

1267

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

129/10 EMC

N.º 10.

## BREVES CONSIDERAÇÕES

Á CERCA D'ALGUNS CASOS

DE

# Paralyssia geral

POR

Aarão Ferreira de Lacerda

Il ne nous paraît pas téméraire d'avancer qu'à l'heure actuelle, en Europe du moins, la Syphilis pourrait être considérée comme une infection bénigne (réserves faites pour la syphilis héréditaire), n'était l'éventualité redoutable qu'elle comporte de complications du côté des centres nerveux.

*Henri Lamy.*

129/10 EMC



# Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director—ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Lente secretario interino—JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES

## Corpo docente

### Lentes cathedaticos

1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .	Luiz de Freitas Viegas
2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .	Antonio Placido da Costa
3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Illydio Ayres Pereira do Valle
4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria . . . . .	Clemente Joaquim dos Santos Pinto
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . .	Candido Augusto Corrêa de Pinho
7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .	José Dias d'Almeida Junior
8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia
9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .	Roberto Bellarmino do Rosario Frias
10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica . . . . .	Augusto H. d'Almeida Brandão
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .	Maximiano A. d'Oliveira Lemos
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica . . . . .	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar
13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene publica e privada . . . . .	João Lopes da Silva Martins Junior
14. <sup>a</sup> Cadeira — Histologia e physiologia geral . . . . .	José Alfredo Mendes de Magalhães
15. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia topographica . . . . .	Carlos Alberto de Lima

### Lentes jubilados

Secção medica . . . . .	José d'Andrade Gramaxo
Secção cirurgica . . . . .	{ Pedro Augusto Dias Dr. Agostinho Antonio do Souto

### Lentes substitutos

Secção medica . . . . .	{ Vaga Vaga
Secção cirurgica . . . . .	{ Antonio Joaquim de Sousa Junior Vaga

### Lente demonstrador

Secção cirurgica . . . . .	Vaga
----------------------------	------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

*(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)*

PRESIDENTE DE THESE

O ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Maximiano d'Oliveira Lemos

De fevereiro de 1904 a março de 1905, foram realizados, pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Magalhães Lemos, alguns ensaios therapeuticos, em doentes affectados de paralytia geral, procurando seguir, tão approximadamente quanto a opportunidade o permittia, os preceitos indicados no livro de Leredde, intitulado *La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale*. Benevolmente consentiu, aquelle illustre psychiatria, que, nas referidas tentativas, collaborassemos.

Não tivemos doentes em que apenas se principiassem a definir os prodromos do seu padecimento; seria então que o uso da mercurialisação intensiva maiores probabilidades de exito poderia offerecer. Todos os nossos paralyticos já tinham bem accentuados os signaes correspondentes ao pe-

riodo chamado de estado, e, por essa circumstancia, extremamente augmentavam as difficuldades a vencer. Na sequencia das observações clinicas, alguns factos avultaram que julgámos seria de interesse analysar mais detidamente, com o fim de se precisarem as indicações da therapeutica adoptada. É essa analyse que constitue o assumpto d'este resumido trabalho.

Permitta o nosso sabio amigo, dr. Magalhães Lemos, que vivamente lhe testemunhe profunda gratidão, pelo continuo auxilio e bondoso ensino que se dignou dispensar-nos. Egualmente exaro indelevel reconhecimento ao ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Julio de Mattos, insigne director do Hospital do Conde de Ferreira, confessando, ao mesmo tempo, a nossa admiração pelo zelo caritativo com

que os funcionarios d'essa instituição benemerita sabem cumprir os deveres do seu penoso mistér.

No decurso da exposição doutrinal, teremos de nos referir, com frequencia, ás observações realizadas. Descrevel-as-remos, a principio, reservando-nos para, subsequentemente, fazer a justificação da oportunidade da therapeutica preferida, e o exame comparativo dos factos observados.

---

# I

De uma doença capaz de remittir profundamente, não póde affirmar-se a absoluta incurabilidade. «As remissões, diz Kraft-Ebing, que muitas vezes apparecem na paralytia geral, mesmo tardiamente, constituem um indício de que o curso da doença não é absolutamente fechado á esperança».

*Dr. Julio de Mattos. — A LOCURA — 1889.*

As enfermarias n.<sup>os</sup> 1, 5, 6 e 8, de homens, do Hospital do Conde de Ferreira, estão a cargo do ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Magalhães Lemos. A população total d'essas enfermarias é, em média, de 138 alienados.

Em fevereiro de 1904 existiam alli sete paralyticos geraes e desde então, até ao fim de março de 1905, foram admittidos mais dez; foi pois dezesete o numero total de dementes paralyticos que, durante aquelle periodo, estiveram nas referidas enfermarias, porém com tempos de permanencia inteiramente deseguaes. Com effeito, no decorrer d'essa epocha, quatro sahiram temporaria-

mente, tres retiraram definitivamente para junto de suas familias e falleceram sete.

Dos dezesete doentes que indicámos, só quinze puderam ser sujeitos a mais cuidadoso exame; os dois restantes apenas os deixamos mencionados com um fim estatístico.

As observações directas que descrevermos referem-se a esses quinze dementes paralyticos e foram, em geral, realizadas em commum, pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Magalhães Lemos e por nós, porém sob a auctorizada direcção do primeiro.

Não se effectuaram as autopsias dos sete paralyticos fallecidos, em consequencia de pedidos das respectivas familias.

### Normas therapeuticas

Vimos que os diversos doentes não tiveram todos o mesmo tempo de permanencia hospitalar, e, assim, os tratamentos preceituados não puderam ser seguidos com inteiro parallelismo; houve mesmo algumas differenças importantes. Teremos pois de fazer a descripção, em separado, das observações concernentes a cada um dos differentes paralyticos. Antes, porém, vamos indicar, nas suas linhas geraes, a serie de tratamentos que foram successivamente appli-

cados, esclarecendo, desde já, que alguns dos doentes só receberam dois ou tres, ou mesmo só um d'aquelles tratamentos.

Foram administrados cinco tratamentos, os dois primeiros e o ultimo mercuriaes, o terceiro e o quarto de iodeto de potassio.

Para facilitar as referencias, designaremos os tratamentos mercuriaes, respectivamente, por (A) (B) e (C), e os tratamentos pelo iodeto, respectivamente, por (a) e (b).

Os tratamentos (A) (B) e (C) foram effectuados, usando de injeções intramusculares de mercurio. A região onde, de preferencia, eram dadas as injeções, foi a denominada região de Fournier, terço superior da nadega. Alternou-se, procurando que as injeções nunca fossem dadas do mesmo lado.

Só no tratamento (A) usámos o chlorhydrato de cocaína que então foi empregado na dóse de dois milligr. por centimetro cubico. Nos tratamentos (B) e (C) evitámos o uso da cocaína porque, não obstante a sua pequena quantidade, sempre era uma substancia toxica, que convinha supprimir, sendo possível. Não nos arrependemos. Os doentes recebiam perfeitamente as injeções, sem a cocaína, com tanto que a agulha penetrasse bem profundamente, e se delimitasse, com cuidado, o nivel da região

de escolha. Só tres ou quatro vezes dois doentes se queixaram de dor intensa. Lembra-nos porém que isso coincidia com o ter-se dado a injeccão a um nivel relativamente inferior, se bem que ainda pertencesse á região de Smirnoff (retro-trochanteriana).

(A) PRIMEIRO TRATAMENTO MERCURIAL (14 de fevereiro a 13 de maio de 1904). Injecções intra-musculares de benzoato de mercurio, sendo este sal solubilizado graças ao chloreto de sodio (1). As injecções foram dadas primeiro em dias alternos e depois em dias consecutivos. Houve um periodo intercalar de dez dias de descanso (28 de mar-

---

(1) O benzoato altera-se com facilidade. Não convém o producto commercial que é impuro. Para se evitarem esses inconvenientes, o snr. Alfredo Pereira, distincto pharmaceutico do Hospital do Conde de Ferreira, aconselha que se prepare na occasião um soluto officinal da formula

Chloreto mercurico . . .	0 gr,613
Benzoato de sodio . . .	0 gr,733
Agua distillada, esterilizada q. b. para 20 c. c.	

2 centimetros cubicos contêm 0 gr,1 decigr. de benzoato mercurico e 0 gr,0264 de chloreto de sodio. Juntando agua esterilizada ou chloreto de sodio, em proporções convenientes, com facilidade se obtém a injeccão prescripta, á custa d'este soluto.

O snr. Alfredo Pereira, apresentou sobre este assumpto uma nota ao Centro Pharmaceutico Portuguez, que vem publicada no *Boletim Pharmaceutico*, 2.º anno, n.º 9 pag. 150.

ço a 6 d'abril). Principiou-se pela dóse de quatro miligr. e meio de benzoato por injeccão, dóse que depois elevámos a nove e por fim a onze milligr.

Descanço de um mez.

(B) SEGUNDO TRATAMENTO MERCURIAL. (13 de junho a 6 de julho. Injecções intramusculares de hermophenyl, em dias consecutivos. Principiámos pela dóse de um centigr. por injeccão, que foi elevada em um centigr. por dia, até se attingirem doze centigr. por dia e por injeccão, dóse que foi mantida até ao fim d'este tratamento.

Descanço de dez dias.

(a) PRIMEIRO TRATAMENTO PELO IODETO DE POTASSIO. (16 de julho a 18 d'agosto). Os doentes tomavam iodeto de potassio, tres vezes ao dia, junto a cada uma das principaes refeições. Principiou-se pela dóse diaria de um gr., que foi tendo sucessivamente o augmento de meio gr., até se attingir a dóse diaria de doze gr., a qual foi mantida apenas dois dias.

Descanço de trinta e tres dias.

(b) SEGUNDO TRATAMENTO PELO IODETO DE POTASSIO (21 de setembro a 22 de novembro). Os doentes tomavam diariamente io-

deto de potassio. Principiou-se pela dóse diaria de tres gr. que foi sendo gradativamente augmentada de meio gr., até se attingirem doze gr. diarios, dóse que foi mantida sómente tres dias. O augmento de meio gr. era a principio de tres em tres dias, e depois de quatro em quatro dias.

Desçaço de sessenta e cinco dias.

(C) TERCEIRO TRATAMENTO MERCURIAL (27 de janeiro a 3 de março de 1905). Injecções intramusculares de hermophenyl, primeiramente em dias alternos e depois em dias consecutivos. Principiou-se pela dóse diaria de um centigr. que foi sendo successivamente accrescida em doze milligr. por dia, até se attingirem doze centigr. por injecção e por dia, dóse que foi mantida durante onze dias. As injecções de hermophenyl foram em numero de 26. Quando se passou de dias alternos para dias successivos, abaixou-se temporariamente a dóse diaria para, em seguida, se elevar de novo, como anteriormente. Este tratamento teve ainda duas variantes: (C') e (C'').

(C') Dois doentes seguiram durante algum tempo (27 de janeiro a 21 de fevereiro) as normas do tratamento (C), mas depois de terem recebido as primeiras quinze injecções de hermophenyl, estando já na dóse

maxima de doze centigr., passaram, sem interrupção, a receber injecções de bi-iodeto de mercurio (em soluto aquoso, solubilizado o bi-iodeto graças ao iodeto de sodio), em dias consecutivos. O bi-iodeto mercurico foi principiado pela dóse diaria de meio centigr., que depois foi successivamente augmentando, meio centigr. por dia, até se attingirem oito centigr. por injecção e por dia. As injecções de bi-iodeto foram em numero de 17. Terminaram em 9 de março.

(C'') Um doente seguiu um tratamento semelhante ao antecedente (C'), mas recebendo injecções de benzoato de mercurio em vez das de bi-iodeto alli indicadas, porém nas mesmas dóses e gradação. Recebeu 16 injecções de benzoato, além das quinze anteriores de hermophenyl.

Estes diversos tratamentos, particularmente os ultimos (C), (C') e (C''), foram auxiliados pela medicação tonica apropriada, utilizando-se, com especialidade, os glycerophosphatos.

Acompanhámos sempre o tratamento dos nossos doentes indagando, qualitativamente, se nas urinas existiam elementos anormaes, especialmente a albumina. Este ultimo elemento foi sempre investigado por

quatro processos: pelo acido azotico, pelo reagente de Tanret, pelo albuminometro de Esbach e pelo calor, por espaço de meia hora, a banho-maria. Essas analyses eram feitas (1) sempre que principiavamos o tratamento mercurial e quando havia qualquer aggravamento de symptomas. E' claro que, nos dias em que os doentes tomavam iodeto em dóses elevadas, apparecia grande quantidade d'esse producto na urina; logo, porém, que se suspendia o tratamento, notava-se que o iodeto era, com brevidade, eliminado.

---

(1) Este ultimo processo de pesquisa da albumina, quando cautelosamente applicado, é considerado o mais seguro pelo prof. dr. Alberto d'Aguiar. (*Questões de urologia*, 1903, d'este auctor, pag. 131 e seguintes).

## II

### OBSERVAÇÃO I

X... de 36 annos, casado, empregado de pequeno commercio, deu entrada no Hospital em setembro de 1903.

ANTECEDENTES. Tem quatro irmãos saudios. Familia paterna saudavel, pae e avós paternos longevos. A mãe falleceu aos trinta e cinco annos; teve hemoptyses.

Não consta que este homem tivesse doença alguma até 1897, salvo o sarampo, em creança.

Em 1897 contrahiui a syphilis. Appareceu-lhe o accidente primario, e mais tarde, teve placas mucosas na garganta. Foram-lhe administradas fricções mercuriaes. Tomou depois, e durante bastante tempo, iodeto de potassio.

Pouco antes da sua entrada, casou, começando, por essa occasião a manifestar,

idéas megalomanas e a mostrar-se excitado: queria construir um edificio de aluminio para offerecer á rainha; um dia, em sua casa, quebrou a louça. Como o estado de inquietação se exacerbasse, foi por esse motivo internado.

EXAME DIRECTO (em fevereiro de 1904) Enfraquecimento geral das faculdades mentaes. Todas as idéas do doente quasi se circumscrevem ás seguintes: que tem muita saude e está á espera de sua familia que resolvera tiral-o, dentro em poucas horas, do Hospital. Era o doente quem outr'ora fazia todas as contas na casa commercial onde estava empregado; na occasião d'este exame clinico, sabe ainda sommar e multiplicar, porém com muita difficuldade; na diminuição e divisão commette continuos erros. Tem a face um pouco pallida e sem expressão.

Ligeira myosis; a pupilla direita mais contrahida. Reflexos pupillares da luz e acomodação, normaes.

Pronunciado embaraço da palavra. Tremulação labio-lingual que se accentua quando pretende emittir as primeiras syllabas. Ondulações vermiculares da musculatura lingual.

Não existe o tremor das mãos, mesmo

na attitude do juramento. O doente escreve lentamente, com regular calligraphia, omittindo porém algumas letras, mesmo na propria assignatura.

Reflexo do tendão rotuleano, exaggerado.

Caminha devagar, levantando pouco os pés e, mesmo, em certos dias, arrastando-os.

Em média, 90 pulsações por minuto.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Este doente recebeu os tratamentos que designámos por (A), (B), (a) e (b), isto é, o primeiro e o segundo tratamento mercurial, o primeiro e o segundo tratamento pelo iodeto de potassio (vej. pag. 14 e seguintes).

*Tratamento (A).* Durante esse periodo de tratamento não se modificou o estado habitual do doente, notando-se apenas um pequeno augmento da frequencia do pulso, nos ultimos dias das injecções.

*Tratamento (B).* No dia correspondente á nona injecção d'esta serie, appareceu diarrhea ligeira, que parou com o uso do bismutho e pela suspensão do tratamento mercurial durante quatro dias. Voltou a receber injecções, quando porém foi attingida a dóse maxima (12 centig. de hermophenyl, 28 de junho), notava-se que tinha a pelle bastante avermelhada. Não recebeu, por

esse motivo, injeccões nos dias 29 e 30 de junho e no dia 1 de julho, sendo o tratamento continuado sómente nos dias 2, 3 e 4. A 5 manifestou-se um exanthema morbilliforme que se generalizou a todo o corpo: o doente tinha a face levemente vultuosa, com manchas de côr vermelha um pouco mais carregada; na região anterior do thorax e em outros pontos a côr era intensa. O doente estava apyretico, mostrava-se, no entanto, mais impaciente e o numero de pulsações por minuto subia a 102. Suspendemos as injeccões. Passados alguns dias era readquirido o estado habitual. Pareceu-nos mesmo que havia ligeiras melhoras, relativamente aos symptomas que primeiro observámos.

A descamação que sobreveiu á hydrargyria apenas se notava nos membros inferiores, onde era ligeiramente furfuracea.

*Tratamento (a).* Não se denunciou alteração sensível no estado d'este doente, até 10 d'agosto. Principiou-se então a manifestar tachycardia. A 14, tinha 115 pulsações, a 15—112 e a 18 tinha 116 pulsações, por minuto. Suspendeu-se o iodeto; o estado habitual voltou de novo, rapidamente.

*Tratamento (b).* Até 1 de outubro não occorreu factio algum digno de menção. N'esse dia, porém, o doente appareceu com

a palavra bastante presa e arrastava um pouco a perna direita. Suspendeu-se temporariamente o iodeto. No dia 2 estava alheado de tudo quanto o rodeava e muito prostrado, com o braço e a perna direita como paralisados, e sem poder articular uma só palavra; havia exaggero dos reflexos rotuleanos e esboçava-se o clonus do pé; não se notava o phenomeno de Babinski; ás 8 da noite a temperatura era 38°,5. A 4, em seguida a uns clysteres pôde, pela primeira vez depois do accesso, evacuar e fazer a micção; principiaram então as melhoras.

No meado do mez já podia voltar ao uso do iodeto de potassio, continuando a tomar esse medicamento conforme as normas do tratamento (b) que fôra interrompido. O doente começou a restabelecer-se do abalo do icto que soffrera, mas sem que voltasse inteiramente ao seu estado habitual anterior. O estado demencial ficou mais pronunciado. Ao caminhar arrastava mais os pés. A 14 de novembro principiou a manifestar-se tachycardia, analogamente ao que acontecera quando, no primeiro tratamento pelo iodeto, foram attingidas as altas doses. A 14, tinha 98 pulsações por minuto; a 20 — 100, e a 22, contavam-se 117. N'este ultimo dia, o pulso estava muito de-

bil e arhythmico. Interrompeu-se definitivamente o iodeto.

No fim de dezembro, as forças d'este doente principiaram rapidamente a declinar, fallecendo em fevereiro de 1905, no marasmo paralytico. Emquanto manteve o uso da palavra, se o interrogavam sobre o seu estado, respondia invariavelmente «sem pre bem, boa saude».

---

#### OBSERVAÇÃO II

X... de 37 annos approximadamente, pequeno commerciante, admittido no Hospital em fevereiro de 1904.

ANTECEDENTES. Teve a syphilis alguns annos antes da sua admissão. Quando entrou no Hospital, estava em uso de injeções intramusculares de bi-iodeto de mercurio.

EXAME DIRECTO (em fevereiro de 1904). Demencia incipiente. Allucinações auditivas, ouve vozes que o insultam. Idéas desconexas de perseguição. Physionomia tristonha.

Ligeira mydriase; a pupilla direita um pouco mais dilatada do que a esquerda. Signal de Argyll-Robertson pouco pronunciado.

Tem o embaraço da palavra, o tremor facial e a tremulação vermicular na lingua; porém estes tres signaes são apenas sensiveis.

Não existe o tremulo manual. Calligraphia regular; escreve lentamente; esquecendo-lhe sempre algumas letras, mesmo na sua assignatura.

Reflexo do joelho, muito exaggerado.

Côr sub-icterica. Fígado um pouco hypertrophiado. A pressão exercida na região do hypocondrio direito, produz dôr.

**THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA.** Este doente foi submettido aos tratamentos que designámos por (A), (a), (b) e (C'). Recebeu pois dois tratamentos mercuriaes (A) e (C') e dois tratamentos pelo iodeto de potasio (a) e (b) (vej. pag. 14 e seguintes).

*Tratamento (A).* Foi principiado sómente a 24 de fevereiro e terminou a 29 d'abril.

As primeiras onze injeccões foram de bi-iodeto de mercurio, contendo cada uma 4 milligr. d'esta substancia. Passou, depois, sem interrupção, ao uso do benzoato, se-

gundo as normas estabelecidas para os outros doentes.

De 21 a 25 d'abril não recebeu injeção em consequencia d'um ligeiro icto congestivo do qual promptamente se restabeleceu. Salvo esse incommodo, modificação alguma se notou durante este periodo de tratamento. A quantidade total de bi-iodeto, que recebeu, foi de 44 milligr., e a de benzoato, de 22 centigr. e oito millig.

