareza do caso. Sobre a lesão, pensa com o Dr. Fróes. Acha que muito deve merecer de attenção o paludismo nos climas quentes, não querendo que se estenda tudo o que se observa em pathologia nervosa á syphilis. Tem em observação um caso de radiculite, no qual parece ser o hematozoario o agente morbigenico.

—O Dr. Fraga responde, agradecendo. Sobre a questão da lesão não retira o seu modo de pensar, dizendo ser apenas questão de gráo, pois com uma destruição minima, é possível a volta da funcção.

—O Dr. Mario Andréa apoia o Dr. Fraga na questão ventilada lembrando as lesões moleculares.

### III

DR. MANOEL VIEIRA LIMA—*Sobre um caso de syndrome de Hodgkin.*

Apresenta uma observação dessa syndrome, presente a doente. Precedentes hereditarios sem importancia. A cabeça estava mergulhada em uma grande massa de ganglios tumefeitos; os seios extraordinariamente volumosos.

Faz o diagnostico differencial com as molestias homologas.

Sobre o tratamento, não crê na efficacia da in-

tervenção médica; em todo o caso applicou os raios X.

Discussão:

—O Dr. Fróos concorda como diagnostico do Dr. Vieira Lima e recorda a grande synonymia citada por M. Couto. Não é tão pessimista quanto ao tratamento e recorda, a respeito, 2 casos de seu serviço, em que a röntgentherapia fez melhorar os doentes.

—O Dr. Octavio Torres relembra 2 casos seus levados já á Sociedade, suggere a pesquisa da filaria no sangue de doente e a hemocultura para verificação da adenomyose de Ezequiel Dias.

*Sessão de 25 de Maio de 1919*

Presidente—Drs. *Alfredo Magalhães*.—Secretarios—Drs. *Armando Tavares e Pinto Soares*

Expediente:

E' considerado socio o Dr. Lourenço Costa.

O Dr. Fraga offerece, para distribuição, varios exemplares do seu discurso e o do Dr. Chagas, no banquete aos medicos bahianos.

Ordem do dia:

I

Dr. FERNANDO LUZ— *Apresentação de peça anatomicã.*

Traz á Sociedade uma peça referente ao seu operado já conhecido, o qual apresentava uma

syndrome de estenose pylorica. Exito operativo perfeito. A conservação no alcool não permittiu cortes anatomicos.

## II

Dr. CESARIO DE ANDRADE—*Sobre um caso de lithiase do canal de Warthon.*

O Professor Cesario de Andrade traz ao conhecimento da casa, com apresentação do doente, um caso de lithiase do canal de Warthon em um individuo de 19 annos de idade, affecção rara e muitas vezes de difficil diagnostico, dando, por vezes, lugar a confusões lamentaveis do ponto de vista therapeutico. O caso objecto dessa communicacão offerece um exemplo disso, pois antes havia sido diagnosticado de cysto, com indicacão de ablacão immediata, o que, felizmente para o doente, não foi levado a effeito.

Tratava-se de um calculo de coloracão branco-acinzentada, do volume de um grão de arroz, de contornos irregulares, apresentando pequenas arestas em toda a sua superficie, o qual ha cerca de 6 mezes era sentido pelo doente, que se queixava, além de dôres paroxisticas localisadas no soalho da bocca, logo abaixo da lingua (terço anterior), grande tumefacão ao nivel da glandula maxillar direita.

A tumefacão era dura, dolorosa á pressão e estendia-se até quase a borda inferior interna do ramo esquerdo do maxillar inferior.

Mostrou a maneira por que chegou ao diagnostico praticando o catheterismo do canal, valendo-se de uma sonda de Borwmann, chegando assim a tempo de obstar a intervenção cirurgica, cuja consequência seria a fistulisação creada no curso do canal excretor da glandula sub-maxillar

Lembrou a proposito do seu caso, um outro que ha tempos fôra relatado á Sociedade pelo Prof. Antonio Borja, com a lealdade que o caracteriza.

Dessa oportunidade de conhecer a difficuldade do diagnostico, em que se encontrara o referido Professor, nasceu no seu espirito a lembrança de pesquisar a permeabilidade do canal de Warthon no caso que ora apresentava, chegando a firmar o diagnostico e orientar a therapeutica com o exito que todos os presentes podiam apreciar. Entra em seguida em varias considerações a proposito da etiologia da lithiase salivar e tece elogios á acção proficua da Sociedade Medica, dando ensejo a que se tornassem conhecidos factos clinicos dessa natureza que, sem ella, certamente, passariam despercebidos e inaproveitados, como aquelle do Professor Borja, cujo conhecimento tão util lhe fôra no formar o seu diagnostico.