Este doente sahiu para casa de sua familia, ainda no mez de maio, regressando de novo ao hospital no principio de julho. Nessa occasião vinha muito mais excitado, tendo de ser isolado, por esse motivo. A demencia accentuára-se. Rasgava o vestuario. Dizia que soffria muito e que queria que o matassem. Tomava frequentemente a attitude de quem resa. Ao caminhar levava sempre a mão e o antebraço direito, extendidos, como para affastar um obstaculo invisivel. Dizia sentir tres serpentes nas entranhas. Continuava a ouvir vozes que o insultavam e repetia continuamente que se havia de vingar de quem alli o metterá.

*Tratamentos* (a) e (b). Durante estes dois tratamentos, o doente manteve-se sensivelmente no mesmo estado, salvo a tachycardia que se notava no fim de cada um d'elles

— 110 a 116 pulsações por minuto. Além d'isso, no fim do tratamento (b), o pulso estava muito debil.

Em janeiro de 1905 apresentava os seguintes caracteres somaticos: mydriase, tendo a pupilla direita um pouco mais dilatada. Signal de Argyll-Robertson bastante pronunciado. Reflexos—do masseter, do tendão do tricipite brachial, e do tendão rotuleano, um pouco exaggerados. Reflexo pharyngeo, levemente exaggerado.

*Tratamento (C)*. Durante este tratamento que foi extremamente intensivo, não se manifestou mudança sensível no estado do doente. Sómente dois dias se queixou de dôr no ponto da injeção; houve porém a circumstancia de terem sido dadas as picadas a um nivel bastante inferior.

Quando principiou o tratamento (C), pesava o doente 61,<sup>k</sup>050; no fim tinha 61,<sup>k</sup>400. Em seguida, a sua nutrição começou a augmentar consideravelmente: a 16 de março pesava o doente 62<sup>k</sup>; a 17 d'abril—63,<sup>k</sup>250; a 24—63,<sup>k</sup>500; a 1 de maio—65,<sup>k</sup>000; a 15—65,<sup>k</sup>300; a 22—66,<sup>k</sup>600; a 29—66,<sup>k</sup>800; a 26 de junho 68,<sup>k</sup>170; a 3 de julho—69,<sup>k</sup>100; a 31—

71,<sup>k</sup>400 e finalmente a 7 de agosto pesava 72,<sup>k</sup>250.

Vê-se pois que o peso d'este doente augmentou notavelmente, attingindo em agosto mais 11,<sup>k</sup>200, do que em janeiro, antes do principio do tratamento (C'). Comtudo os signaes somaticos da paralysisia não soffreram alteração. O estado mental melhorou um pouco.

### OBSERVAÇÃO III

Homem de 56 annos approximadamente, casado, admittido no Hospital em outubro de 1905.

EXAME DIRECTO (em fevereiro de 1904). Demencia adeantada. Abraça effusivamente todos que o cercam; commove-se facilmente, rindo ou chorando espasmodicamente. Tem o habito de rasgar o vestuario. E' extremamente docil.

Ligeira myosis, a pupilla direita mais contrahida; reflexos pupillares á luz e da accommodação, normaes.

O embaraço da palavra é tão grande que só com extrema difficuldade se pôde perceber um ou outro vocabulo. Tremulo dos musculos faciaes. Tremulo fibrillar da

lingua. A escripta é inteiramente incomprehensivel e caracteristica.

Caminha lentamente, inclinando-se muito para um dos lados e conservando sempre o antebraço correspondente em meia flexão. Em consequencia do estado espasmodico, não foi possivel obter a flaccidez dos musculos necessaria para se poder convenientemente examinar o reflexo do joelho, parecendo comtudo que estava exaggerado.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Recebeu, este doente os cinco tratamentos que designámos por (A), (B), (a), (b) e (C), isto é, tres tratamentos mercuriaes e dois tratamentos pelo iodeto de potassio (vej. pag. 14 e seguintes).

*Tratamentos* (A), (B), (a) e (b). Facto algum digno de menção occorreu durante estes tratamentos, salvo a tachycardia que, semelhantemente aos outros doentes, se notou no fim dos dois tratamentos pelo iodeto (a) e (b).

Em janeiro de 1905 apresentava os seguintes caracteres somaticos: ligeira myosis; não ha desigualdade pupillar sensivel. Reflexos pupillares, á luz e da accommodation, normaes. Rigidez espasmodica da

musculatura impedindo a exploração dos reflexos. Choro e riso espasmodico.

Demencia muito avançada.

*Tratamento* (C). Durante este tratamento, o doente conservou-se no seu estado habitual, até 26 de fevereiro. Nos dias 26 e 27 a temperatura subiu de tarde a 38°,6, voltando depois á normalidade. No dia 3 de março o doente tinha os movimentos mais presos, e estava com 90 pulsações por minuto; temperatura de tarde, 37°,2; suspendemos o tratamento. No dia 4 tinha 100 pulsações por minuto; temperatura, de tarde 37°,2; estava mais exaltado; a analyse das urinas não revelava vestigios d'albumina. No dia 5, temperatura 37°; no dia 6 de tarde, 38°,4. Nos dias 7, 8 e 9 de tarde 37°. No dia 10, de tarde 38°,6. No dia 11 a temperatura voltou á sua normalidade, e assim se conservou.

Augmentou um pouco de peso, durante o tratamento (C). No principio, em 27 de janeiro de 1905, pesava o doente 58<sup>k</sup>.300, no fim do tratamento, a 3 de março, pesava 60<sup>k</sup>. Ainda, porém, no decorrer do mesmo mez, o peso principiava a diminuir.

Falleceu oito mezes depois (setembro, 1905) por extincção de forças.

## OBSERVAÇÃO IV

X... de 52 annos, solteiro, pequeno proprietario rural, admittido no Hospital em janeiro de 1904.

ANTECEDENTES. Antigo syphilitico. Foi tratado pelo mercurio e pelo iodeto de potassio.

Em setembro de 1901 teve um icto congestivo em que «se lhe paralysoou um pouco a fala». Melhorou, mas em agosto de 1903 principiou «a praticar actos que revelavam indicios de loucura». Fugia de casa; queria comprar tudo.

Ainda em 1902 e 1903 tomava pilulas de proto-iodeto, alternando com o iodeto de potassio. Nos intervallos tomava pyrophosphato de ferro e soda, em soluto, e granulos de sulfato de strychnina. Fez tambem uso do vinho de kola.

No primeiro tempo depois da sua admissoão, aggreidia os empregados, procurando dar bofetadas, quando se julgava contrariado.

EXAME DIRECTO (em fevereiro de 1904). Enfraquecimento geral das faculdades psychicas. Face sem expressão.

Ptosis muito pronunciada da palpebra superior. Signal de Argyll-Robertson.

Grande embaraço da palavra. Tremulação labio-lingual, muito pronunciada.

Calligraphia e orthographia regulares. Só pôde escrever muito lentamente. Não existe o tremor manual.

Reflexo do tendão rotuleano, normal.

Estado trophico, excellente.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Recebeu o *tratamento* (A) e apenas principiou o *tratamento* (B). Retirou para sua casa, em 18 de junho de 1904, no mesmo estado em que se encontrava ao tempo da sua admissão.

Este doente não conhecia qual era o momento em que penetrava a agulha, ou entrava a injeção.

Fóra do manicomio tornou-se outra vez aggressivo e manifestava ideias de perseguição. Esse estado foi temporario. Passado um anno as forças do doente tinham declinado bastante. 17 mezes depois da sua sahida do Hospital, vivia ainda, tendo porém de guardar o leito frequentemente.

---

## OBSERVAÇÃO V

X... de 37 annos, admittido em fevereiro de 1902.

ANTECEDENTES. Quando creança teve a syphilis que lhe foi transmittida pela ama que o creou.

Esteve muito tempo na Africa. Fazia grandes excessos alcoolicos.

Em outubro de 1902 teve um ataque apoplectiforme, levando meia hora a recuperar os sentidos. Restabeleceu-se d'esse ataque.

EXAME DIRECTO (em fevereiro de 1904). Grande enfraquecimento mental. Exalta-se com extrema facilidade e por motivos inteiramente futeis, voltando, logo em seguida, ao seu estado habitual. Tem, por vezes, ideias incoherentes de grandeza: diz possuir em Africa terrenos extensissimos, no valor de milhares de libras, e affirma que nenhum temor lhe inspiravam os leões, que elle mesmo atacava, quando por lá esteve. Ao responder a qualquer pergunta, principia a fallar num ligeiro tom de excitação, que logo acalma. De resto extremamente docil.

Ligeira myosis; pupilla direita mais contrahida. Reacção pupillar á luz e da accommodação, normaes.

Emitte a palavra com grandes irregularidades de tom.

Desassocego muscular continuo. Movimentos choreicos. Os dedos das mãos executam quasi permanentemente o movimento pilular. Estado espasmodico da musculatura dos membros, não permittindo explorar os reflexos.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Recebeu os tratamentos (A), (B) e (a), isto é, dois tratamentos mercuriaes e um tratamento pelo iodeto de potassio.

Durante os *tratamentos* (A), (B) e (a), não houve modificação notavel no estado habitual do doente, salvo ligeira tachycardia no fim dos tratamentos (A) e (a). O estado psychico parecia ter melhorado um pouco.

A 23 de setembro, isto é, em seguida a um descanso de vinte e cinco dias, principiou de novo a tomar iodeto de potassio. Alguns dias depois, quando a dóse de iodeto era apenas de 3 gr,5 por dia, o doente teve um icto congestivo grave. Falleceu no principio de outubro de 1904.

## OBSERVAÇÃO VI

X. . . , de 50 annos approximadamente, admittido no Hospital em setembro de 1903.

EXAME DIRECTO (em fevereiro de 1904). Demencia muito adeantada. Baba-se. Range os dentes com muita frequencia.

Pupilla esquerda de diametro normal; pupilla direita um pouco dilatada. Reflexos irianos, da luz e accommodação, enfraquecidos.

Grande embaraço da palavra: não se pôde perceber o que quer dizer. Tremulação labio-lingual que se accentua quando pretende emittir as primeiras syllabas. Ondulações vermiculares da musculatura lingual.

Tremor manual, na occasião do esforço voluntario, notando-se principalmente na mão direita. Escripta incomprehensivel. Por vezes, era-lhe mesmo impossivel o traçar uma só letra, não obstante os visiveis esforços que, para isso, fazia.

O estado espasmodico da musculatura não permittiu observar os reflexos do tendão rotuleano.

Este doente era, por vezes, immundo. Caminha com grande difficuldade, in-

clinado para o lado direito, e levando o braço correspondente semi-flectido e encostado ao corpo.

Para chegar á sala da observação, tinha de percorrer o corredor da enfermaria, encostado a dois homens e, mesmo assim amparado, só a muito custo podia caminhar.

Os tecidos em mau estado trophico; mortificavam-se com muita facilidade. Tendencia a escharas nadegueiras.

Therapeutica e Evolução morbida. Recebeu os tratamentos que designámos por (A), (B), (a) e (b), isto é, dois tratamentos mercuriaes e dois tratamentos pelo iodeto de potassio.

Depois do *tratamento* (A) e (B) teve algumas melhoras, chegando a prestar attenção a alguns factos que se passavam na enfermaria. Estas melhoras pouco tempo duraram, voltando em breve praso, o doente, ao seu estado habitual.

Não ha facto algum de importancia a referir que occorresse durante os *tratamentos* (a) e (b), salvo a tachycardia que se notava no fim de cada um d'elles: 116 pulsações por minuto no dia 15 d'agosto (fim do *tratamento* (a)); 100 pulsações por minuto e pulso muito debil a 22 de novembro (fim do *tratamento* (b)). Suspenso o iodeto, o

numero de pulsações promptamente voltava á média ordinaria.

Em fins de dezembro de 1904, as forças d'este doente mais velozmente decahiram e, algum tempo depois, fallecia no marasmo paralytico.

#### OBSERVAÇÃO VII

X. . . , de 41 annos, casado, admittido no Hospital em março de 1904.

ANTECEDENTES. Antigo syphilitico. Recebeu em tempo a medicação especifica.

EXAME DIRECTO (em março de 1904). Demencia; não sabe o numero de filhos.

Delirio de grandezas perfeitamente typico. Tem milhões de diamantes. A terra, diz o doente, produz o ouro e o milho, as aves comem o milho e portanto os ovos são diamantes; toda essa riqueza fôra-lhe concedida pelo Snr. D. Luiz I, rei de Portugal, nascido em Belem. D. Carlos, continuava o doente, mandou ultimamente para o Porto, mil milhões de couraçados e de wagons cheios de pombas; ha tres annos

que todas as mulheres que morrem vão para o céu; a enfermaria estava cheia d'um perfume de rosas d'Alexandria. E assim, por deante, o doente fallava sempre, fosse ou não fosse interrogado, com uma loquacidade inexgotavel.

Myosis; pupilla direita mais contrahida.  
Signal de Argyll-Robertson.

Raras vezes se nota o embaraço da palavra; os vocabulos são enunciados precipitadamente. Tremulação vermicular na lingua.

Reflexo do tendão rotuleano, exaggerado.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Recebeu apenas parte do tratamento (A), principiando a receber as injeções sómente a 15 d'abril e terminando a 13 de maio, quando os outros doentes acabavam a mesma série. Durante esse periodo, o seu estado não soffreu modificação alguma. Ria emquanto recebia as injeções. Ignorava inteiramente o momento em que era cravada ou retirada a agulha, ou penetrava o liquido. No fim perguntava se a injeção estava dada ou se ainda não tinha principiado. Se lhe respondiam que terminára, manifestava-se agradecido, mostrando desejo de a pagar por 100\$000 réis.

Passado um mez, este doente melhora-  
va por completo do delirio das grande-  
zas. Socegou. A volubilidade de linguagem  
diminui-  
ra consideravelmente. Começou por-  
rém a manifestar que tinha algumas illu-  
sões dos sentidos: affirmava que os clini-  
cos do manicomio, eram individuos que na  
terra d'elle exerciam tambem a medicina,  
e agora usavam um nome supposto. Es-  
tado de nutrição regular.

Sahiu do Hospital, por essa occasião.  
Mezes depois era de novo admittido, porém  
já no periodo terminal. Pouco tempo durou,  
fallecendo no marasmo paralytico.

---

#### OBSERVAÇÃO VIII

X..., de 30 annos, solteiro, caixeiro  
viajante, admittido no Hospital em abril de  
1904. Sua mãe que tinha 56 annos, estava  
hemiplegica desde os 52.

ANTECEDENTES. Teve, em creança, o  
sarampo e uma parotidite suppurada. De-  
pois foi sempre sadio até á epocha em  
que contrahiu a infecção syphilitica.

Em 1898 approximadamente, appare-  
ceu-lhe o accidente primitivo da syphilis,

e, mais tarde, teve syphilides cutaneas e na mucosa pharyngea. Foram-lhe applicadas fricções mercuriaes. Sentiu incommodos que semelhavam os do rheumatismo; tomou banhos de caldas.

Dois annos antes da sua admissão principiou a sentir intoleraveis dores de cabeça, que depois se repetiram por diversas vezes.

Recebeu, sem que se possa precisar bem a epocha, 52 injeccões mercuriaes intramusculares.

Pouco tempo depois da sua entrada no Hospital, teve um icto que o fez cahir ao chão. Passados dois dias foi affectado por um novo accesso.

EXAME DIRECTO (em abril de 1904). Enfraquecimento geral das faculdades psychicas, restando-lhe comtudo a lembrança de alguns factos passados, antes da sua admissão. Relativamente porém a outros factos, a memoria falta-lhe inteiramente: assim um dia diz-nos que seu pae foi fulminado por uma congestão cerebral e no dia seguinte communica-nos que o pae tem 74 annos e está de perfeita saude. Face pallida.

Exophtalmia. Grande mydriase com maior dilatação da pupilla direita. Reflexo

iriano da luz, quasi nullo; subsiste, mas bastante enfraquecido o da accommodação. Tem sentido, nos ultimos tempos, um consideravel enfraquecimento visual.

Tremulo manual muito pronunciado, nas attitudes intencionaes; nullo no descanso. Escreve com muita difficuldade e com a imperfeição caracteristica.

Tem alguns ganglios da região inguinal ingurgitados.

Therapeutica e Evolução morbida. Este doente recebeu parte do tratamento (A), principiando-o sómente a 11 d'abril, terminando-o porém com os outros doentes. Recebeu tambem os tratamentos (B), (a), (b) e apenas começou o tratamento (C).

No fim do *tratamento* (a), o numero de pulsações por minuto subia a 100, motivo porque teve de ser suspenso o iodeto.

No dia 5 de novembro, durante o *tratamento* (b), o doente teve um ligeiro erythema, que lhe desapareceu, com alguns dias de descanso. No dia 14 manifestava grande exaltação, que lhe augmentava de noute, tendo por esse motivo de tomar calmantes; não havia tachycardia, mas o pulso estava bastante arhythmico. Suspendeu-se o *tratamento*.

Este doente que, logo na occasião da

sua entrada, soffera dois ictos congestivos decahiu sempre. O exame directo em janeiro de 1905, deu o seguinte resultado: Demencia completa. Entrem-se a repetir permanentemente, em voz alta, o seu nome. Notavel exophthalmia; grande mydriase com maior dilataçãõ da pupilla direita. Reflexo pupillar da luz, muito enfraquecido; o estado mental do doente não permittia observar o reflexo pupillar da accommodaçãõ. Reflexo masseterino, abdominal e o do tendãõ d'Achilles, exaggerados. Quando se explora o reflexo do tendãõ rotuleano nota-se que a contracçãõ do tripite crural se segue com muita rapidez á percussãõ, sendo porém de pequena amplitude e de caracter espasmodico.

Perturbações trophicas. Grande mortificação dos tecidos nas regiões em que é maior a compressão. Ligeira acnea na face e no peito. Edema na região dorsal do pé.

Consideravel emmagrecimento.

Principiámos o *tratamento* (C). Como o doente continuava peorando, suspendemos as injeções.

Passado algum tempo, porém ainda em março, este doente voltou a ter dois ictos congestivos, fallecendo dias depois.

## OBSERVAÇÃO IX

X..., de 38 annos, casado, pequeno proprietario agricola, deu entrada no Hospital em junho de 1905.

ANTECEDENTES. Ha herança congestiva da linha paterna e materna.

Parece que não ha herança nevropathica.

Informam que o doente soffrera bastante de rheumatismo articular, sendo por esse motivo obrigado a tomar banhos de caldas e tendo, por vezes, muito presos os movimentos.

Não commettia abusos alcoolicos, mas entregava-se a excessos venereos.

Doze (?) annos antes da sua admissão contrahiu a syphilis, a qual não foi convenientemente tratada.

A doença actual manifestou-se pelo abandono de negocios, o que se estranhava em um homem que fora activo e emprehendedor. Sentia frequentemente dores de cabeça.

Haverá um anno que sobreveiu o embaraço da palavra. Têve ictos apoplectiformes.

EXAME DIRECTO (em agosto de 1904). Consideravel enfraquecimento mental. Expressão de constante bonhomia. A face um pouco congestionada. Ideias desconexas de grandeza: tem cavallariças suas em quasi todas as cidades do paiz; da sua terra a Lisboa o comboio percorre centenas de kilometros, sempre sobre propriedades d'elle e d'um visinho. Affirma, o doente, que matára dois homens, enterando-os depois em um pinhal; e que o commissario de policia, o tinha felicitado, com enthusiasmo, por esse motivo. Pede permanentemente que o deixem sahir e explica que no Hospital está bem, e a alimentação é excellente, mas tem de ir para banhos de caldas tratar do rheumatismo.

Ligeira myosis, pupilla direita um pouco mais contrahida. Os reflexos pupillares da luz e da accommodação, ambos enfraquecidos, principalmente o primeiro.

Embaraço da palavra. Tremulação labio-lingual.

Leve tremor na mão esquerda, quando extendida, na attitude de juramento. Calligraphia regular. Esquece algumas letras, ao escrever.

Reflexo do tendão rotuleano, normal.

Therapeutica e Evolução morbida. Recebeu os tratamentos que designámos por (a), (b) e (C<sup>a</sup>), isto é, o primeiro e o segundo tratamento pelo iodeto de potássio, e um tratamento mercurial em que se principiou pelo hermophenyl, terminando pelo benzoato de mercurio.

*Tratamento (a).* Do principio d'este tratamento até 1 d'agosto, não occorreu facto algum digno de menção. Nesse dia appareceu, o doente, mais abatido e com ideias delirantes. Julgava que estivera mettido na barquinha de um aerostato, para sahir do Hospital; porém, ao subir, o cordame de suspensão embaraçara-se nas arvores do parque e o doente cahira. Queixava-se de dores de cabeça; tinha além d'isso uma grande congestão hemorroidal. Suspendeu-se por alguns dias o iodeto, voltando o doente, ao seu estado habitual; foi continuado então o tratamento, sem que outras perturbações apparecessem. A 15 d'agosto o pulso subia a 86°, e a 16 a 88°. Suspendemos o tratamento a 18.

*Tratamento (b).* Até 14 de novembro este tratamento correu regularmente. Nesse dia manifestava-se no doente um eczema iodico, que pouco pronunciadamente se notava em uma ou outra região do corpo, mas que apparecia com intensidade nos

antebraços, onde se formaram depois algumas pequenas placas oblongas bem delimitadas, cobertas de pequenas crostas e humedecidas por um ligeiro corrimento de serosidade. Suspendeu-se o tratamento pelo iodeto. Passados poucos dias, o doente readquiria o seu estado habitual, tendo então 72 pulsações por minuto.

Em janeiro de 1905, o exame directo mostrava que a demencia estava bastante adeantada. Ligeira myosis, estando a pupilla direita um pouco mais contrahida. Signal de Argyll-Robertson pouco pronunciado. Reflexo cremasteriano abolido. Reflexo olecraneano e o dos flexores do pulso, um pouco exaggerados.

*Tratamento (C<sup>o</sup>)*. Tivemos de suspender as injeções no dia em que se attingiu a dóse de oito centigr. diarios de benzoato. Durante este tratamento, o doente tinha-se conservado no mesmo estado, quando porém foi alcançada aquella dóse, o numero de pulsações subiu a 100 e notava-se tremor em todas as massas musculares.

Examinámos nessa occasião as urinas. Não continham albumina. O doente voltava ao seu estado anterior, poucos dias depois de suspenso o benzoato.

O peso do doente no principio do tratamento (C<sup>o</sup>) (28 de janeiro), era de 64,<sup>k</sup>750. A 14 de fevereiro subia a 65<sup>k</sup>, porém, no fim do tratamento baixava a 63,<sup>k</sup>500. Depois augmentou, attingindo um maximo, a 9 d'abril, 66<sup>k</sup>. Em maio era ainda 65,<sup>k</sup>500; e em seguida, decrescia lentamente; em 1 d'agosto tinha descido a 58<sup>k</sup>.

Quando, no decorrer de maio, o peso principiou a diminuir, tambem a affecção teve mais rapido incremento. Além d'isso o doente tornava-se aggressivo, quando se julgava contrariado.

Em novembro de 1905, vivia ainda, tendo porém, frequentemente, de guardar o leito.

---

#### OBSERVAÇÃO X

X..., de 45 annos, casado, admittido no Hospital em junho de 1904.

ANTECEDENTES. Teve, alguns annos antes da sua admissão, uma doença em que lhe appareceram feridas pelo corpo. Por essa occasião a mulher abortava.

EXAME DIRECTO (em julho de 1905).  
Consideravel decadencia mental. Não existe delirio.

Enfraquecimento dos reflexos pupillares da luz e accommodação.

Embaraço da palavra. Tremor facial na occasião em que vae articular as primeiras syllabas.

Tremor manual caracteristico, muito accentuado na attitude do juramento.

Reflexo do tendão rotuleano, enfraquecido.

Dizia sentir por vezes, câibras e tremor involuntario nas extremidades inferiores.

Falleceu alguns dias depois da sua admissão com uma serie de ataques subintrantes, que revestiam a fôrma da epilepsia Bravais-Jaksoniana, typo brachio-facial, generalisando-se porém quando o ictose tornava mais violento.

Esses ataques principiaram proximo das onze da manhã, quando o doente voltava do parque. Cahiu, ficando estirado no pavimento, sem sentidos e nunca mais pôde, por si, mudar de posição. A cabeça e os olhos desviaram-se-lhe para a direita. Respirava porém sem grande difficuldade. A face estava um pouco pallida, mas sem lividez.

O inicio de cada accesso manifestava-se por um ligeiro tremor da palpebra direita, acompanhado de um leve franzir da pelle da testa, e seguido immediatamente de torção da região commissural direita dos labios; depois era interessado o braço correspondente, que se agitava clonicamente, e se o ataque era mais forte, os movimentos convulsivos invadiam tambem a perna direita e ainda um pouco o lado esquerdo. Os ataques terminavam por uma serie de contracções fibrillares nos musculos da face.

As cinco horas os accessos principiam a espaçar-se cada vez mais e appareciam com menos intensidade, quasi apenas se denunciando por uma oscillação tremulante da palpebra, da pelle da testa e do canto da região labial direita.

As sete da tarde cessaram aquelles phenomenos, e o doente continuou mergulhado em profundo coma, até ás oito da manhã do dia seguinte, hora a que falleceu.

---

#### OBSERVAÇÃO XI

X. . . , de 49 annos, solteiro, foi admitido no Hospital em agosto de 1904.

ANTECEDENTES. Teve um irmão que foi internado no Hospital, depois de já lá estar o doente, e alli morreu.

Antigo syphilitico.

Era homem de muitos negocios. Principiou a manifestar o desequilibrio mental escrevendo e rasgando cartas sem tino. Affirmava tambem, por essa occasião, que tinha uns poucos de caixotes com milhões de libras e que lh'os queriam roubar.

EXAME DIRECTO (em agosto de 1904). Enfraquecimento em massa das faculdades psychicas. Face macilenta. Procura os recantos das janellas, e alli permanece sombrio e em completo mutismo. Continúa a queixar-se ao enfermeiro que lhe roubaram os seus milhões de libras. Recusa a alimentação, julgando que o envenenam. E' por isso forçado a alimentar-se pela sonda, com ovos e leite.

Myosis accentuada, pupilla esquerda mais contrahida. Signal de Argyll-Robertson pouco pronunciado. Palpebra superior em ptosis. Dizendo ao doente para abrir bem as palpebras, abre simultaneamente a bocca d'uma fórma exaggerada (parectropia).

Palavra embaraçada e muito lenta. Tremulo facial quando vae emitir as primei-

ras syllabas. Ondulação tremulante da musculatura da lingua quando a extremidade d'este orgão é projectada fóra da bocca.

Reflexo do tendão rotuleano, bastante enfraquecido.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Tomou iodeto de potassio alguns dias, em agosto.

Recebeu depois o *tratamento* (b), de iodeto de potassio. Suspendemos o tratamento, quando aos outros doentes, porque, semelhantemente, se notava a tachycardia, porém, n'este caso, muito ligeira.

Em janeiro de 1905, repetiu-se o exame somatico. Não havia modificação sensivel quanto á myosis e signal de Argyll-Robertson. O reflexo abdominal, principalmente o do lado esquerdo, o do cremaster, e o reflexo do tendão d'Achilles estavam exaggerados. Não se notava a trepidação epileptoide. O estado espasmodico da musculatura da coxa, não permittiu que se explorasse convenientemente o reflexo do tendão rotuleano.

Recebeu o *tratamento* (C). No principio d'este tratamento o doente pesava 53,<sup>k</sup>400.

Esse peso subiu em fevereiro a 54,<sup>k</sup>500,

descendo no principio de março a 53,<sup>k</sup>100. Depois voltou novamente a subir, 55,<sup>k</sup>200 a 24 d'abril. Os signaes da affecção paralytica que ficaram descriptos não soffreram, nesse periodo, modificação sensivel.

Sahiu por alguns mezes. Quando regressou, o seu peso tinha outra vez diminuido, approximadamente até ao valor inicial, 53,<sup>k</sup>400. Esteve, em seguida, algum tempo no Hospital, retirando, um mez depois, com licença, para umas thermas. Ahi teve um icto congestivo, voltando a recolher-se ao manicomio, porém bastante peor.

Em novembro de 1905 vivia ainda, porém os symptomas continuavam a aggravar-se.

## OBSERVAÇÃO XII

X..., de 31 annos, solteiro, deu entrada no Hospital, em outubro de 1904.

ANTECEDENTES. Esteve em Africa e ahi contrahiui a-syphilis, que se manifestou com gravidade. Informam que tiyera o «corpo coberto de chagas». Mais tarde, depois de uma pneumonia, principiaram a manifestar-se os incommodos actuaes.

EXAME DIRECTO (em novembro de 1904).  
Enfraquecimento global das faculdades do espirito. Delirio typico: pensa que tem uma bella fortuna; escreve a sua familia pedindo dinheiro com abundancia visto que vae casar com um anjo do céo, filha d'um titular.

Não existe o tremor manual. Escreve com boa calligraphia.

Ligeira myosis. Reflexos da luz e accommodation, ambos enfraquecidos, mais porém, o primeiro.

Reflexo do tendão rotuleano, exaggerado.

EVOLUÇÃO MORBIDA. Mez e meio depois da sua admissão teve um icto apoplectiforme. Ficou confinado no leito, tomando a paralyisia, a partir d'então, uma fórma quasi galopante.

Ainda tentámos o *tratamento* (C), suspendemol-o porém, passados dias, porque o doente, como anteriormente, continuava a peorar, e, nessas condições, o mercurio podia aggravar o seu estado.

Passado pouco tempo fallecia, em seguida a um accesso semelhante ao que em dezembro precipitára a marcha da doença.

## OBSERVAÇÃO XIII

X. . . , de 32 annos, casado, deu entrada no Hospital em outubro de 1904.

ANTECEDENTES. Teve a syphilis, alguns annos antes da sua admissão. A esse respeito, escreve um seu conhecido as seguintes phrases:—«que na convalescença tremia como um vime, e lhe cahira todo o cabello, ficando pellado, tal e qual como um ovo».

Até á epocha em que teve a primeira manifestação syphilitica, foi sempre saudavel.

EXAME DIRECTO (em janeiro de 1905). Grande enfraquecimento mental. Algumas ideias de grandeza: diz ter um filho da idade de 15 annos e que é já general. Rasga o vestuario.

Pupilla direita mais dilatada do que a esquerda, de contorno muito irregular, e tendo uma grande chanfradura superior. Reflexos irianos da luz e accommodação, normaes.

Reflexos abdominaes, levemente exaggerados, principalmente do lado direito. Reflexo do cremaster, exaggerado. Reflexo

do tendão rotuleano, um pouco exaggerado do lado esquerdo.

Alta estatura; peso 60,<sup>k</sup>500.

THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA. Foi submettido ao *tratamento* (C'). Não obstante as doses de hermophenyl e as de bi-iodeto de mercurio terem sido extremamente intensivas, o doente não offereceu, no seu estado, differença de importancia, salvo uma depressão passageira de forças quando o bi-iodeto attingia oito centigr. diarios.

O doente distinguia perfeitamente todos os tempos da injeccão, a qual recebia com indifferença completa, nunca demonstrando sentir a menor dor.

O peso subiu um pouco no principio do tratamento (61,<sup>k</sup>100 em 9 de fevereiro), decrescendo em seguida. No principio de maio, vinte e nove dias depois de se terminarem as injeccões, voltava a ser 61<sup>k</sup>, decrescendo subseqüentemente, porém com oscillações. Nos primeiros dias d'agosto, estava em 59<sup>k</sup>.

Em novembro de 1905 vivia ainda, sem que o seu estado se tivesse aggravado.

---

## OBSERVAÇÃO XIV

X..., de 30 annos, solteiro, alfaiate, deu entrada no Hospital em janeiro de 1905.

ANTECEDENTES. Antigo syphilitico e alcoolico.

EXAME DIRECTO (em janeiro de 1905). Enfraquecimento mental. Fala permanentemente, passando sem cessar de um a outro assumpto.

Costuma rasgar os cobertores em tiras, que enrola em espiral, em torno a si, para substituir a roupa branca que tem o habito de despedaçar.

E' kleptomano.

Pupilla direita mais dilatada do que a esquerda. Reflexos pupillares á luz e da accommodação, normaes.

Não existe a tremulação manual, mesmo nas attitudes intencionaes. Diz que sabe muitos versos e quasi todos os dias nos offerece, escripta em regular calligraphia, uma quadra conhecida, sempre a mesma, sobre «as tristes consequencias do fado».

Reflexo pharyngeo, masseterino, abdominal e plantar, exaggerados. Reflexo do

cremaster, exaggerado do lado esquerdo. Reflexo do joelho, enfraquecido, principalmente o do lado esquerdo.

Therapeutica e Evolução morbida. De 20 de fevereiro a 5 de março recebeu 14 injeções de benzoato de mercurio, em doses ascendentes, com o augmento de meio centigr. por dia, até se attingir a dose de oito centigr., que foi mantida durante dois dias. Em seguida á quarta, quinta e sexta injeção, o doente queixava-se de dor aguda. E' certo que as injeções, nesses dias, foram dadas em nivel bastante inferior. As injeções seguintes recebeu-as perfeitamente, sem accusar o mais leve incommodo local.

Nos dois ultimos dias de tratamento, manifestou-se estomatite, que passou rapidamente com a suspensão do benzoato.

E' interessante o que se observou quanto ás variações do peso do doente. No principio do tratamento pesava 43,<sup>k</sup>600, e quando o terminou—45,<sup>k</sup>400. Depois o peso diminuiu, mas de novo subia a 45,<sup>k</sup>400 em 24 d'abril; a partir d'então crescia sempre. Em 1 de maio pesava o doente 46,<sup>k</sup>500; em 29—47,<sup>k</sup>300; em 5 de junho 48<sup>k</sup>; em 26—48,<sup>k</sup>800; em 3 de julho 49,<sup>k</sup>; em 10—

—49,<sup>k</sup>500; em 24—50,<sup>k</sup>; em 31—50,<sup>k</sup>700 e finalmente a 7 d'agosto, 51,<sup>k</sup>500. O aumento foi pois de 7,<sup>k</sup>900.

Não obstante esta melhoria de nutrição, o estado demencial permaneceu quasi estacionario.

#### OBSERVAÇÃO XV

X..., de 57 annos, admittido no Hospital, em outubro de 1900.

ANTECEDENTES. «Um irmão do doente foi em tempo internado, em consequencia de um ataque de loucura infecciosa, que lhe sobreveiu em seguida á variola».

«O doente fez sempre grandes excessos alcoolicos. Deixou as bebidas brancas que lhe faziam mal ao estomago. Algum tempo antes da sua admissão, bebia uma garrafa de vinho da Companhia, de 300 réis, em cada jantar, juntando-lhe tres bons quartiños de vinho verde».

Soffreu durante muitos annos «ataques convulsivos, com perda completa dos sentidos». Ha annos já que esses ataques lhe cessaram.

Alguns mezes antes da sua admissão

tornou-se megalomano e com um excesso d'actividade desordenada: sabia muito, os outros nada sabiam; era mais feliz do que o imperador da Russia. Havia de construir, segundo dizia, palacios cheios de «illusões phantasticas»; queria reformar tudo. Queria introduzir novos processos agricolas e inventava para isso os mais extravagantes planos; durante algum tempo trabalhava dia e noite, pouco dormindo, porque pretendia pôr em pratica, os seus projectos, em um campo que um seu irmão, até então, agricultára.

Em janeiro de 1902, manifestaram-se ideias de perseguição. Julgava que o queriam envenenar. Foi preciso, em alguns dias, recorrer á alimentação forçada. Essas ideias, depois, attenuaram-se muito, porém não completamente.

EXAME DIRECTO (em janeiro de 1905).  
Está no pavilhão dos agitados. Rasga o vestuario, os lençoes e até os cobertores. Quando a elle se dirigem, profere palavras sem nexos, algumas das quaes incompreensiveis. Enuncia os vocabulos, precipitadamente, com grande desigualdade de tom. Por vezes, a palavra embaraça-se, notando-se então accentuadamente o tremulo fibrillar facial. Tem um

tique: repete frequentemente o monossílabo «póum póum», expellindo o ar com violencia ao produzi-lo. Exalta-se com muita facilidade, tomando uma attitude aggressiva; essa exaltação, porém, é passageira, terminando sempre por uma risada alvar.

Ligeira myosis. Reflexos pupillares da luz e accommodação, normaes.

Existe o tremulo manual.

Reflexo masseterino enfraquecido. Reflexo abdominal exaggerado. Contra-reflexo lateral dos adductores, reflexo do cremaster e do joelho, enfraquecidos.

Consideravel ingurgitamento dos ganglios da região inguinal, principalmente do lado d'reito. Saliencia consideravel das veias superficiaes da coxa e perna, com numerosas dilatações varicosas.

**THERAPEUTICA E EVOLUÇÃO MORBIDA.** Foi submettido ao tratamento (C).

*Tratamento (C).* Não houve modificação no estado do doente, até 15 de fevereiro. Como o doente, na cellula do pavilhão que lhe era destinada, costumava arrastar-se pelo pavimento, sobre as nadegas, com a pelle nua, sobreveiu-lhe um erythema local passageiro que apenas obrigou a suspender as injecções nos dias 16, 17 e 18.

Quando a d6se diaria de hermophenyl attingia o seu maximo, houve um ligeiro augmento da temperatura habitual. A temperatura por6m depressa voltou 6 sua normalidade, n6o obstante aquella d6se maxima ser ainda mantida durante 10 dias.

No dia 2 de mar7o o doente estava um pouco deprimido; tinha a lingua esbranqui7ada e o halito fetido; a c6r da pelle um tanto escura; e o tremulo manual mais accentuado. Suspendemos definitivamente o tratamento. Dias depois, o doente readquiria o seu estado habitual.

Pesava 52,<sup>k</sup>200, no principio do tratamento; a 14 de fevereiro 54,<sup>k</sup>100; a 3 de mar7o (fim do tratamento) 53<sup>k</sup>500. Diminuiria pois 600 gr. a partir de fevereiro, mas ainda excedia em 1,<sup>k</sup>300 o peso inicial. Depois d'algumas oscilla76es, a nutri76o tornava a augmentar; a 17 de abril, pesava o doente 55,<sup>k</sup>500; a 24 — 56<sup>k</sup>; a 15 de maio 57,<sup>k</sup>500. Nos mezes seguintes voltava o peso a diminuir; mas a 31 de julho ainda o doente pesava 55,<sup>k</sup>500, isto 6, mais 3,<sup>k</sup>300 do que no principio do tratamento.

### III

L'inégalité et les déformations des pupilles, le myosis, le signe d'A. Robertson, sont aussi des troubles oculaires très précoces. Parmi les troubles sensitifs, la migraine ophtalmique, l'épilepsie sensitive partielle (Ballet et Blocq, Magalhães Lemos) sont des plus précoces et des plus significatifs. Parmi les troubles moteurs, les ictus apoplectiques ou épileptiques apparaissent à une phase assez précoce du processus morbide: ils en hâtent l'évolution, et, en provoquant un examen attentif du malade jusque-là négligé, contribuent à l'établissement d'un diagnostic relativement précoce.

*E. Dupré.*

Vamos expor algumas noções geraes concernentes á symptomatologia e á etiologia da demencia paralytica, dizendo, sobre essas assumptos, apenas o que fôr essencial, para depois podermos formular com clareza o problema pathogenico e, consequentemente, discutir a oportunidade da therapeutica etiologica.

Parallelamente a esse estudo, que é de caracter generico, tentaremos agrupar os diversos antecedentes e symptomatos morbidos mencionados nas observações que aca-

bámos de descrever, com o fim de investigar se, nos referidos casos, houve factores etiologicos ou modalidades clinicas, que mereçam mais especial attenção pela sua importancia ou frequencia.

Haslam (Londres, 1798-1809) observou o facto, que já fôra entrevisto por Willis (1675), de que alguns casos de loucura, particularmente de mania, eram, ou produzidos, ou precipitados na sua marcha pela apparição de determinados symptomas de paralytia, acompanhados de euphoria e de notavel amnésia.

Esquirol (1814-1816) descreveu com bastante precisão um conjuncto de phenomenos somaticos que hoje sabemos pertencerem á paralytia geral. Julgava porém que constituíam uma complicação que podia advir no curso de diversas fórmias da loucura, reconhecendo comtudo a extraordinaria gravidade de prognostico derivada d'essa circumstancia, o que traduzia na seguinte phrase: «o embaraço da palavra é um signal mortal».