#### Discussão:

—O Dr. Borja felicita e corrobora as derradeiras opiniões do Dr. Cesario sobre a illustração que trazem as sociedades medicas.

—O Dr. Fraga releva tambem esse papel e em especial o da Sociedade Medica dos Hospitales da

Bahia. Em seguida analysa a ethiopathogenia da frequencia de calculose na Bahia, attribuindo-a a desvio hygienico, devendo a Sociedade occupar-se mais detidamente do assumpto.

—O Dr. Fernando Luz, a esse proposito, chama os seus consocios ao cumprimento da resolução da Sociedade, por proposta do Dr. Adeodato, de tratar de assumptos geraes em sessões especiaes.

—O Dr. Cesario de Andrade, agradece. Refere-se em seguida á frequencia de calculose em Poços de Caldas, o que é attribuido á riqueza calcarea das aguas, e das salienta igualmente o papel dos microbios na constituição dos nucleos lithiaticos.

Dr. ARESTIDES MALTEZ—*Resultado remoto de uma operação por estenose da vagina.*

Diz vir trazer um caso em que sua prognose se verificou. Narra de novo a observação deixando patente as conclusões de então, quando dizia á Sociedade que “a vagina da doente permittia a intromissão de um speculo de virgem e as relações sexuaes; dada a concepção seria o parto pela via abdominal. Um anno depois que de tal modo se expressava, chega a doente em trabalho de parto, depois de penosa viagem, e com um corrimento esverdeado abundante.

Os Drs. Dias Tavares e Adeodato, consultados, opinaram, sob reservas, pela possibilidade do parto pela via natural. O estado geral como a infecção

do aparelho vulvo-vaginal, lhe embargaram os passos para uma operação cesareana. Fez a intervenção a forceps, depois de uma espera longa, da descida completa e de ter verificado o impedi-mento de uma brida cicatricial alta. Antes, porém, que a cabeça percorresse o canal vaginal, um descollamento se fez em todo o trajecto das paredes e uma ruptura perineal se deu. Recompuz tudo por uma operação atypica. Releva a importância do caso, aqui dobrada de concepção apenas com um *reliquat* de ovario, que lhe deixava uma intervenção abdominal sobre annexos. Lamenta a perda do feto e diz esperar de futuro, se nova concepção se dêr, e as condições lhe não forem, como agora, adversas, trazer, á Sociedade, vivos o filho e a genitora.

—Os drs. Borja e Fernando Luz dizem que não encontram na suppuração impedi-mento á intervenção cesareana, tidos os cuidados necessarios. O ultimo acha que não só isso, mas a prevenção que existe em nosso meio, contra essa operação, foi quem levou o Dr. Maltez a não a praticar.

—O Dr. Maltez replica, affirmando que só a suppuração lhe embaraçou o desejo de praticar a intervenção abdominal receiando estar a lamentar não só a morte do feto como a da genitora. Recorda a impossibilidade de modificar, por um tratamento adequado as condições do corrimento, uma vez que a doente já o procurou em trabalho.

# MEDICINA ACTUAL

## Revista das Revistas

*Equivalentes psychicos na epilepsia.—Dr. Antonio Barretto Praguer  
—Bahia—1949*

Do espirito esclarecido e da fecunda actividade que lhe caracterizam o traço de cientista e de clinico, seja este ou aquelle o ramo da medicina que o tenha preocupado, aqui e em terras outras, certo, aos que assim o julguem sem favor, deveria ser de alta valia e melhor augurio para a sciencia bahiana, a directa e constante dedicação do A. aos assumptos psychiatricos.

Os seus trabalhos anteriores assim o permittiam ajuizar; este a que nos referimos agora corresponde, em breve termo, plenamente, a essa justa confiança. Fel-o o Dr. Praguer em torno de uma observação de um doente, criminoso, do nosso Asylo S. João de Deus, observação que a é sua primeira parte. Nella o A, minucioso, perfeito, com absoluta propriedade, em termos de suggestiva elegancia, fez o apanhado completo do caso, preenchendo e evidenciando todos os *itens*, absolutamente preciso.

Antecedentes hereditarios e pessoaes, manifestações morbidas até o commettimento do acto criminoso, estado actual, exames e pesquisas, tornam a observação um modelo a seguir.

Depois da conclusão diagnostica, que os proprios dados da observação fornecem claramente, vem a discussão do caso clinico.

Nessa parte, que muito diz da erudição e íntima e sobeja relação do illustre A. com os mestres da psychiatria, expõe, de modó brilhante e exacto, a analogia entre os equivalentes psychicos e as verdadeiras crises da epilepsia caracterisada, perlustra e desbrava o campo scientifico relativamente ao assumpto.