Georget (1820) procurando interpretar anatomicamente alguns dos symptomas observados, ainda não os considerava formando uma unidade morbida de evolução

determinada. Pouco tempo depois (1822-1826), Bayle descreveu a fôrma classica da demencia paralytica, que denominava arachnite e meningite chronica, definindo-a uma affecção independente, incuravel e progressiva até á morte. A paralytia geral é tambem conhecida sob o nome de doença de Bayle e a sua descoberta, na phrase consagrada de Baillarger, que ainda hoje é applicavel, constitue o maior progresso a assignalar na historia das doenças mentaes.

Calmeil (1821-1841) que concorreu muito notavelmente ao estudo anatomo-clinico da affecção paralytica, á qual attribuia a denominação de paralytia geral dos alienados, descrevendo-lhe as lesões d'uma periencephalo-meningite chronica diffusa, não a comprehendia comtudo entre as entidades nosographicas inteiramente autonomas, continuando, até certo ponto, a tradição d'Esquirol. O conceito de Bayle diffundi-se porém, pouco a pouco, sendo depois defendido por Parchappe, (1834-1838) Falret e Lasègue (1853).

Foi assim que, lentamente, se principiou a reconhecer o valor e significação dos principaes symptomas da affecção paralytica. Hoje esse estudo, bem como o das lesões anatomo-pathologicas correspon-

dentés, está bastante completo. No emtanto, no campo da etiologia e pathogenia d'aquelle padecimento, já contemporaneamente, se têm levantado questões d'ordem fundamental, que reclamam perseverantes investigações para serem resolvidas com satisfactorio rigor, discutindo-se ainda se a demencia paralytica será apenas um syndroma intimamente relacionado com determinadas fórmulas d'evolução que podem adquirir algumas psychopathias organicas, ou se, de facto, deverá constituir uma verdadeira unidade morbida.

### Symptomatologia

DEFINIÇÃO CLINICA E ANATOMO-PATHOLOGICA. A paralytia geral é uma affecção, em regra progressiva, essencialmente caracterizada, sob o ponto de vista clinico, pela decadencia simultanea de todas as faculdades psychicas, associada, na esphera somatica, a um enfraquecimento paretico e incoordenação motriz. Essa paresia e ataxia, que, nas primeiras phases da evolução morbida, sómente se revelam quando são executados alguns movimentos de certa complexidade, como se resultassem do esvaecimento das respectivas imagens psychomotoras, accentuam-se, depois, succes-

sivamente, tendendo a annullar as diversas manifestações da motricidade voluntaria.

Habitualmente, nos primeiros periodos, os reflexos tendinosos encontram-se temporariamente exaggerados, e, pelo contrario, bastantes vezes se nota, desde principio, a depressão d'um ou outro reflexo cutaneo. No periodo terminal os reflexos tendinosos, os cutaneos, e mesmo alguns dos reflexos da vida vegetativa tornam-se, no seu jogo mechanico, extremamente lentos e imperfeitos. De egual fórma o mechanismo da vaso-motricidade e o estado trophico dos tecidos soffrem profundas alterações, com a ruina progressiva das funcções de innervação.

Perturbações mais ou menos duradouras revestindo a fórma d'accessos ou ictos, umas vezes apoplectiformes e n'outros casos epileptoides, quasi sempre vêem complicar a marcha do padecimento, deixando o doente mais deprimido e apressando a evolução morbida. Esses ictos pódem apparecer desde o inicio até á ultima phase da affecção, manifestando-se uma só vez, ou repetindo-se com intervallos irregulares. Não é muito raro serem seguidos, em breve praso, por um desenlace fatal.

Com justo motivo cabe, á affecção que

estudamos, a denominação synonyma de «demencia paralytica» porque, de facto, os signaes que melhor a definem derivam principalmente da desintegração das regiões do systema nervoso que mais intimamente se relacionam com as manifestações da actividade psychica e psycho-motriz.

Com effeito, as lesões d'uma encephalomeningite diffusa, com maior incidencia na substancia cinzenta e no ependymo, e mais especialmente localisada nos lóbos anteriores do cerebro e circumvoluções proximas, são as alterações anatomicas mais permanentes e caracteristicas na demencia paralytica. Em geral, com o desenvolvimento da doença, vão sendo affectadas, se bem que em graus diversos, por ordem descendente da sua hierarchia, as restantes regiões do systema nervoso, a espinal medulla, o grande sympathico e os elementos periphericos. É frequente, no ultimo periodo, as grandes visceras thoracicas e abdominaes, principalmente o pulmão, o figado e o rim, consideravelmente se resentirem, offerecendo alterações em que predominam as de origem vaso-paralytica. Os effeitos do processo morbido tendem pois lentamente a reflectir-se em todos os sistemas do organismo.

As lesões histologicas até hoje descri-

ptas com relação á paralysisa geral só adquirem valor inteiramente pathognomónico quando consideradas no seu conjuncto e evolução. O que define anatomicamente a affecção paralytica é a fórma como as correspondentes lesões se associam, a sua diffusão e tendencia invasora. São atacados, ao mesmo tempo, os involucros meningeos e o eixo myelencephalico, e até certo ponto sem dependencia reciproca, porque os fócios de maxima irritação ou de degeneração meningea não correspondem muitas vezes ás regiões em que o processo morbido tem a maxima incidencia na substancia nervosa. Os territorios cerebraes que primeiro se alteram são os de organização mais delicada e complexa, as zonas de associação. As zonas de projecção sensorial pódem resistir por muito mais tempo. As lesões da espinal medulla são quasi constantes, umas produzidas por effeito das alterações cerebraes (degenerações secundarias), outras por acção toxica directa (localisações primitivas); as lesões medulares mais frequentes são as dos cordões posteriores e lateraes conjunctamente, e ainda as dos prolongamentos da substancia cinzenta.

As meninges espessam-se e infiltram-se em differentes regiões. Estabelece-se um

processo de vascularite e principalmente de peri-vascularite que progredindo torna impermeaveis á circulação sanguinea os territorios correspondentes. Ha estase venosa. Formam-se, além d'isto, adherencias mais ou menos extensas entre a pia mater e o cortex, na linha mais alta das circumvoluções, não se podendo, depois, á autopsia, destacar a meninge, sem lacerar o manto cinzento.

A encephalo-meningite é, ao mesmo tempo, vascular, intersticial e parenchymatosa. As paredes dos vasos sanguineos perdem a sua contractilidade, espessam-se e degeneram. Pódem tambem consequentemente formar-se estenoses e ectasias aneurismaes miliares nas pequenas arteriolas, thromboses, derrames circumscriptos e fôcos de necrobiose ischemica. Uma infiltração leucocytaria e nuclear abundante demonstra-nos que ha substancias chimicas anormaes impregnando as regiões affectadas. As bainhas perivasculares, de Robin, ficam repletas de leucocytos, e d'outros elementos figurados. (1) Ha consideravel

---

Os elementos que frequentemente mais predominam nas bainhas perivasculares do cerebro dos dementes paralyticos, são os lymphocytos (Mahaim). Podem tambem alli observar-se em certos casos, especialmente quando a autopsia se segue a um

## hypertrophía e hyperplasia dos elementos intersticiaes principalmente nevroglicos, e atrophía dos neurónes.

fallecimento que sobreveiu em periodo agudo, ou proximo a um icto, alguns leucocyto polynucleares (Klippel).

Em geral existem tambem nos dementes paralyticos, igualmente em torno dos vasos cerebraes, circumdando mesmo os mais tenues capillares, as denominadas cellulas plasmaticas de Unna e de Marschalkò (Plasmazellen), que são por vezes muito abundantes durante as phases de maior intensidade dos phenomenos inflammatorios, diminuindo depois o seu numero consideravelmente. Vogt inclina-se a attribuir ás Plasmazellen um importante valor para o diagnostico. É certo que, em outros casos, quasi se não encontram, á autopsia, no cerebro, essas cellulas plasmaticas, salvo quando houve inflammações suppurativas, ou nucleos neoplasticos, e então apparecem em bastante quantidade proximo ás regiões que foram a séde d'esses phenomenos.

Nissl descreve tambem umas cellulas em bastonete (Stäbchenzellen) como characteristics da paralyisia geral. São elementos muito estreitos, de nucleo alongado, junto a cujos topos existem pequenas quantidades de protoplasma.

De Buck que considerava as cellulas plasmaticas como de origem sanguinea, exsudativa, tendo uma significação semelhante aos clasmatocyto de Ranvier, admite actualmente que são fibroblastos transformados, gosando de mobilidade e tambem podendo tomar parte nos phenomenos de neoformação vascular, que são constantes na paralyisia geral. As cellulas em bastonete seriam, semelhantemente, de origem fibroblastica. A existencia tanto das Plasmazellen, como das Stäbchenzellen, demonstra-nos que, na demencia paralytica, os diversos elementos do cortex reagem todos activamente, porém cada um segundo o seu modo habitual.

DE BUCK,— *Histopathologie de la paralysie générale* (Bull. de la Soc. de Médec. ment. de Belgique, 1904), *Les cellules plasmaticques de la paralysie générale* (Journal de Neurologie, 1905) — citado por P. MASOIN na *Revue neurologique* — n.º 3 e 23, 1905. — KLIPPEL, — *Histologie de la paralysie générale*, — relatorio apresentado ao congresso dos alienistas francezes, reunido em Bruxellas em 1903.

O processo, segundo as circumstan-  
cias, póde manifestar-se, a principio, mais  
ou menos notavelmente sobre uns ou ou-  
tros d'estes elementos; o resultado final é  
o mesmo. As cellulas nervosas augmen-  
tam primeiramente de volume com pheno-  
menos de chromatolyse e de dissociação  
das neurofibrilhas, soffrendo depois uma  
irreparavel desintegração. As fibras de re-  
lacionação, a começar pelas tangenciaes  
desorganisam-se logo desde começo, as  
espinhas das arborisações dendriticas do  
corpo das cellulas e as arborisações dos  
cylindros eixos atrophiam-se, perdendo en-  
tre si as respectivas connexões. A activi-  
dade phagocytica acaba de destruir alguns  
dos elementos nobres que mais funda de-  
generação soffreram.

O processo atrophico revela-se princi-  
palmente nos lóbos frontal e parietal, ma-  
nifestando-se com mais evidencia no man-  
to cortical. Os sulcos tornam-se mais largos  
e menos profundos, a substancia cinzenta  
diminue de espessura, perde a sua elasti-  
cidade e amollece, ficando facilmente sepa-  
ravel da substancia branca.

As cavidades ventriculares encontram-  
se augmentadas de volume; a sua mem-  
brana ependymaria parece granulosa (gra-  
nulações de Bayle), em consequencia da

formação de nodulos hyperplasicos nas camadas subjacentes. Este phenomeno é mais notavel no quarto ventriculo.

A quantidade de liquido cephalo-rachidiano encontra-se augmentada consideravelmente tanto nos espaços subarachnoideos, como nas cavidades ventriculares.

Durante a primeira phase do padecimento, em que ha maior hyperhemia, poderá notar-se um augmento temporario de peso do encephalo. Com a evolução, porém, do processo morbido, esse peso desce consideravelmente.

Naturalmente se depreheende que na paralyisia geral haverá alguns symptomas mais ou menos temporarios, que são a consequencia das lesões irritativas, e outros mais estacionarios ou progressivos, que são o effeito das lesões destructivas. Os primeiros exprimem geralmente uma perversão de funcções, os segundos o seu enfraquecimento e dissociação.

A demencia paralytica póde installar-se lenta e insidiosamente, o que é bastante frequente, e nesses casos, denunciar-se apenas em um periodo adeantado por symptomas que correspondam a lesões quasi sómente degenerativas.

Como acontece nas restantes psychopathias organicas, têm equal importancia

para a diagnose da affecção paralytica, os symptomas psychicos e os somaticos. Estas duas ordens de phenomenos umas vezes traduzem a existencia de lesões situadas em pontos diversos do eixo myelencephalico, outras porém, não obstante a sua apparente differença de origem, são a consequencia d'uma mesma lesão histologica. Assim, a alteração d'uma zona cortical, onde existam cellulas psychomotoras, tornar-se-ha conhecida ao clinico pelo estudo simultaneo dos signaes psychicos e somaticos que se manifestam indissolvelmente associados.

**SYMPTOMAS PSYCHICOS.** Nos paralyticos geraes a demencia é global, isto é, interessa todas as faculdades do espirito. As imagens actuaes não se fixam sufficientemente para serem a tempo reproduzidas. Das imagens antigas, umas enfraquecem, outras se apagam totalmente da memoria. As ideias apparecem avulsa e isoladamente, desprendendo-se pouco a pouco das leis da sua natural associação. A vontade torna-se debil e o character extingue-se, havendo simplesmente a dirigir o individuo, as mais futeis impressões de momento. As faculdades affectivas são as primeiras a sosso-brar.

A demencia paralytica é frequentemente acompanhada de delirio, o que, comtudo, não é essencial. O delirio é, na maior parte dos casos expansivo, acompanhado de euphoria, com ideias de grandeza inteiramente desconexas e d'um hyperbolismo typico; pôde porém ser depressivo ou de fôrma alterna. Não obstante as fôrmas delirantes terem, nos differentes individuos, aspectos diversos, possuem todavia caracteres comuns que intimamente as approximam. Todos esses delirios se semelham pela sua absoluta incoherencia e completa falta de systematisação, revelando com clareza o terreno inteiramente demencial sobre o qual se desenvolvem.

O delirio pôde diminuir ou extinguir-se, sem que o estado demencial melhore. Não é porém legitimo isolar em nome da clinica os phenomenos demenciaes dos phenomenos delirantes e com elles constituir duas entidades morbidas independentes, a loucura paralytica e a demencia paralytica, como já um observador eminente (Baillarger) julgou se podia fazer. Essa coexistencia dos dois symptomas, em que um é accessorio e o outro essencial, esse apparente dualismo de signaes morbidos, e as suas differenças de desenvolvimento, não obstante a sua relação intima, tem uma

facil interpretação, segundo as ideias correntes. A cellula nervosa sob a acção das substancias toxicas que produzem a affecção paralytica, ou immediatamente degenera, e, nesse caso apparece a demencia simples, ou reage, augmentando morbidamente durante uma certa phase a sua actividade, e, ao mesmo tempo, soffre uma progressiva degeneração, d'onde resultará, symptomaticamente, a existencia simultanea d'uma demencia que, geralmente, tende a accentuar-se, com um delirio que poderá ser temporario ou permanente. É claro que se o doente tiver uma tara nervosa, nas variedades do delirio se hão-de revelar as qualidades d'essa tara. Naturalmente, na maior parte dos casos, do excesso de vida morbida resultam falsas ideias de natureza expansiva, e as fórmãs delirantes apresentarão sempre o cunho d'uma extravagante incoherencia, derivada do terreno, cada vez mais empobrecido, que as alimenta.

Durante o periodo em que os quinze paralyticos geraes estiveram submettidos ao nosso exame, sete d'esses doentes apresentavam ideias de grandeza inteiramente incoherentes, que em um d'elles se manifestavam sob a fórmula d'um delirio perfeitamente typico (OBS. VII). Dois d'estes sete paralyticos juntavam á sua futil megalomania

mania algumas ideias de perseguição : julgavam que os queriam envenenar para lhes roubarem as suas riquezas.

Havia um caso sómente de delirio de perseguições, desacompanhado de ideias megalomanas, porém com allucinações auditivas (obs. II). Os sete restantes paralyticos apresentavam a demencia simples; comtudo pelos commemorativos se sabia que dois d'estes ultimos tinham já passado um periodo em que manifestáram ideias megalomanas.

Mesmo em paralyticos puramente demenciaes eram vulgares as manifestações d'um bem estar expansivo. Mais do que uma vez, ao entrarmos na sala da enfermaria, encontrámos alguns d'esses doentes, que apenas se podiam mover com difficuldade, ostentando ainda vistosa flôr ao peito.

**SYMPTOMAS SOMATICOS.** Os phenomenos que mais facilmente podem ser estudados nos dementes paralyticos, para se poder avaliar o grau de adeantamento do seu padecimento, no que diz respeito á incoordenação motriz, á paresia e á perturbação dos reflexos, são entre outros, os seguintes: as pupillas em myosis ou em mydriase e com desigualdade entre os diametros das duas; a preguiça da iris modi-

ficando lentamente o seu diametro ou mesmo não o modificando pela variação da intensidade da luz, podendo comtudo contrahir-se ou dilatar-se sufficientemente, ainda durante bastante tempo, em consequencia da accommodação (signal de Argyll-Robertson); o embaraço da palavra que é emittida lenta ou precipitadamente, com repetições, faltas e difficuldade de articulação d'algumas syllabas, o que melhor se evidencia quando o doente é convidado a pronunciar certas phrases de prova; o tremor d'alguns musculos faciaes que antecede e acompanha a articulação das primeiras syllabas; as ondulações fibrillares que se observam na lingua quando a extremidade d'este orgão é projectada fóra da bocca; o tremor muscular, rapido e proporcional ao esforço, nullo no repouso, que se póde observar nas mãos e principalmente se denuncia na attitude do juramento; a escripta lenta e d'uma imperfeição caracteristica, com numerosos lapsos; a difficuldade e imperfeição com que são executados alguns movimentos mais complexos, como são os movimentos profissionaes, ou mesmo os necessarios para o doente se vestir com esmero e, finalmente, o exaggero temporario dos reflexos tendinosos.

É necessario, ao mesmo tempo, examinar qual é o estado trophico dos tecidos e se ha perturbações da vaso-motricidade, indagando tambem se algum icto terá exacerbado passageiramente os symptomas ou apressado a evolução morbida, ou se, pelo contrario, os signaes do padecimento estão attenuados em consequencia d'uma remissão.

Quasi sempre, anteriormente aos ictos, notámos que a face dos doentes se encontrava um pouco mais descahida e pallida, algumas vezes porém levemente congestionada, e que havia, simultaneamente, modificações no rhythmo e frequencia do pulso, indicando a proximidade da perturbação toxica e vaso-motriz.

Na maioria dos dementes paralyticos que observámos, a sensibilidade á dor estava bastante embotada. Quando administrávamos as injeccões intramusculares de compostos mercuriaes nas dóses mais elevadas que Leredde indica, para se evitar o uso diario d'outra substancia toxica, mesmo em pequena quantidade, não se adicionou o chlorhydrato de cocaína e comtudo, salvo dois doentes que por tres ou quatro vezes se queixaram bastante das injeccões, os restantes, ou não mos-

travam sentir a menor dor durante a operação, nem depois, ou manifestavam ligeiro incommodo que apenas os impacientava.

Havia alguns doentes que não conheciam o momento em que a agulha entrava nem quando era retirada.

Dois paralyticos que estavam em grande desassocego durante as lavagens com alcohol e sublimado, que previamente eram feitas para desinfecção a região escolhida, ficavam depois indifferentes nos diversos tempos da injeção.

Fizemos o exame do estado habitual das pupillas, e dos seus reflexos á luz e da accommodação nos quinze paralyticos que observámos: em seis, notámos myosis com desigualdade dos diametros das duas pupillas (OBS. I, III, V, VII, IX e XII); em dois, myosis com egualdade de diametros (OBS. XI e XV); em dois, havia a mydriase com desigualdade de diametros das duas pupillas (OBS. II e VIII); em tres, o diametro de uma das pupillas era sensivelmente normal, estando porém a outra sempre mais dilatada (OBS. VI, XIII e XIV). Sómente em dois doentes (OBS. IV e X), não havia particularidades a notar relativamente aos diametros habituaes das pupillas, existindo comtudo,

nos referidos alienados, phenomenos de preguiça nas reacções reflexas da iris.

Notámos o signal de Argyll-Robertson em sete dos nossos quinze dementes paralyticos (OBS. II, IV, VII, VIII, IX, XI e XII), havendo, nesses sete doentes, dois em que o reflexo pupillar d'accommodação estava enfraquecido, menos porém que o luminoso (OBS. VIII e XII).

Em dois outros paralyticos (OBS. VI e X), estavam os reflexos pupillares da luz e accommodação egualmente enfraquecidos. Convem notar que estes dois doentes já se encontravam em periodo extremamente adeantado do seu padecimento, na epocha em que foram admittidos.

Em todos os dementes nos quaes foi observado o signal de Argyll-Robertson, havia antecedentes em que, sem duvida alguma, se encontrava a syphilis.

Na maior parte dos casos, os phenomenos pupillares referidos mantinham-se, durante muito tempo, sem soffrerem notavel alteração.

Existiam em todos os nossos doentes as perturbações da palavra, notando-se quasi sempre o embaraço caracteristico, acompanhado algumas vezes de consideravel demora ou precipitação ao enunciarem

os vocabulos, ou de grandes desigualdades de tom. Era frequente a tremulação labio-lingual.

Observámos que em alguns casos, não obstante o manifesto embaraço da palavra, a calligraphia se conservou durante bastante tempo regular, o que nos mostra que apesar da encephalite, nos dementes paralyticos, ter tendencia a generalizar-se, a incidencia morbida não se realiza simultaneamente com a mesma intensidade, por vezes em regiões muito proximas, mesmo nos lóbos cerebraes anteriores.

Era relativamente raro o tremor manual, e nunca observámos, mesmo na attitude do juramento, e tendo, o doente, os dedos bem extendidos e afastados uns dos outros, o tremulo isolado de cada dedo, como é habitual ver em alguns alcoolicos.

Os reflexos tendinosos estavam quasi sempre exaggerados, enfraquecendo sómente em periodos muito adeantados da affecção, salvo em tres casos.

Em alguns dementes paralyticos, appareciam ou accentuavam-se, com a evolução do padecimento, phenomenos musculares espasticos que difficultavam consideravelmente a exploração dos reflexos.

Citam alguns clinicos a frequencia com que se encontram os hematomas do

pavilhão auditivo, nos paralyticos geraes. São interessantes essas producções. Pódem formar-se, mesmo em individuos sãos, em consequencia d'uma pancada violenta, como, por vezes, acontece nos clowns, nos luctadores e nos grumetes. É porém admissivel que, se já anteriormente existir um profundo desarranjo das funcções trophicas e da vaso-motricidade, bastem simples attritos ou pressões moderadas para favorecer o desenvolvimento dos othematomas. É por isso que alguns psychiatras affirmam que, em certas circumstancias, nos doentes de espirito, a formação das referidas collecções sanguineas ou sanguineo-serosas póde ser um signal de mau prognostico.

O snr. dr. Lemos Peixoto, em um interessante artigo <sup>(1)</sup>, communicou, entre outros factos, que observára othematomas em quatro paralyticos geraes, no primeiro biennio em que funcionou o Hospital do Conde de Ferreira.

Nos quinze paralyticos que submettemos ao nosso exame, nunca encontrámos o mais ligeiro othematoma.

---

(1) *Relatorio do serviço medico e administrativo do Hospital do Conde de Ferreira*, relativo ao biennio (1883-1885), pelo dr. A. Maria de Senna, com a collaboração dos clinicos Julio de Mattos — medico adjuncto, — J. Urbano, L. Peixoto e Magalhães Lemos — medicos externos; pag. 178 a 197.

*Cyto-diagnostico da paralysis geral.* Quando nas phases d'incubação e prodromica do padecimento (periodo medico-legal), os signaes morbidos ainda estão mal esboçados, podemos usar com vantagem do cyto-diagnostico fundado no exame do liquido cephalo-rachidiano que geralmente nos fornecerá um meio simples de distinguir a paralysis geral que é uma psychopathia organica, d'outras psychoses, principalmente das que ainda actualmente são denominadas funcionaes.

Nas condições normaes, e nas affecções denominadas dynamicas do systema nervoso central, o liquido cephalo-rachidiano é limpido, e a centrifugação apenas poderá depositar um ou outro elemento figurado. Na demencia paralytica ha geralmente um exodo abundante de lymphocytos para as cavidades ventriculares e bainhas dos vasos sanguineos, onde tambem proliferam. D'ahi passam aos espaços subarachnoideos, e, consequentemente, ha quasi sempre uma lymphocytose abundante no liquido cephalo-rachidiano. Essa lymphocytose não é completamente pathognomonica, porque existe em outros processos morbidos em que os orgãos lesados são principalmente as meninges, manifestando-se em harmonia com a reacção d'es-

tas membranas. O exame porém do liquido cephalo-rachidiano, extrahido pela punção lombar ou lombo-sagrada e a analyse ao microscopio, com a technica conveniente, do deposito obtido pela respectiva centrifugação constituem, em certos casos, um excellente meio de diagnostico entre a demencia paralytica e as psychoses puras ou funcionaes, porque a lymphocytose é um signal sufficientemente constante e precoce, parecendo mesmo que precede o embaraço da palavra e as perturbações pupillares.

Quando a reacção meningea é pouco importante, a lymphocytose pôde diminuir consideravelmente ou mesmo não existir, o que comtudo é muito raro. Na occasião dos ictos, como signal da congestão meningea, affirma Widal que ha polynucleose. A lymphocytose habitualmente existente no decurso ordinario da affecção indicaria a irritação serosa simples.

De passagem diremos que as observações que têm sido feitas acerca do poder bactericida, do poder toxico e relativamente ás bacterias que porventura existam no liquido cephalo-rachidiano, não têm dado até hoje resultados de seguro valor.

Widal e Sicard indicando os pequenos

incidentes que por vezes sobrevêm á punção lombar, (cephalalgia, nauseas, ligeira vertigem), consideram esses phenomenos consequencia de que, uma vez retirada a agulha, o liquido cephalo-rachidiano continua a diffundir-se no espaço epi-dural, para onde sae pelo orificio meningeo feito na occasião da picada. É conveniente, por isso, que os doentes guardem, depois da operação, e durante um certo tempo, uma posição declive, quasi horizontal, ficando um pouco mais alta a região punccionada. Essa circumstancia contra-indica, segundo nos parece, a punção de Quinke ou a de Chipault em paralyticos geraes agitados, porque, pelo facto de não se submetterem ao preceituado repouso, póde sobrevir um icto por congestão compensadora. Por esse motivo não fizemos a punção nos doentes das observações xiv e xv, onde poderia ter alguma vantagem para a pesquisa da existencia e qualidade da reacção meningeae. Quanto aos restantes treze doentes era inutil sujeital-os ao incommodo da punção lombar, porque os symptomas psychicos e somaticos que apresentavam eram bem definidos, indicando perfeitamente qual a diagnose e o estado de adeantamento do padecimento.

**EVOLUÇÃO MORBIDA.** Para commodidade de descripção, pódem distinguir-se, na marcha da demencia paralytica, tres periodos successivos: o periodo inicial em que a affecção se denunciará apenas por um ou outro acto manifestamente absurdo ou inteiramente fóra dos habitos sociaes, ou, em muitos casos, por uma apparente exaltação da energia e mentalidade donde resultam sómente acções illogicas que pódem levar o doente ao descredito e á ruina; o periodo de estado em que o enfraquecimento mental e os caracteres somaticos do padecimento nitidamente se definem, e, finalmente, o periodo terminal, ou de marasmo, em que o doente, com profundas perturbações trophicas, incapaz de quasi todas as manifestações da motricidade voluntaria, tendo perdido o jogo regular do reflexo da deglutição e dos reflexos dos esphincteres, sómente tem uma existencia vegetativa que apenas é prolongada graças a permanentes cuidados de enfermagem.

A apparição de um ou mais ictos vem muitas vezes abreviar notavelmente qualquer d'estes tres periodos.

Remissões que não são raras pódem modificar tambem consideravelmente a marcha da affecção. Umas vezes a paralyisia

pára na sua evolução progressiva durante um tempo mais ou menos longo, outras vezes attenuam-se determinados symptomas, quasi chegando a haver uma apparencia de cura. Esse estado póde prolongar-se durante alguns annos, até que em geral, por fim, os antigos symptomas de novo principiam a evidenciar-se lentamente, ou um icto congestivo ou epileptiforme lança rapidamente o doente em um estado adeantado da demencia paralytica. E' claro que os phenomenos morbidos que mais difficilmente se modificam, remittindo, são os que mais directamente se relacionam com os signaes somaticos. São mais frequentes, as remisões, na paralyisia geral com delirio. O delirio desaparece e ficam os outros symptomas, ou estes mesmos se attenuam por mais ou menos tempo. Pela observação VII vemos que um delirio, mesmo typico, póde rapidamente diminuir sem correspondente attenuação dos caracteres demenciaes e somaticos.

A maioria dos psychiatras e syphiligraphos affirmam que o prognostico da demencia paralytica é sempre fatal e assignam-lhe uma duração média de dois a quatro annos, fazendo notar, porém, que cincoenta por cento dos doentes fallecem antes do fim do segundo anno e oitenta p. c.

nos quatro primeiros annos, e que as remissões, em casos excepcionaes, poderão prolongar a vida d'um paralytico geral durante seis, dez e até mesmo vinte annos. Ha contudo na litteratura medica numerosas communicações de casos de cura da paralyisia geral, devidos a especialistas eminentes. Os psychiatras que negam a curabilidade da paralyisia geral impugnam o valor demonstrativo d'essas communicações e insistem na affirmação de que, em taes casos, teria havido erros de interpretação e de diagnose. Comprehende-se, é certo, que haverá uma extraordinaria difficuldade em distinguir uma cura verdadeira, d'uma longa remissão, ou algumas pseudo-paralysias geraes curaveis da verdadeira paralyisia geral; mas pelo proprio facto da existencia d'essas duradouras remissões e pela circumstancia de haver padecimentos extremamente semelhantes á demencia paralytica, sobre os quaes a therapeutica exerce uma influencia benefica, é legitimo não descreer inteiramente da possibilidade da cura durante, pelo menos, o periodo prodromico do padecimento.

---

## IV

### Etiologia

Gegenüber einer so schweren und immer häufiger auftretenden Krankheit ist die Aetiology von ganz besonderem Interesse. Die neuere Forschung hat erkannt, dass die Paralyse in sehr nahen genetischen Beziehungen zur Syphilis steht, und je sicherer die Ermittlung der früheren Gesundheitsverhältnisse gelingt, umso bedeutender steigt der Prozentsatz der sicher oder wenigstens wahrscheinlich luetisch gewesenen Paralytiker. Hirschl (Jahrb. f. Psychiatrie xiv, 3) hat von 175 männlichen Paralytikern meiner Klinik bei 98 (56 0/0) frühere Lues sicher nachgewiesen, bei 44 (25 0/0) mit Wahrscheinlichkeit.

Bezüglich der restierenden 33 Fälle (19 0/0), in welchen die Frage ganz dunkel blieb, macht dieser Forscher geltend, dass unter 63 Fällen syphilitischer Spätformen der Abteilung Langs in Wien nur in 54 0/0 sicher, in 9,5 0/0 mit Wahrscheinlichkeit, in 36,5 0/0 dagegen gar nicht der Beweis früherer luetischer Infektion zu erbringen war, so dass für jene 33 Fälle die Möglichkeit übersehener Lues nicht zu leugnen ist, zumal da die Paralyse bei syphilitisch Gewesenen selbst 25 Jahre post infectionem, im Mittel allerdings 5 bis 15 Jahre danach zum Ausbruch gelangen kann. Dass die frühere Syphilis die wichtigste Prädisposition zur späteren Paralyseerkrankung abgibt, lehrt ihre Seltenheit bei Kindern und jugendlichen Individuen, ihre fast ausnahmslose Zurückführbarkeit auf Lues, besonders hereditäre, bei solchen, ihre Seltenheit bei Damen der höheren Stände, bei Geistlichen, ihre grosse Häufigkeit bei ledigen Männern der Grossstädte, besonders Militärs, ihre grosse Häufigkeit in Weltstädten, überhaupt Verkehrszentren gegenüber dem flachen Lande (8 : 1), ihre enorme Seltenheit in Gegenden, wo Lues nur sporadisch vorkommt (Rabow — Kanton Wallis), ihr Relationsverhältnis des Vorkommens bei Mann und Weib (4 bis 3,5 : 1), das dem des Vorkommens der Lues in der betr. Bevölkerung bei den verschiedenen Geschlechtern ganz parallel geht.

*Krafft-Ebing.*

A difficuldade que houve, como dissémos, em encontrar os caracteres de definição anatomo-clinica da demencia paralytica que permittissem separal-a d'outras

psychoses, devia reflectir-se no estudo das causas da sua genese, e, com effeito, a etiologia d'aquella affecção foi durante largo tempo, confundida na etiologia geral da loucura. Assim a hereditariedade, as diatheses, principalmente a diathese bradytrophica, com especialidade as suas variedades neuro-arthritica e congestiva, os dispendios excessivos de vida nervosa, as acções traumaticas, as intoxicações e as infecções, têm sido os factores a que differentes especialistas quasi indistinctamente attribuiram a producção da paralyisia geral, sem que, até uma epocha bem recente, tivessem conseguido distinguir com clareza as causas predisponentes das efficientes, ou reconhecer se algum dos agentes invocados teria importancia maior ou character essencial. Isto nos mostra a alta complexidade do assumpto.

Vejamos se o estudo das condições individuaes ou de meio, que mais pareçam favorecer o desenvolvimento da paralyisia geral, nos pôde auxiliar um pouco no difficil estudo do problema etiologico.

IDADE — SEXO. A paralyisia geral é na maior parte dos casos uma affecção da idade adulta. Nos quinze paralyticos que observámos, nove tinham edades compre-

hendidas entre os 30 e 43 annos, cinco entre os 45 e 55, e sómente um tinha excedido essa idade. Ha, é certo, paralytias geraes precoces; nessas porém, quasi sempre se demonstra a existencia de um factor etiológico de importancia primaria, a heredo-syphilis. Teremos, no decorrer da exposição, de nos referir, mais demoradamente, a esse assumpto.

A demencia paralytica é muito mais frequente no homem do que na mulher, especialmente nas classes sociaes elevadas, e nos meios ruraes; a differença porém atenua-se muito nos individuos pertencentes ás classes pobres dos grandes centros, talvez porque, nesse caso, o homem e a mulher estão sujeitos quasi igualmente á acção das mesmas causas deleterias.

HERANÇA—DIATHESSES—QUALIDADES MENTAES. Segundo alguns auctores (Näcke, Mariani, Fursac, Joffroy), a herança degenerativa e especialmente a psychopathica representa um papel importante na eclosão da paralytia geral. Näcke, em uma communição scientifica, informa que, em paralyticos geraes, encontrára antecedentes hereditarios psychopathicos em 45 por cento dos casos, e, Fursac diz tambem ter

notado que um numero semelhante de taras se encontram nos vesanicos e nos dementes paralyticos. Por outro lado, porém, Kaes só encontrou estigmas apparentes de degeneração em 2,17 casos, por cem, de demencia paralytica. Régis affirma que a paralyssia não estima o terreno nevropathico, e mesmo que a hysteria preexistente exerceria, até certo ponto, sobre a paralyssia, uma acção inhibitoria; Pilcz, de Vienna, admite tambem o antagonismo entre a paralyssia e a degeneração nervosa; Orchansky no congresso de Moscow defendeu a opinião de que a herança nevropathica protege o organismo contra a demencia paralytica, e, finalmente, Magnan entende que a paralyssia geral é a mais individual das doenças mentaes.

Outros psychiatras porém attribuem á herança arthritica e particularmente á herança congestiva um papel primario na etiologia da paralyssia geral. Charcot, indicando o neuro-arthritismo, teria encontrado, segundo alguns, a fórmula de harmonizar as duas doutrinas.

A differença das affirmações mostra bem que actualmente ainda se está longe de conhecer com clareza qual a ordem de importancia que á hereditariedade e ás

diatheses cabe no complexo das causas da paralyisia geral.

Nos quinze paralyticos que observámos, não havia estigmas notaveis de degeneração, salvo os que directamente se relacionavam com a sua doença. Só com referencia a dois dementes, se sabia que tinham proximo parentesco com alienados, e, d'outros dois, constava a herança congestiva. Um d'estes ultimos era manifestamente um arthritico; apenas mais dois paralyticos tinham uma diathese semelhante, porém pouco pronunciada. Nos restantes doentes, não se observavam signaes de arthritismo dignos de menção.

Julgou-se, e ainda alguns psychiatras não o negam inteiramente, que a paralyisia geral apparece com mais frequencia em individuos dotados de faculdades elevadas e naquelles em que tenha havido um grande dispendio de força nervosa, por um trabalho exgottante, por cuidados ou por excessos de qualquer ordem: «la paralyisie générale ne frappe que les sommets.» (Lasègue). Não encontrámos porém nos commemorativos dos paralyticos observados a menor prova de que qualquer d'elles tivesse outr'ora demoñstrado possuir qualidades de intelligencia, capacidade artistica, ou

de energia, superiores ás normaes, ou que pertencesse a familia em que essas qualidades sobresahissem. Pelo contrario, relativamente ao maior numero d'elles, adquirimos a certeza de que as suas capacidades nunca tinham excedido a média corrente, e de que não tinham sido factores importantes, na etiologia dos seus padecimentos, os grandes dispendios de força nervosa.

Os traumatismos craneanos violentos, produzindo, em algumas circumstancias, pachymeningites, abalos cerebraes e focos de irritação local, poderiam servir de ponto de partida, a uma paralyisia geral que se desenvolvesse depois de um tempo mais ou menos longo. Em todos os casos, porém, em que se tem procedido a uma investigação rigorosa, se encontrou que mais provavelmente outras causas teriam latentemente preparado o processo paralytico, cuja eclosão o agente traumatico apenas favoreceu. E. Dupré refere observações concernentes a tres officiaes, que cahiram dos cavallo, desenvolvendo-se-lhes depois os symptomas da demencia paralytica, aparentemente apenas como consequencia dos respectivos traumatismos; eram, no emtanto, estes tres individuos, antigos syphiliticos.

As INTOXICAÇÕES e INFECÇÕES são causas que se consideram de grande importancia e frequencia na etiologia da demencia paralytica. É claro que todos os motivos de doença pôdem ser, pelo menos, factores adjuvantes na producção da paralytia. Por essa circumstancia, quasi todas as infecções, bem como as auto e hetero-intoxicações, principalmente as de acção chronica, têm sido descriptas entre os antecedentes que poderiam determinar a eclosão da demencia paralytica. Não estudaremos especificadamente cada um d'esses factores de natureza toxica ou infecciosa porque a maior parte d'elles se offerecem com tão pouca constancia que merecem apenas menção generica. Uma infecção porém, a syphilis, avulta pela sua extraordinaria frequencia nos antecedentes dos paralyticos geraes, e alguns auctores tambem attribuem um papel etiologico igualmente importante ao alcoolismo chronico. Seria interessante dizer algumas palavras sobre o paludismo, rheumatismo cerebral, tuberculose, febres eruptivas, miseria organica, hyperalimentação e principalmente ácerca do saturnismo e pellagra, nas suas relações com a etiologia da demencia paralytica; como, porém, não tivemos caso algum, em que estes factores fizessem parte dos comm-

\*

morativos, vamos sómente referir-nos á intoxicação alcoolica e á infecção syphilitica, que nos offerecem especial interesse para a analyse comparativa dos antecedentes morbidos dos nossos paralyticos.

**ALCOOLISMO.** Já desde os primeiros observadores (Bayle, Calmeil) se reconhece que muitas vezes se encontra o alcoolismo nos antecedentes dos paralyticos geraes e alguns psychiatras lhe continuam ainda a attribuir uma influencia preponderante na pathogenia da demencia paralytica. Essa doutrina teve a sua maior voga em consequencia dos trabalhos estatisticos de Paul Garnier e principalmente das observações clinicas de Magnan.

É erradamente, diz Magnan, que certos auctores pensam que o alcool só póde produzir uma pseudo-paralysia geral. Sob a influencia do alcoolismo chronico, diz o auctorizado alienista, desenvolve-se um duplo processo, degeneração adiposa e tendencia ás escleroses diffusas. Segundo o predominio de um ou outro d'esses processos, assim veriamos «o alcoolico chronico caminhar para a demencia (esteatose e atheroma) ou para a paralysia geral (esclerose diffusa)».

Descreve Magnan o periodo de transi-

ção, ás vezes muito longo, que o alcoolico inveterado atravessa quando se encaminha á paralyisia geral. Primeiramente esses individuos são com intermittencia clientes dos asylos, por motivos de accessos de alcoolismo agudo. Successivamente a intelligencia enfraquece, o alcoolico torna-se ou apathico ou desordenadamente activo, mas sem aptidão para o trabalho methodico, e já, por vezes, manifesta ideias de excessiva satisfação; depois, se continúa a entregar-se em excesso ao seu vicio favorito, os accidentes habituaes do alcoolismo são algumas vezes acompanhados de accessos de agitação incoercivel; a palavra torna-se hesitante, e apparecem, em certos casos, as desigualdades pupillares. A partir d'então poderia dizer-se, segundo Magnan, que o doente entrou no periodo prodromico da paralyisia geral cuja evolução, em algumas circumstancias, seria desde principio precipitada pela apparição de crises epileptiformes.

Nem todos os auctores, porém, concordam em affirmar que o alcoolismo tem essa importancia e frequencia nos antecedentes obrigados da paralyisia geral. Raymond e Sérieux encontram sómente que, em 12 por cento dos casos de paralyisia geral que observaram, era o alcoolismo referido nos

antecedentes e fazem notar a insignificante proporção de verdadeiros alcoolicos que existe nos dementes paralyticos de classes sociaes elevadas. Régis nega a influencia pathogenica do alcoolismo na genese da demencia paralytica, fundando-se especialmente em dados estatisticos colhidos no departamento da Gironda.