Vejamos as suas palavras finaes:

"Encerrando aqui o estudo perfunctorio que conseguimos fazer sobre a epilepsia psychica e particularmente sobre os *equivalentes psychicos* propriamente, julgamo-nos habilitado a justificar a deducção diagnostica de *U. S. L.* longamente submettido á observação e cuja historia progressa mais ou menos completa podemos concatenar.

Considerando o caso *U. S. L.*, percebemos que os seus crimes foram *imotivados, sem premeditação*; além da relativa estima dispensada a *C.*, cuja casa elle frequentava, n'esse dia hospedara-se na propriedade de *C.* sendo acolhido com attenções e carinho.

Foram *instantaneas e energicas* as determinações de seus actos criminosos e tanto o foram que a explosão homicida se deu no momento em que *C.* voltando de appressar, juncto á sua esposa, o preparo do pequeno almoço destinado ao seu hos-

pede, este o enfrentou a tiros alvejando-o com uma bala que o prostou morto.

O desenvolvimento de *insolita violencia criminosa* se traduziu pela horrivel ameaça á infeliz esposa da victima, só escapando á sanha feroz do aggressor por se ter refúgiado nos mattos da circumvisinhança da habitação.

O desenvolvimento de *insolita violencia* ainda se manifestou pelo assassinato, quasi immediato ao primeiro, do pretinho que, no desempenho de uma tarefa domestica, inadvertidamente voltava para casa.

*U. S. L.*, nada *dissimulou*, *nenhum cuidado tomou para occultar-se* após a pratica de crimes tão horrorosos.

Com *indifferença absoluta*, *sem maguas e sem remorso* abandona a casa de C., não sem o cuidado da fechar a porta da frente e, pelo caminho, em direcção á casa de sua mãe, indifferentemente vae transmittindo a funesta noticia a todas as pessoas com quem se encontrava!

*Esquecimento quasi total ou reminiscencias confusas* dos actos criminosos pois nunca se poudo saber ao certo como as scenas se passaram, e, mesmo hoje, interrogado *U. S. L.* sobre taes acontecimentos, diz saber ter committido esses crimes mas nada conservou em lembrança e nenhum detalhe accrescenta ao relato de tão tristes scenas.

Seguramente *U. S. L.* em estado de *impulsividade allucinatoria* foi levado á pratica d'esses

crimes e das scenas pavorosas que se succederam, tendo tido um curto praso de calma relativa, cuja duração foi o periodo de tempo decorrido no percurso da casa de C. ao engenho de sua mãe.

Ahi chegado temos as scenas de terror já descritas em sua observação, onde depois de alvejar com a sua arma de fogo a quem quer que encontrava, recolhe-se ao sobrado do engenho, fecha portas e janellas, excepto uma d'ellas de onde, atirando continuamente, dirige um combate phantastico, dando ordens em altas vozes qual um general em delirio!

Cessada toda essa scena de pavor *U. S. L.*, ainda em estado de grande exaltação, vê em cada parente, em cada uma das pessoas intimas um inimigo, um combatente!

A *impulsividade allucinatoria* é uma variedade de *equivalentes* fazendo parte da *vertigem* pela instantaneidade de seu apparecimento, pelo automatismo e participando do *delirio* por ter por base uma perturbação sensorial.

Estes accessos, diz LEGRAIN, explodem como verdadeiros explosivos.

Nenhuma duvida pois nos resta de que *U. S. L.* é um epileptico, revelando-se a sua doença por EQUIVALENTES PSYCHICOS bem assignalados e para esta apreciação basta attenciosa leitura de toda a sua longa observação que procuramos orientar com o methodo possivel ao nosso alcance.

*U. S. L.*, nunca teve ataques convulsivos verificados, nunca se revelou portador de manifestações francas do mal comicial, mas claramente estigmatisado e com manifestações episódicas da doença, os seus *equivalentes* parecem ter substituído totalmente as crises epilepticas convulsivas.

Não fossem os homicídios praticados em condições tão trágicas quanto surprehendedentes *U. S. L.* continuaria em seu meio habitual, desempenhando-se na sociedade e no commercio dos homens, de accordo com as características de seu espirito fluctuante, de seu caracter mal humorado, violento, desconfiado, dissimulado, mentiroso, arreadio, colérico, impossivel, cruel, inaffectivo, egoista, insociavel, pusillanime e sem utilidade para si e para os seus."

---

## **Gazeta Médica da Bahia**

REDACTOR-GERENTE

Dr. Macedo Guimarães

Cobertos, 5 — Caixa Postal, 250 — BAHIA