Conviria estudar com rigor se a paralytia geral, quando de origem alcoolica, não terá caracteres privativos que denunciem a sua etiologia. Magnan affirma que a paralytia geral, quando derivada do alcoolismo chronico, não se distingue habitualmente da demencia paralytica de outra origem; no emtanto, diz, se é predominante aquelle factor etiologico, muitas vezes existem allucinações penosas que recordam a origem toxica da affecção. Nota-se tambem a frequencia maior das remissões e o seu character mais accentuado. As alterações anatomicas que frequentemente o alcoolismo chronico produz, as esteatoses, as degenerações vasculares e as differentes alterações das visceras poderão, em alguns casos, confirmar o diagnostico etiologico.

Sómente tres dos quinze doentes obser-

vados tinham um passado francamente alcoolico (obs. v, xiv e xv). O primeiro d'estes tivera tambem a syphilis na infancia e o doente da obs. xiv, alguns annos antes da sua admissão. Nos commemorativos do doente da obs. xv preponderava o alcoolismo. Havia tambem probabilidades de antecedentes alcoolicos, relativamente ao doente da obs. II, o qual era ao mesmo tempo um antigo syphilitico.

O doente xiv era um kleptomano, irrequieto e enfadonhamente loquaz. Os doentes v e xv irritavam-se com extrema facilidade, procurando, no momento, dizer palavras insultantes, passando-lhes todavia essa excitação com extrema rapidez. No doente xv, o unico dos quatro em cuja historia não era referida a syphilis, notavam-se, além d'essa propensão para se irritar, as degenerações vasculares, a permanencia approximadamente dos mesmos symptomas durante annos, o enfraquecimento precoce do reflexo do tendão rotuleano, a feição por vezes aggressiva e o tique que descrevêmos. Finalmente, no doente II havia a notar as allucinações auditivas, o facto de sentir permanentemente, segundo dizia — serpentes nas entranhas e as ideias de perseguição mais accentuadas.

Como se vê, nos dementes paralyticos

com precedentes alcoolicos, o quadro symptomático da affecção tinha alguns caracteres especiaes que mais se accentuavam no doente da observação xv, como era de prever.

SYPHILIS. Essmarch, Jessen (1857) e Kjelberg manifestaram com clareza a opinião de que a paralyisia geral tem sempre uma origem syphilitica. A paralyisia geral, affirmava, em 1863, Kjelberg, «nunca se desenvolve em um organismo inteiramente isento de syphilis». Essas ideias porém poucos adeptos encontraram, principalmente em França. A importancia que mais tarde se reconheceu do papel etiologico da syphilis na genese do tabes, para o que muito tinha concorrido a impressão produzida pelo trabalho classico de Fournier sobre esse assumpto, veio chamar a attenção para a analogia de circumstancias em que se poderia desenvolver a paralyisia geral. Finalmente os estudos de Erb, os de Régis, e novamente os de Fournier, contribuíram de um modo notavel para a defesa e vulgarisação da doutrina de que a syphilis é o factor mais frequente nos antecedentes dos paralyticos geraes e talvez o de maior importancia.

É conhecida a violenta epidemia de syphilis que se alastrou na Europa no fim do seculo xv. A partir d'então houve ainda algumas epidemias locaes da infecção venerea.

Actualmente, nas populações em que a syphilis está ha muito tempo installada, essa infecção perdeu muito d'essa sua antiga malignidade epidemica, ou pelos cuidados prophylaticos e therapeuticos, ou pela melhoria das condições sociaes, ou emfim por uma relativa immunidade lentamente adquirida.

Ha porém circumstancias em que a syphilis tem ainda uma acção bem funesta; o que principalmente se observa nos casos de heredo-syphilis e de syphilis nervosa. A maior parte e mesmo os mais importantes d'estes ultimos, só foram descriptos em uma epocha relativamente recente, ou porque antigamente não eram bem conhecidos por imperfeição de diagnostico, ou porque não seriam porventura tão graves. Accresce que actualmente se reconhece que são de origem syphilitica alguns padecimentos a que out'ora nem mesmo se pensava que se lhes podesse attribuir tal origem. O prognostico da syphilis, diz Henri Lamy, é hoje em grande parte dominado pelos accidentes que a infecção poderá produzir sobre o systema nervoso.

A preferencia que a syphilis, em diversos casos, manifesta pelo eixo myelencephalico tem sido por alguns explicada, como consequencia da constituição que alli tem a rede vascular sanguinea e principalmente a trama lymphatica. Essa theoria está longe de ter provas sufficientes a seu favor. Citamol-a sómente para lembrar que as causas da electividade nervosa da syphilis dependem talvez d'uma constituição chimico-histologica dos tecidos, que poderá differir bastante, como de facto parece que differe, das condições organicas da herança nevropathica ou da diathese neuro-arthritica.

Não são raras as localisações nervosas da syphilis. Hjelmman em mil syphiliticos observou quinze a vinte e cinco casos de syphilis cerebral. Nonne calcula que em sessenta e seis doenças nervosas se encontra uma affecção nervosa syphilitica. Em 3429 casos de syphilis terciaria encontrou Fournier 1093 affecções nervosas de maior ou menor gravidade, e affirma que as localizações cerebraes são cinco ou seis vezes mais frequentes do que as medulares (estes dados estatisticos são citados por H. Lamy).

A demonstração de que o tabes é, na maioria dos casos, de origem syphilitica

concorreu, como dissémos, notavelmente, para que entrasse no dominio geral a doutrina de que a syphilis tambem deveria contar-se com muita frequencia no passado morbido dos dementes paralyticos. Com effeito ha uma grande semelhança entre determinadas circumstancias concernentes ao tabes e á paralyisia geral. Fournier discute mesmo a possibilidade de serem, o tabes e a demencia paralytica, apenas duas expressões topographicas d'uma unica e mesma doença, mais comprehensiva, que, conforme affectasse o cerebro ou a medulla, assim, respectivamente, produziria o primeiro ou o segundo padecimento. Em ambas estas affecções se pódem encontrar, de facto, alguns signaes communs, como são as modificações do diametro pupillar, o signal de Argyll-Robertson e a lymphocytose no liquido cephalo-rachidiano. Além d'isso, ambos esses padecimentos se desenvolvem habitualmente entre os 30 e os 45 annos d'idade, e quasi sempre d'uma maneira insidiosa. Qualquer das duas affecções se encontra com pouca frequencia na mulher. Finalmente não é rara a sua associação nosologica.

Não é porém só pelos symptomas que a paralyisia geral e o tabes apresentam estreitas relações de semelhança. Raymond affir-

ma que são analogos os processos de esclerose medullar posterior, da paralyisia geral e tabes. Nageotte é de opinião que, tanto no tabes, como na paralyisia geral, quando esta interessa, por extensão, a medulla, ha uma nevríte intersticial radicular transversa o que é consequencia d'uma disposição especial da circulação lymphatica. O processo histolympatico seria, tanto no tabes como na paralyisia, o gerador d'essas alterações pathologicas e talvez a causa que imprime uma feição especial á constituição das lesões systematicas posteriores.

Variam bastante as estatisticas dos diferentes auctores quanto ao numero de vezes que se encontra a syphilis nos antecedentes dos paralyticos geraes. A verdade porém é que, á medida que na investigação do passado morbido, se têm indagado com mais cuidado os factos demonstrativos de syphilis, o numero de casos em que esses precedentes se encontram tem progressiva e consideravelmente subido. É comtudo muito difficil obter os elementos necessarios para conhecer a historia d'alguns doentes syphiliticos, e d'ahi resultará talvez a differença nos dados numericos. A esse respeito nota Hirschl que em 36,5 p. c. de doentes com syphilis terciaria não pôde conseguir in-

formação alguma ácerca da infecção e dos accidentes primitivos. A seguinte passagem de Fournier indica bem claramente a impossibilidade d'obter, em determinadas circumstancias, uma anamnese rigorosa, mesmo para os mais versados especialistas: «S'il est un accident dont la spécificité syphilitique s'atteste à la fois, au-dessus de toute discussion possible, et par des caractères objectifs brutalement accusateurs et par l'influence médicatrice qu'exerce sur lui l'iodure de potassium avec une rapidité significative, cet accident, c'est à coup sûr la gomme du voile palatin. Eh bien, prenons comme base de discussion cette gomme palatine, et voyons dans quelle proportion de fréquence nous la rencontrons précédée ou non de commémoratifs spéciaux. . . . nous arrivons aux chiffres suivants: sur 36 cas, 20 avec antécédents spécifiques, et 16 sans antécédents de ce genre; ou, en autres termes — 44 cas sur 100 sans antécédents de syphilis». Estas percentagens deverão evidentemente variar em outras series de casos. Fica comtudo demonstrado que a gomme palatina se póde apresentar repetidas vezes á observação clinica, sem que se consiga descobrir os commemorativos especificos.

Essa dificuldade augmenta extraordinariamente na investigação do passado morbido dos doentes affectados da paralytia geral. Depois dos phenomenos apparentes da syphilis passam-se, em geral, pelo menos uns cinco ou seis annos sem que se possam notar symptomas psychicos ou somaticos que prenunciem o desenvolvimento d'um padecimento grave. A familia frequentemente ignorou a existencia dos accidentes especificos e, na maior parte dos casos, a depressão das faculdades mentaes do doente, não lhe permittem, actualmente, o recordar-se de factos importantes, ácerca dos quaes é portanto inutil o interrogatorio.

Comprehende-se pois a reserva com que se devem acceitar os factos negativos, havendo, como ha, estatisticas positivas extraordinariamente numerosas, e elaboradas por eminentes observadores, pelas quaes se demonstra que, na grande maioria dos casos, a syphilis se encontra nos commemorativos dos dementes paralyticos. Hirschl em uma serie de 175 paralyticos geraes pôde demonstrar os precedentes syphiliticos, com inteira segurança, em 56 p. c. dos casos e com probabilidade em 25 p. c.; em 19 p. c. a historia era deficiente, não se podendo formar juizo seguro. Kraepelin en-

contra a syphilis inteiramente comprovada em pelo menos 34 p. c. dos casos de paralytia geral. Räcké demonstra a syphilis com segurança em 57,3, e provavel em 20,9 p. c. em uma serie de casos que observou. Séríeux e Farnarier, estudando os antecedentes de 58 paralyticos geraes pertencentes a classes abastadas, encontraram percentagens semelhantes ás de Räcké. As estatisticas de Pierson, de Hougberg e de Régis, elevam o numero de casos de demencia paralytica com antecedentes syphiliticos a 75 e a 87 p. c.

Deve notar-se que alguns observadores comparando as differenças que existiam entre os alienados paralyticos e não paralyticos sob o ponto de vista da historia syphilitica, encontraram numeros bem significativos. Eisath viu que a syphilis se demonstrava, nos antecedentes dos paralyticos, seguramente em 27 p. c. dos casos e com alguma probabilidade em 34 p. c.; e que, em outros doentes de espirito, se demonstrava seguramente em 1,3 p. c. e com alguma probabilidade em 1,8 p. c. Rieger, em mil casos de paralytia geral estudados por diversos observadores, encontrou a syphilis, nos commemorativos, em 40 p. c. e, em mil casos de outras doenças mentaes, sómente em 4 p. c. Hoppe notou os antece-

dentes syphiliticos em 34,6 p. c. dos casos, em homens, e em 23,5 p. c., em mulheres; a proporção desce, em doentes não paralyticos, em homens a 10,9 p. c., e em mulheres a 2,6 p. c.

Confrontando as diversas estatisticas, chega-se á conclusão incontestavel de que, no maior numero de series de observações, inquiridas com rigor, os casos de paralyssia geral, com antecedentes syphiliticos demonstrados, ou provaveis, é superior a 60 p. c.

É a este respeito de interesse o estudo dos antecedentes na paralyssia geral infantil e juvenil. Nesses casos, a paralyssia tem alguns caracteres clinicos especiaes:— desordens choreicas, predominio de phenomenos paralyticos, alteração da retina e ictos frequentes (Kraepelin). Coffin, e por seu turno Régis demonstraram a frequencia da heredo-syphilis na paralyssia geral precoce. Alzheimer, em 41 observações, encontrou a heredo-syphilis certa ou muito provavel em 25 casos, apenas provavel em 2, a infecção syphilitica directa em 3, e, finalmente, ausencia de antecedentes syphiliticos sómente em 3 individuos; Delmas, em um numero maior de observações, chegou a resultados semelhantes (Raymond e P. Sérieux).

Hirschl, em 20 casos de demencia paralytica precoce, encontrou 17 em que a heredo-syphilis estava demonstrada inteiramente, e 1 em que era provavel.

Marchand, em 79 casos de paralytia geral infantil e juvenil, indagou quantas vezes a syphilis se encontrava nos ascendentes, ou porque um dos progenitores a confessasse, ou porque os estigmas da heredo-syphilis a denunciasssem sufficientemente. Em 53 d'essas observações, isto é, em 68 % dos casos, encontrou precedentes syphiliticos.

A paralytia geral precoce encontra-se com egual frequencia nos dois sexos, o que está em harmonia com a circumstancia de que a heredo-syphilis e, na infancia, a infecção syphilitica que, nessa idade, é rara e quasi sempre motivada por contactos não venereos, têm tambem, nos dois sexos, egual numero de probabilidades de occorrer.

Citaremos alguns outros factos que não tendo um valor demonstrativo directo, são pelo menos d'uma explicação facil, se admitirmos a importancia da syphilis como factor etiologico da maioria dos casos de paralytia geral.

Räcke reuniu 69 casos (sendo 7 d'obser-

vação propria e 62 colligidos na litteratura medica) dos quaes, em 27, marido e mulher adoeceram de demencia paralytica; em 22, com tabes; em 14, no homem appareceu a paralytia e na mulher o tabes; nos 6 restantes, o contrario.

Ball, Régis, Ricard e Scholtens notaram a extraordinaria frequencia dos abôrtos, dos nascimentos prematuros, da mortalidade e da incapacidade vital congenita, na descendencia directa dos dementes paralyticos. Segundo Régis, essas taras são por vezes accentuadas ao maximo, em seguida á infecção syphilitica, sendo depois menos pronunciadas nos descendentes originados proximo á eclosão da paralytia, ou mesmo depois do ascendente estar já paralytico.

Em todas as profissões e classes sociaes onde só muito excepcionalmente se encontram casos de infecção syphilitica, tambem são extremamente raros os casos de paralytia geral, ainda mesmo que nos meios correspondentes se possa encontrar o alcoolismo, ou sejam frequentes as loucuras vesanicas.

Os paralyticos geraes, no periodo prodromico do seu padecimento, entregam-se

frequentemente a excessos venereos, esquecendo, é claro, os mais elementares cuidados para evitar a infecção. Não obstante isto cita-se apenas um ou outro caso excepcionalissimo de syphilis adquirida depois do principio da doença. Com respeito a essa immundade que relativamente á syphilis offerecem na sua grande maioria os paralyticos geraes, e que decerto provém da existencia d'uma anterior infecção especifica, communicou Krafft-Ebing, em 1897, ao congresso de Moscow, uma interessante experiencia realisada por um anonymo de Vienna. Foram escolhidos oito dementes paralyticos nos quaes nem os commemorativos nem o exame directo revelavam vestigio algum de syphilis anterior. Recebeu cada um d'elles quinze a vinte inoculações syphiliticas. As substancias virulentas eram tiradas de dois individuos infectados, portadores, um de syphilides mucosas, o outro da lesão primaria. Todos os paralyticos inoculados, salvo um, foram observados durante seis mezes consecutivos, não se manifestando phenomenos que indicassem ter havido a transmissão syphilitica.

É certo que os factos relatados por Krafft-Ebing para que tivessem absoluto valor demonstrativo, deveriam ser reproduzidos em condições variadas e, conjuncta-

mente, contraprovados, inoculando tambem substancia virulenta obtida da mesma origem a individuos testemunhas, o que, é claro, não pôde realizar-se. (Joffroy, Dupré). A notavel experiencia do anonymo de Vienna não deve comtudo deixar de ser consignada.

Nas regiões onde ha muitos paralyticos geraes, ha tambem casos de syphilis em grande numero, mas nem sempre onde existem muitos syphiliticos, se encontram, parallelamente, muitos casos de demencia paralytica. Notam pois alguns observadores que na Servia, na Bosnia, na Persia, na Abyssinia e na Africa Austral a syphilis está bastante diffundida, havendo relativamente poucos casos de paralyisia geral. Esses factos, porém, tem o seu parallello em outros que são referidos com relação á syphilis nervosa. Com effeito, Jeanselme na Indo-China e na Malasia observou com frequencia as fórmas cutaneas e osseas mutilantes da syphilis bem como as gommas cerebraes e medullares e comtudo não observou a paralyisia geral, como tambem não observou o tabes.

Scherb informa que, tanto nos individuos da raça arabe existentes na Argelia, como tambem nos abyssinios, existe frequentemente a syphilis, e é rara a paralyisia

geral, mas são raras também as manifestações de syphilis nervosa.

São inteiramente desconhecidos os motivos porque nesses povos os accidentes externos da syphilis se pôdem manifestar sob fórmias graves, não havendo egual intensidade de acção sobre os centros nervosos.

Com respeito ao valor e significação dos factos a que nos referimos ácerca da raridade da paralyisia geral em certas regiões onde a syphilis é frequente, devemos também ter em consideração que, se mesmo nos estados onde a civilização é culminante, tem sido necessario tanto tempo e o concurso de tantos observadores para se colherem dados estatisticos sufficientes, em paizes mais atrazados impossivel será, na maior parte dos casos, obter elementos que, sem ulteriores e demoradas verificações, possam servir de base a conclusões seguras. Assim affirmava-se que a paralyisia geral era rarissima no Japão, sendo alli, pelo contrario, a syphilis extremamente frequente. A paralyisia geral principia porém a ser notada com muita frequencia no asylo de Tokio (communicação verbal feita a Régis).

Tambem nos arabes que vivem no Cairo e em negros que vivem na America do norte se encontram bastantes casos de paralyisia geral.

Em 11 dos 15 dementes que observámos (obs. I, II, IV, V, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII e XIV), a syphilis estava perfeitamente demonstrada, ou pelo attestado medico, ou por informações da familia, ou porque o doente ainda se lembrava d'uma ou outra circumstancia das manifestações primarias ou secundarias, ou do tratamento especifico, dando sempre as mesmas respostas quando interrogado.

Dos quatro restantes paralyticos, com referencia a dois (obs. III e VI), não havia elemento algum de informação anterior e o seu embaraço da palavra era tal que não era possivel entender-se o que porventura queriam dizer; ácerca d'um terceiro (obs. X), só se sabia que em tempo tivera o corpo coberto de feridas, e que a mulher, pouco mais ou menos por essa occasião, abortára; finalmente d'um quarto e ultimo (obs. XV), não constava a syphilis mas sómente o alcoolismo; devemos no emtanto lembrar que este doente tinha numerosos ganglios inguinaes ingurgitados.

É muito variavel o tempo que dista entre a infecção syphilitica e a apparição da paralyisia geral. Nem em todos os paralyticos pudémos fixar com sufficiente approximação a data do accidente primi-

tivo. Pareceu-nos que era de cinco a oito annos o tempo médio que distára entre a manifestação do accidente primario e a eclosão dos primeiros symptomas da paralysis geral. Havia porém dois doentes ácerca dos quaes constava que desde a infecção syphilitica até a epocha da sua admissão hospitalar, tinha havido um intervallo superior a dez annos. Um outro tivera a syphilis na infancia, transmittida pela ama que o creou; como esse homem tinha 37 annos, e fôra um alcoolico, não podemos affirmar se a syphilis, n'este caso, tivera papel pathogenico importante. Devemos dizer, comtudo, que o tempo intermediario é, geralmente, bastante longo. Hirschl, observando 78 casos, viu que a paralysis geral apparecera, em 23 doentes, em um intervallo menor do que dez annos; em 40 doentes manifestou-se entre dez e vinte annos, depois do accidente primitivo, sendo o tempo medio de incubação de quinze annos e variando os limites entre dois e vinte e nove annos. Gudden observa que em 3,4 p. c. dos casos, a paralysis geral apparece de um a cinco annos depois da lesão primaria, em 25 p. c., seis a dez annos; em 54,2 p. c., onze a vinte annos; e em 17,4 p. c. dos casos, mais de vinte annos depois do contagio. Segundo Ballet e Fursac, esse tempo

de intervallo parece tender a encurtar, talvez em consequencia da usura cerebral cada vez mais intensa e rapida, propria á nossa epocha, o que constitue uma importante causa predisponente; ha algum tempo dizem estes auctores, era raro ver uma paralytia geral apparecer cinco, seis ou sete annos depois do accidente primario, hoje é um facto corrente, o que está em relação com a circumstancia da paralytia geral se mostrar actualmente mais precoce do que outr'ora.

Fournier pôde reunir observações, cujos commemorativos eram conhecidos com sufficiente desenvolvimento e exactidão, concernentes a 112 dementes paralyticos da sua clientela particular, e notou que os symptomas prodromicos do padecimento se iniciaram: «em 1 caso, no fim do terceiro anno da syphilis (1); em 3 casos, no de-

---

(1) Estes elementos estatisticos constam d'uma communicação de Fournier, que foi lida perante a Academia de Medicina de Paris, na sessão de 21 de fevereiro de 1905, e com respeito á qual, nas sessões de 7 de março a 18 d'abril, se levantou viva discussão, em que tomaram parte Fournier, Raymond, Joffroy, Lancereaux, Cornil, Hallopeau e Motet.

Fournier e Raymond fizeram depois uma publicação sobre esse assumpto, que se exgottou tão rapidamente que nos foi impossivel adquirir exemplar algum.

O conhecimento que temos do trabalho de Fournier e da

correr do quarto anno; em 7, no decorrer do sexto; em 8, no decorrer do setimo; em 10, do oitavo; em 10, do nono; em 15, do decimo, em 12, do undecimo; em 11, do duodecimo; em 5, do decimo terceiro; em 7, do decimo quarto; em 6, do decimo quinto; em 2, do decimo sexto; em 2, do decimo setimo; em 5, do decimo oitavo; em 3, do decimo nono; em 2, do vigesimo; em 2, do vigesimo terceiro; e finalmente em 1 caso, no decorrer do vigesimo quarto anno.

«Resulta pois d'esta estatistica que em 65 p. c. dos casos, a paralyisia geral principia do sexto ao duodecimo anno da syphilis, no que contrasta com a syphilis cerebral propriamente dita, que póde apparecer desde o primeiro anno da infecção, e da qual, os dois terços dos casos, se observam nos seus cinco primeiros annos.

«Nos commemorativos d'aquelles 112 doentes, Fournier encontrou constantemen-

---

discussão que motivou deriva principalmente da leitura d'um artigo de Cl. Vurpas — *L'étiologie de la paralysie générale d'après les discussions de l'Académie de Médecine et les nouvelles recherches sur la syphilis expérimentale* (da Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale, Agosto 1905-n.º 8) e d'um resumo do referido debate scientifico, publicado por G. Thibierge nos Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie — Junho 1905 — pag. 560. Pela extraordinaria importancia da comunicação de Fournier, damos a primeira parte d'este resumo, em traducção, no texto.

te a syphilis; quasi constantemente o tratamento antisiphilitico fôra insufficiente; sómente em 15 casos tinha havido causas predisponentes ou adjuvantes (8 vezes excessivo dispendio de força nervosa, 5 vezes o alcoolismo, 3 vezes grandes excessos venereos, apenas duas vezes uma herança nervosa bem accentuada). D'aqui resulta, segundo Fournier que as causas que, theoreticamente, parecem predispôr á paralyisia geral, com frequencia favorecem a eclosão d'esse padecimento, mas nem sempre a elle são conducentes.

«Realmente, na quasi totalidade dos casos, não se pôde determinar o motivo porque um syphilitico se torna paralytico geral. Em 82 casos de paralyisia geral nos quaes a evolução da syphilis era bem conhecida, 3 vezes sómente se traduziu por diversos accidentes terciarios, 8 vezes por accidentes médios (*tout au plus moyens*), 69 vezes unicamente por accidentes ligeiros.

«Com referencia a 79 d'aquelles dementes paralyticos, a anterior therapeutica fôra cuidadosamente notada. Só 4 d'esses doentes tinham recebido um tratamento anti-syphilitico escrupuloso; 12, um tratamento médio; 16 tinham sido submettidos ao tratamento especifico apenas durante, approximadamente, um anno; 43 ainda menos do

que um anno. Em 1 caso não houvera tratamento.

«Resulta pois d'estes factos, segundo Fournier, que a paralyisia geral é pouco frequente quando o tratamento anti-syphilitico fôr bem effectuado; comtudo, mesmo com um tratamento energico, não se está inteiramente seguro de evitar aquella affecção».

Conhecem-se alguns casos, muito excepçoes, em que os accidentes paralyticos tiveram o seu desenvolvimento a par de manifestações secundarias da syphilis. Isso tem o seu parallelo na circumstancia de que, havendo complicações nervosas tardias da syphilis, algumas das quaes se manifestam, por vezes, muitos annos depois da infecção primitiva, outros accidentes nervosos ha que apparecem em pleno periodo secundario. Têm sido observados accidentes espinaes precoces, extremamente graves, no tempo decorrido do 3.<sup>o</sup> ao 6.<sup>o</sup> mez. Leudet viu accidentes cerebro-espinaes graves apparecer em dois velhos, tres mezes depois do principio d'uma syphilis vaccinal.

---

## V

### Therapeutica etiologica

... chez un syphilitique, toute réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien, isolée ou accompagnée d'autres manifestations syphilitiques, est l'indice d'une atteinte nerveuse (à la condition que cette réaction soit uniquement imputable à la syphilis) ...

Aussi, en présence de cette réaction, doit-on, après s'être assuré que seule la syphilis peut la déterminer, instituer un traitement énergique et ne pas attendre l'apparition d'autres symptômes; car lorsqu'ils apparaîtront, les lésions seront souvent trop avancées pour céder au traitement. *La réaction rachidienne doit être considérée, chez les syphilitiques comme un symptôme aussi caractéristique qu'une lésion cutanée ou viscérale, et comporte les mêmes indications thérapeutiques.*

*Paul Ravaut.*

Cliniquement, on peut conclure que l'Argyll indique le plus souvent un tabès, parfois une paralysie générale, toujours une syphilis antérieure.

*J. Grasset.*

Vimos que a syphilis é o factor que mais frequentemente e com mais evidencia se salienta na etiologia da paralyisia geral. Resta porém investigar se esta affecção, quando é de origem syphilitica, é tambem de natureza syphilitica e portanto se convirá tentar o tratamento especifico.

A extrema diffusão das lesões anatomicas, a diapedese lymphocytica tão consideravel para uma doença chronica, a facilidade com que se dão profundas perturbações da vaso-motricidade que em muitos casos semelham accessos de consequencias irreparaveis, passando porém frequentemente sem deixarem vestigios de correspondente importancia, e as inesperadas, por vezes, duradouras remissões, que quasi podem dar a apparencia de verdadeiras curas, são circumstancias que levam a suppor que, na paralysisa geral, representam papel importante toxinas desconhecidas, circulando em parte na corrente sanguinea, e com maior affinidade para determinados elementos histologicos. Esta propriedade, por assim dizer electiva, encontra-se em diversas substancias toxicas, muitas das quaes reagem com manifesta preferencia sobre o systema nervoso.

Admittida, como bastante provavel, a existencia d'essas toxinas, teriamos a indagar qual o processo da sua genese, se porventura são devidas a perturbações intimas dos processos nutritivos, ou se antes serão produzidas por determinados agentes virulentos comparaveis a bacterias ou a fermentos. Os nossos conhecimentos a tal respeito ainda estão em uma phase pou-

quissimo adeantada e apenas se pódem, em tal caso, formular hypotheses.

Não ha outra psychopathia, lembra Kraepelin, que, com tanta intensidade, se vá reflectir em toda a esphera somatica, como a paralytia geral, a qual, até certo ponto, é comparavel ás grandes auto-intoxicações, como são a uremia, o myxœdema, e a eclampsia. Assim como, por exemplo, no myxœdema, o organismo se encontra na impotencia de se libertar de algumas substancias toxicas, em consequencia da alteração da glandula thyroidea, assim tambem, na demencia paralytica, haveria incapacidade, da parte do organismo, de neutralizar determinadas substancias que lhe são prejudiciaes, pelo facto de lesões de elementos que, na verdade, no estado actual da sciencia ainda não estão determinados, mas cuja existencia é legitimo admittir e que teriam a propriedade de destruir aquellas substancias ou pelo menos de attenuar os seus effectos.

Segundo o mesmo psychiatra, a profunda perturbação dos processos nutritivos bem como a alteração d'aquelles orgãos ou elementos de defesa seriam, na maior parte dos casos de paralytia geral, produzidas originariamente pela syphilis. A doença consequente não seria porém syphilitica.

Imaginemos que uma infecção syphilitica destruia a glandula thyroidea ou as capsulas suprarenaes, libertando-se depois o organismo do agente infectante, teriamos consequentemente affecções com os symptomas do myxœdema ou da doença d'Addison, em que a syphilis tinha sido o factor etiologico primario, e que comtudo não eram de natureza syphilitica.

Parece-nos que, no estado actual dos nossos conhecimentos, qualquer tentativa de cabal explicação pathogenica da essencia do processo da demencia paralytica, poderá apparentar maior ou menor verosimilhança, não repousa porém sobre um solido terreno scientifico. E' incontestavel comtudo que entre a paralyisia geral do typo classico e algumas fórmas de syphilis nervosa diffusa, existem semelhanças sufficientes para que em ambos os casos seja aconselhada, ou pelo menos não tenha contra-indicação, a tentativa d'uma therapeutica analoga.

Insistem diversos histologistas, entre elles Cornil e Lancereaux, nas differenças anatomo-pathologicas que distinguem as lesões circumscriptas que geralmente produz a syphilis tardia e as lesões diffusas da paralyisia geral. Negar porém á syphilis

a faculdade de produzir lesões diffusas é uma verdadeira petição de principio (Ballet e Fursac). A este proposito diz fundamentadamente Fournier «os argumentos derivados da anatomia pathologica que hoje se formúlam contra a origem syphilitica da paralyasia geral, são exactamente os mesmos que em tempo foram invocados contra a origem syphilitica do tabes e da leucoplusia. Não nos podemos basear em que as lesões da paralyasia geral não têm apparentemente a especificidade syphilitica: sabemos, com effeito, que bastantes lesões que não são a reproducção exacta, perfeita, do tuberculo ordinario, não deixam, por isso, de ser, indiscutivelmente tuberculosas. Porque não se daria o mesmo no que diz respeito á syphilis?»

É extremamente provavel que o micro-organismo productora da syphilis seja o Spirochæte pallida de Schaudinn. Sobre esse assumpto, dizem Metchnikoff e Roux «la <sup>(1)</sup> constatation presque constante de ce germe dans les lésions primaires et secon-

---

(1) Esta citação é transcripta d'uma noticia publicada por E. Besnier nos—Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie—Dezembro, 1905—acerca d'um trabalho de E. Metchnikoff e Em. Roux: *Études expérimentales sur la syphilis*.—Annales de l'Institut Pasteur—Novembro, 1905.

daires de la syphilis humaine ou expérimentale (sur 31 singes syphilitiques, Metchnikoff et Roux ont retrouvé 21 fois le *Spirochæte pallida* à l'exclusion de tout autre spirille), la découverte de ce germe en des pays très éloignés, sa présence dans les lésions viscérales de la syphilis héréditaire et dans le sang des syphilitiques, suffisent pour établir sa spécificité, même en l'absence de cultures artificielles».

Vemos que Metchnikoff e Roux se referem ás observações em que o *Spirochæte* tem sido encontrado no sangue de syphiliticos no periodo de contagio. Bodin (1), por outra parte, observa que se notam relações do *Sp. pallida* com as hemacias «d'une manière constante, j'ai noté, escreve Bodin, que ce microbe se rencontre surtout dans les parties des préparations riches en globules rouges et souvent même j'ai observé que certains spirochètes sont pour ainsi dire appendus à ces globules».

Por seu turno Ravaut, partindo principalmente do exame do liquido cephalo-rachidiano, escreve «à la période secondaire la syphilis se comporte comme une vérita-

---

(1) Bodin: *Spirochæte pallida dans les lésions syphilitiques*. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie—Dezembro, 1905).

ble septicémie; le système nerveux est atteint comme l'est la peau, comme le sont probablement d'autres organes. . . »

Tem, é certo, a syphilis, a tendencia a localizar-se, no periodo denominado terciario. Essas manifestações, habitualmente tardias, podem porém seguir-se, em alguns casos, immediatamente ás do periodo secundario e, inversamente, o periodo secundario poderá prolongar-se durante largo tempo, e coincidirem as duas ordens de phenomenos. A distincção entre os periodos secundario e terciario tem, sem duvida alguma, um grande valor descriptivo, está comtudo longe de ter um valor absoluto. Fournier, em um trabalho muito recente, refere numerosos casos em que phenomenos secundarios accentuadamente contagiosos se continuaram, com intervallos irregulares, do quarto ao decimo anno da syphilis. Póde, portanto, a syphilis, conservar o character septicemico, com phases intercalares em que esse character permanece latente, tornando porém a revelar-se em virtude de causas desconhecidas. Esta proposição é confirmada pelo facto de existirem casos, observados com rigor, de syphiliticos terciarios terem originado descendentes em que a syphilis se manifestou nas suas phases francamente eruptivas.

Convém também recordar que a syphilis pôde, precocemente, produzir myelites diffusas com lesões irreparaveis e que, por outra parte, se encontram, por vezes, nas visceras thoracicas e abdominaes, lesões terciarias que não se podem distinguir das lesões denominadas idiopathicas.

N'estas condições, é claro, os argumentos contra a natureza syphilitica da paralysisa geral derivados da grande diffusão das lesões paralyticas, não têm sufficiente fundamento.

Accresce que, em diversos casos, se têm observado, no mesmo individuo, as lesões que se consideram caracteristicas da syphilis nervosa, e as da paralysisa geral.

Já indicámos qual é a fórmula leucocytaria do liquido cephalo-rachidiano, na maioria dos casos de paralysisa geral. Nota-se quasi sempre, nesse padecimento, uma lymphocytose abundante e precoce, podendo servir de importante elemento auxiliar de diagnostico, quando outros signaes caracteristicos ainda mal se esboçam. Por vezes ha polynucleose em seguida aos ictos.

Vejamos a composição do liquido cephalo-rachidiano em outros padecimentos do eixo myelencephalico ou dos seus involucros, indagando de quaes d'essas affecções

mais se aproxima a paralyisia geral, no que diz respeito á correspondente fórmula leucocytaria.

Na <sup>(1)</sup> meningite tuberculosa tambem, em regra, se nota o predominio de lymphocytos no liquido cephalo-rachidiano. Não obstante a intensidade da reacção inflammatoria, só em casos excepçionaes os polynucleares são relativamente numerosos.

No periodo d'estado das meningites agudas não tuberculosas, pertencentes ao grupo das meningites cerebro-espinaes, ha uma polynucleose. Se a meningite tende para a cura, os polynucleares são pouco a pouco substituidos pelos lymphocytos, os quaes depois, successivamente, vão desaparecendo tambem.

Em doentes que soffreram a rachi-cocai-nisação, póde apparecer consecutivamente

---

(1) F. Widal et P. Ravaut: *Cyto-diagnostic des épanchements séro-fibrineux et du liquide céphalo-rachidien*. (Traité de pathologie générale, publié par Ch. Bouchard, tome VI).

Joffroy et Mercier: *De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale*. Discussion: Joffroy, Régis, A. Marie et Dufot (Congrès de médecins aliénistes et neurologistes — XII session, tenue à Grenoble — 1902, vol. II).

*The cerebro-spinal fluid* (The British Medical Journal — Nov. 5-1904). É uma resumida noticia sobre um trabalho de E. Siemerling publicado na Berl. klin. Woch — 23 — Maio — 1904.

P. Ravaut: *Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période tertiaire* (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie — Dezembro, 1904).

uma polynucleose passageira, seguida tambem de lymphocytose. Parallelamente, existem alguns outros symptomas clinicos de reacção meningea.

Nas meningo-myelites originadas pela syphilis, nota-se a lymphocytose no liquido cephalo-rachidiano e juntamente, algumas vezes, polynucleares.

A syphilis, confirmam Widal e Ravaut, tem particular preferencia pelos centros nervosos. Em certos syphiliticos, no periodo secundario, mesmo sem symptomas nervosos apparentes, uma lymphocytose ligeira vem indicar-nos a susceptibilidade do myelencephalo. Nos periodos avancados da syphilis, uma lymphocytose meningea, mesmo insignificante, deve sempre chamar a attenção do clinico, indicando-lhe a necessidade de proceder a um exame cuidadoso dos symptomas cerebraes ou medullares. O mesmo acontece na syphilis hereditaria tardia.

A fórmula histologica do liquido cephalo-rachidiano, no tabes, é semelhante á da paralysisia geral.

A lymphocytose tambem tem sido observada mesmo quando ha sómente lesões meningeaes circumscriptas. O mal de Pott e os tumores cerebraes podem porém seguir a sua marcha sem determinarem reacções

meningeas, não se encontrando elementos figurados no liquido cephalo-rachidiano.

Nas psychoses denominadas funcçionaes e nas nevroses, o liquido cephalo-rachidiano conserva-se puro.

Na maior parte dos casos de alcoolismo, ou não tem sido observada a lymphocytose, ou os lymphocytos encontrados têm sido em pequeno numero.

Segundo Widal e Ravaut «os lymphocytos no liquido cephalo-rachidiano indicam uma participação meningeas que não necessita a intervenção de elementos de defesa tão energicos como os polynucleares». Essa lymphocytose não é pois inteiramente pathognomonica. É inegavel, porém, que, sob o ponto de vista da composição do liquido cephalo-rachidiano, a paralysia geral se approxima de determinadas doenças toxi-infecciosas, especialmente da meningite tuberculosa e da syphilis nervosa. Como a infecção syphilitica representa um papel predominante na etiologia da demencia paralytica, é pois acceitavel a hypothese de que, tanto neste ultimo padecimento, como na syphilis nervosa, a lymphocytose do liquido cephalo-rachidiano seja produzida pelo mesmo agente.

Dissémos ter encontrado o signal de

Argyll-Robertson em sete dos quinze paralyticos geraes que observámos e que esses sete doentes eram antigos syphiliticos. Em dois outros paralyticos estavam os reflexos pupillares da luz e da accomodação enfraquecidos em equal grau.

O signal de Argyll encontra-se quasi exclusivamente no tabes, na paralyisia geral e em algumas doenças nervosas d'origem syphilitica. E' bastante frequente no tabes e na paralyisia geral.

Pela estatistica de Mott (\*) o signal de Argyll-Robertson encontra-se em 70 p. c. dos casos de paralyisia geral e em 73,5 p. c. no tabes. Se forem incluídos os casos unilateraes, as percentagens elevam-se respectivamente a 77 e 76,5.

Segundo Babinski e Charpentier, o signal de Argyll indica uma impregnação do organismo pela syphilis, mesmo que não haja tabes, nem paralyisia.

Erb confirma tambem esta asserção pelas suas observações.

Ácerca da significação do signal de Argyll, escreve Ravaut, em um artigo, que já citámos, sobre o liquido cephalo-rachidiano

---

(\*) *On the relation of the Argyll-Robertson phenomenon to syphilis by Michell Clarke* (The British Medical Journal—26-12-1903).

dos syphiliticos no periodo terciario, «A associação do signal d'Argyll-Robertson com a lymphocytose rachidiana foi pela primeira vez notada por MM. Babinski e Nageotte, depois por MM. Widal e Lemierre, e, na sua these, M. Déchy observou em 28 doentes a coexistencia do signal de Argyll-Robertson e da lymphocytose rachidiana. À parte uma excepção (Dufour), esta associação foi encontrada em todos os casos (Vaquez, Mantoux, etc.), a ponto de M. Babinski ter podido considerar o signal d'Argyll-Robertson como caracteristico d'uma affecção syphilitica dos centros nervosos. Quando porém o signal de Argyll apparece, existem já depois de um certo tempo lesões do systema nervoso; seria conveniente investigar por meio de observações cuidadosamente seguidas, se a lymphocytose não o precede. Tudo leva a pensar que assim acontece».

A existencia frequente do signal de Argyll na paralysisa geral poderá pois ser explicada, analogamente ao que notámos quando nos referimos á lymphocytose do liquido cephalo-rachidiano, como consequencia do lento desenvolvimento d'um processo morbido de natureza syphilitica.

Não obstante as multiplas relações que existem entre a paralysisa geral e a syphilis,

é certo que a maioria dos psychiatras e syphiligraphos affirmam que a affecção paralytica não cede á acção do mercurio ou do iodeto de potassio, e, por esse motivo, insistem em que a demencia paralytica nunca é de natureza syphilitica, não obstante no maior numero de casos ser de origem syphilitica. A hypothese de Kraepelin, que já indicámos, com respeito á pathogenia da demencia paralytica, mostra-nos como se pôde conceber que um padecimento possa ser de origem syphilitica mas cuja evolução seja independente do virus especifico. Fournier classifica a paralyisia geral na parasyllis, e entende que, no seu tratamento, o mercurio não offerece vantagens e por vezes pôde mesmo ser prejudicial, o seu uso, naquelle padecimento.

Contra as referidas opiniões, sustenta Leredde que a paralyisia geral, quando é de origem syphilitica, é tambem uma affecção de natureza syphilitica e portanto, em certas condições, curavel pela mercurialisação intensiva, quando usada segundo determinados preceitos. Podemos, da seguinte fórma, resumir as considerações de Leredde, e as normas therapeuticas que aconselha em harmonia com a doutrina que adopta:

- 1.º Vendo apparecer a syphilis com tão extraordinaria frequencia nos antece-

dentes dos paralyticos geraes, e não havendo, como não ha, outra causa morbida que, sob esse ponto de vista, lhe seja comparavel, impõe-se naturalmente a ideia de que se trata de um factor pathogenico d'importancia primaria.

2.º Nos antigos syphiliticos, a paralyisia geral e o tabes não são entidades morbidas independentes, mas simplesmente modalidades anatomo-clinicas, ligadas a uma particular diffusão, a uma evolução lenta do processo syphilitico. Entre ellas e as fórmas typicas da syphilis cerebral ou espinal existem todas as fórmas de passagem.

3.º A melhor prova de que no campo da clinica se encontra uma serie de termos de transição entre a syphilis cerebral diffusa e a demencia paralytica consiste no facto geralmente conhecido de existirem pseudo-paralysias geraes curaveis, sendo em muitos casos extremamente difficil, quando não é impossivel, pelo menos durante o periodo prodromico, distinguir, com perfeito rigor de diagnostico, a paralyisia geral verdadeira da pseudo-paralyisia geral. A verdade é esta, quando uma paralyisia geral obedecer á acção da therapeutica especifica, surge no espirito a duvida resultante da possibilidade de ter havido um

erro de diagnose, e haverá sempre a tendencia a suppor que a affecção que tende para a cura é apenas uma pseudo-paralysis.

4.º Considera-se que a paralysis geral não cede á acção da therapeutica especifica, e, ao mesmo tempo, é opinião de muitos, que essa affecção é realmente na maior parte dos casos de origem syphilitica, não sendo porém de natureza syphilitica. É segundo Fournier uma affecção parasyphilitica.

Justificadamente nota Leredde a pouca homogeneidade e o character artificial do grupo que Fournier denominou das «affecções parasyphiliticas». Estão alli comprehendidos accidentes da syphilis adquirida e da syphilis hereditaria. Da syphilis adquirida, classifica Fournier no grupo da parasyphilis, as seguintes manifestações: a syphilide pigmentar; a hystero-neurasthenia aguda do periodo secundario; as diversas manifestações neurasthenicas d'um periodo mais avançado; a hystero-syphilis; o tabes; a paralysis geral; uma fórmula especial de epilepsia e uma fórmula especial d'atrophia muscular. Da syphilis hereditaria, são tambem considerados, pertencendo á parasyphilis, os seguintes accidentes morbidos: numerosas perturbações dystrophicas ge-

raes ou parciaes; vicios de conformação organica, particularmente defeitos de conformação dentaria; suspensão ou retardamento do desenvolvimento physico ou intellectual; infantilismo, talvez o nanismo, cachexia innata, inaptidão vital congenita; rachitismo; hydrocephalia; certos casos de meningite simples das primeiras edades; talvez certos casos de verdadeira epilepsia; seguramente o tabes juvenil e a paralysisa geral juvenil.

Dois caracteres principaes separam, segundo Fournier, as affecções parasyphiliticas das affecções syphiliticas. Por um lado, ha manifestações que não são de origem syphilitica e que comtudo são perfeitamente semelhantes ás parasyphiliticas, o que não acontece com os verdadeiros accidentes especificos que são sempre de origem e natureza syphilitica; assim os vicios de conformação congenita pódem ser produzidos independentemente da syphilis, as placas mucosas não pódem existir sem syphilis anterior, adquirida ou hereditaria. Por outra parte, as affecções parasyphiliticas não obedecem ao mercurio e ao iodeto como «as determinações usuaes da syphilis. Estes dois agentes não exercem, nos casos de parasyphilis essa acção repressiva e curativa, tão manifesta, tão intensa, tão

rapida, que a puderam dar (não sem exaggero contudo) como um verdadeiro criterio da especificidade syphilitica. Umas vezes os agentes especificos não exercerão influencia alguma sobre as affecções parasyphiliticas, em outros casos actuarão, é certo, mas sob uma fórma extremamente lenta e apoucada relativamente á fórma com que se manifestam em casos d'outro genero, em summa, d'um modo sempre incompleto e insufficiente».

Fournier prestou um importante serviço tornando bem patente a extraordinaria extensão e importancia dos perigos longinquos da syphilis. A simples enumeração, porém, que fizemos dos accidentes classificados de parasyphiliticos basta para mostrar que se encontram, na «parasyphilis», perturbações organicas da mais diversa natureza como são as anormalidades congenitas de conformação organica, alguns estados morbidos estacionarios, e affecções de indole progressiva. No vasto grupo da parasyphilis existem pois categorias diversas de padecimentos e mesmo, se attentarmos nos dois caracteres distinctivos apontados por Fournier, veremos que algumas affecções pódem actualmente ahi occupar um logar apenas provisório. Desde o momento, por exemplo em que se demonstrasse que

a paralyisia geral quando fosse d'origem syphilitica tinha algum caracter especial, e se, ao mesmo tempo, ou por se terem descoberto novas fórmas de tratamento especifico, ou pela maneira mais adequada da applicação dos preceitos therapeuticos, aquelle padecimento cedesse pelos effeitos d'essa medicação apropriada, a demencia paralytica deixaria de pertencer á parasyphilis para entrar definitivamente no grupo das affecções puramente syphiliticas.

Transcreve, a este proposito, Leredde, uma desenvolvida communicação que lhe enviou Renaut «Sur la caractéristique anatomopathologique de la syphilis». A opinião de Renaut é de que: «a distincção entre os accidentes syphiliticos e os parasyphiliticos depende apenas do ponto a que chegou e se mantem, em um dado tecido, o movimento de endovascularite especifica que cultiva e sustenta o da esclerose que lhe é consecutivo. Não apparece um germen distincto com movimento individual e proprio... Se conseguirmos sustar o motor que determina a alteração vascular cessará tambem a evolução das lesões. Os elementos nobres não se poderão, na maior parte dos casos, regenerar, mas as lesões de esclerose resolveriam, em certas condições, em consequencia da formação de novos va-

sos e da correspondente reabsorpção modelante».

5.º Não se pôde esperar da acção therapeuticamente, em casos de demencia paralytica, o que vulgarmente se entende por cura completa, isto é uma inteira restituição do organismo á sua antiga normalidade de constituição e de funcções. É evidente que, se o padecimento tiver já uma certa duração, existem lesões definitivas de degeneração, ou de esclerose, sobre as quaes a therapeuticamente pouca ou nenhuma acção é de esperar que exerça. Quando se trata uma goma syphilitica da pelle, fica uma cicatriz e comtudo o doente diz-se curado. Quando, no caso de tuberculose, se diz que ha cura, indica-se que foi suspenso o processo tóxi-infeccioso; no pulmão ficam, porém, regiões esclerosadas, ou calcificadas, ou mesmo destruidas, nas quaes se não pôde effectuar normalmente a circulação sanguinea, nem a hematose. Da mesma maneira, na paralytia geral, entender-se-ha por cura, a suspensão definitiva do processo progressivo e a desappareição immediata dos phenomenos de natureza toxica, e de irritação cellular.

Se o doente estiver ainda no periodo prodromico, poderá, por exemplo, desapparecer-lhe inteiramente o delirio e a tenden-

cia aos ataques epileptiformes ou apoplectiformes, restando apenas, como vestigio da anterior affecção, um quasi inapreciavel exaggero dos reflexos e uma leve depressão mental. A intelligencia do individuo não volta a ser inteiramente o que antes era, mas ainda assim, se teve algum brilho, poderá ficar superior á da vulgaridade.

6.º Descreve Leredde seis observações de Lemoine, tres de Cassaët e algumas de Devay e Aubert, que considera casos comprovativos da possibilidade de cura da paralytia geral e assim tambem o entendem os auctores que as communicaram. Nos doentes a que essas observações se referem, foi usada uma therapeutica especifica bastante intensiva.

Em um dos casos de Lemoine, o diagnostico da demencia paralytica foi confirmado pelo professor Raymond. O diagnostico de um dos casos de Cassaët, teve a confirmação de Régis.

Transcrevemos, em seguida, do livro de Leredde, seis das referidas observações. Escolhemos as que nos pareceram mais significativas, sob o ponto de vista da curabilidade da paralytia geral. Das observações que vão transcriptas, as quatro primeiras são de Lemoine, a quinta é de Aubert e Devay e finalmente, a sexta é de Cassaët.

Obs. I (de Lemoine). — Homme de vingt-neuf ans, syphilis en 1890, soignée brièvement. En mars 1896, maux de tête, difficulté au travail, troubles de mémoire. Le caractère devient irritable. Enfin troubles de la parole, puis attaque apoplectiforme suivie d'un peu d'embarras de la parole, de troubles de la mémoire, d'une légère parésie droite. Amélioration par des frictions mercurielles. En avril, nouvelle attaque apoplectiforme légère, à la suite la parole reste bredouillante, le travail et la lecture deviennent difficiles. L'état reste stationnaire ou s'aggrave malgré des frictions et l'iodure.

En octobre 1897: tremblement de la lèvre supérieure pendant la parole, pupilles inégales et irrégulières, léger tremblement de la langue, parole caractéristique de la paralysie générale, réflexes rotuliens et plantaires exagérés. Ni délire ni mégalomanie. Mémoire très troublée. Dépression psychique, état mélancolique.

Le diagnostic de paralysie générale est fait, et confirmé par le professeur Raymond. Le malade reçoit pendant deux mois et demi (octobre, fin décembre 1897) une injection quotidienne de 0,02 de benzoate de mercure. A la suite, la parole s'améliore, la mémoire reparait. En janvier 15 injections, amendement des troubles physiques, disparation de la parésie de la main droite, le tremblement des lèvres devient rare. Bref, les injections étant continuées en 1898 et au commencement de 1899, un mois sur trois, tous les symptômes disparaissent, il ne reste qu'une légère inégalité pupillaire. Aucun accident ne reparait une fois le traitement cessé (par le malade).

Lemoine admet la possibilité d'une rémission spontanée, mais constate qu'elle a suivi les injections de benzoate.

OBS. II (de Lemoine).—Homme de vingt-sept ans. Syphilis à vingt et un ans, à peine soignée. En 1899, troubles du caractère, diminution de mémoire, parole hésitante; en mars, attaque apoplectiforme suivie de gêne de la parole, incohérence dans les idées, parésie transitoire des membres inférieurs.

M. Lemoine porta le diagnostic de paralysie générale en constatant: tremblement lingual, parole ànonnante et bredouillante, myosis, inégalité pupillaire, maux de tête, excitation génésique avec impuissance, tendances mégalomaniaques.

15 injections de benzoate de 0,02, quinze jours de repos, puis injections de benzoate à 3 centigrammes quinze jours par mois, pendant cinq mois. Tous les symptômes disparaissent en octobre 1899; il ne reste que de l'inégalité pupillaire et un peu d'embarras de la parole. Celle-ci devient normale en janvier 1900.

Le malade cesse tout traitement; légère attaque apoplectiforme en décembre 1900. Les injections de benzoate à la dose de 0,02 sont reprises et aucun accident ne reparait; enfin en 1902 (?), il ne reste que du myosis, sans inégalité pupillaire; les pupilles sont peu mobiles.

OBS. III (de Lemoine).—Homme de vingt-huit ans. Syphilis à vingt et un ans, à peine traitée.

Octobre 1898: troubles graves de la mémoire; février: troubles de la parole, obtusion intelle-

ctuelle passagère ; fin de février : apparence hébété, attitude inerte. Myosis, réaction incomplète des pupilles à la lumière, tremblement de la langue, troubles de la parole. Disparition des sentiments affectifs, état mélancolique. Diminution d'activité sexuelle.

Le diagnostic de paralysie générale est fait. Pendant un mois injections quotidiennes de benzoate de mercure à 0,03. La maladie progresse cependant. Après quinze jours de repos, traitement semblable par périodes de quinze jours écartées de quinze jours également. Juillet 1900, aspect meilleur, figure plus expressive, troubles moindres de la parole, mémoire plus nette. Fin octobre le traitement a été continué, disparition des troubles de la parole, mémoire revenue, etc., il ne reste qu'un peu de myosis et la réaction incomplète des pupilles à la lumière. Novembre 1901 (traitement de 15 injections de 0,02 cent. tous les trois mois pendant quinze jours), il ne reste que des troubles pupillaires et un peu de tremblement des membres supérieurs.

Obs. IV (de Lemoine).—... Syphilis à vingt-six ans, traitée irrégulièrement. A trent-sept ans (fin 1900) modifications d'habitudes. Le malade mène une vie irrégulière, il commande par exemple 20000 pommiers et une trentaine de chevaux. A l'examen de M. . . . ., état d'excitation, parole traînante, troubles de l'écriture. Diagnostic de paralysie générale confirmé par Brocq. En mars 1901, on constate : incoordination motrice légère, signe de Romberg, pupilles inégales, signe d'Argyll. Contractions brusques des muscles de la face. Trémulations des lèvres, tremblement de la langue.

Tremblement des doigts. Troubles de l'écriture. Hyperesthésie cutanée généralisée. Douleurs fulgurantes. Exagération des réflexes rotuliens. Excitation génésique. Troubles classiques de la parole.

Traitement : injections quotidiennes de benzoate de mercure de 1 à 5 centigrammes tous les jours pendant vingt jours. Les vingt jours suivants le malade prend de 1 à 8 grammes de potassium ; puis reprise des injections (ceci n'est pas dit dans les texte mais ressort de l'observation).

Le 2 mai : amélioration manifeste, parole et marche plus normales, idées de grandeur moins marquées. Le 26 mai, disparition des idées de grandeur. Le 26 juin, amélioration continue, excitation psychique un peu persistante. A la fin de juin, aspect normal, disparition du signe de Romberg, *disparition du signe d'Argyll*. Les mouvements arythmiques sont rares. Disparition des troubles de la parole. État psychique presque normal. En octobre, les troubles de l'écriture ont disparu. Réflexes normaux, sauf une légère exagération du réflexe rotulien. Disparition des douleurs fulgurantes et de l'éréthisme génésique.

Le 9 de février 1902 (le traitement avait été complètement supprimé depuis quelque temps), attaque apoplectiforme avec phénomènes d'excitation ; il faut mettre la camisole de force ; le traitement par le benzoate de mercure est repris pendant vingt-cinq jours en montant rapidement aux doses de 5 centigrammes par jour. Puis on fait une période d'injections d'iodipine à la dose de 10 grammes par jour.

En juin, de tous les symptômes notés plus haut, il ne restait absolument qu'un peu de lenteur de la parole.

Obs. V (de Aubert e Devay).—Novembre 1900. Début fin 1899, chez un homme de quarante-huit ans : faiblesse, raideur des jambes, perte de mémoire, accès d'irritation et à d'autres moments tendance à rire sans motifs. Depuis quelques mois, étourdissements, vertiges, chute sans perte de connaissance. Le malade nie la syphilis. A l'examen: démarche spasmodique, contracture des membres inférieurs. Exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde. Pas d'ataxie. Exagération des réflexes des membres supérieures avec tremblement. Écriture troublée. Embarras de la parole assez caractéristique, mémoire affaiblie. Tendance à la satisfaction sans idées délirantes.

Six injections de calomel de 5 à 6 centigrammes. Pas d'amélioration lors de la dernière (janvier). En février, grande amélioration. État mental normal, mémoire parfaite, disparition du caractère spasmodique de la marche. L'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde persistent. Écriture normale.

En 1901, quatre séries de six piqûres de 5 centigrammes chaque.

Mars 1902. Démarche normale, pas de contracture, tonus presque normal, réflexes tendineux un peu exagérés, mais disparition de la trépidation épileptoïde, de tout tremblement des mains, de tout vertige, mémoire et intelligence intactes. État général parfait. La guérison *actuelle* est considérée comme complète.

Obs. VI (de Cassaët).— Il s'agit d'un ingénieur, qui fut atteint subitement de troubles intellectuels. Le malade fait des commandes extraor-

dinaires de papier à décalquer, puis est pris d'une agitation extrême, parcourt les rues d'une manière inconsciente; puis surviennent des troubles de la mémoire, une confusion mentale extrême. Le malade est interné. Facies hébété, pupilles inégales, tremblement des lèvres et de la langue, secousses dans les mains. L'effondrement paraît tel que la famille le fait sortir de l'établissement d'aliénés pour le laisser mourir en paix chez lui.

Le traitement par le calomel fut alors entrepris, des injections furent faites tous les huit jours, puis tous les quatre. Amélioration considérable, disparition du gâtisme, réveil intellectuel, retour de la mémoire. Le traitement est fait un peu irrégulièrement et dans la suite on constate des alternatives d'amélioration considérable et de rechutes partielles. Le malade peut cependant reprendre ses occupations d'affaires, fort importantes; la rénovation intellectuelle est complète, sauf à certains jours où la parole est un peu difficile; il existe une agitation plus grande et de l'obnubilation intellectuelle partielle, lorsqu'il prend de l'iodure et on est forcé de supprimer celui-ci.

L'auteur croit pouvoir obtenir à la fin une guérison *complète*.

Não cita, Leredde, caso algum seu, de cura da paralyisia geral, refere, porém, um caso de tabes incipiente, em que obteve a cura completa, ficando, por fim, apenas uma tachycardia moderada. Convém dizer que são numerosos os casos de melhoras e curas de tabes, que Leredde colheu na

litteratura medica e transcreve circumstanciadamente no seu livro, attribuindo os bons resultados ao tratamento especifico intensivo. Indica tambem a esse respeito as opiniões favoraveis de Dinkler, Bockhart, Babinski, Ballet e Renaut.

7.º Entende Lerédde que, no tratamento da demencia paralytica, devem ser utilizados sómente os compostos de mercurio, havendo vantagem em renunciar inteiramente ao iodeto de potassio em consequencia de, em alguns casos, o iodeto se tornar perigoso pelas perturbações vasomotoras que poderá produzir.

8.º A acção dos preparados mercuriaes, em affecções d'esta natureza, depende principalmente da quantidade de mercurio que, pelo seu uso, diariamente podemos introduzir no organismo.

9.º Sob esse ponto de vista são excellentes medicamentos, o benzoato, o bi-iodeto de mercurio e o hermophenyl.

10.º Deve empregar-se a mercurialisação intensiva, principiando por pequenas quantidades que progressivamente serão augmentadas, até ser attingida a dóse diaria maxima. Observar-se-ha permanentemente o doente, para se descer a dóse diaria, ou suspender o tratamento, sempre que algum symptoma se aggrave, quando haja

diminuição de peso, consideravel oscillação ou augmento de temperatura, ou quando na urina appareça qualquer elemento anormal, principalmente a albumina.

11.º O tratamento nunca deverá consistir sómente no emprego de pequenas doses. A experiencia de longos annos tem já mostrado que são inefficazes.

A argumentação de Leredde está em harmonia com os principios que n'este trabalho temos defendido: 1.º de que, na maior parte dos casos, a paralyisia geral tem uma origem syphilitica; 2.º de que é extremamente provavel que á origem syphilitica corresponda um syndroma typico, cuja symptomatologia é a da fórma classica da paralyisia geral; 3.º de que ha muitos caracteres de semelhança symptomatica e alguns caracteres de analogia anatomica entre certas fórmas de syphilis nervosa diffusa e os casos typicos de demencia paralytica; 4.º finalmente de que, salvo os insuccessos da therapeutica especifica, não existem factos contrarios á hypothese da natureza syphilitica da paralyisia geral, quando esse padecimento é de origem syphilitica, isto é, na maior parte dos casos. Leredde porém vae mais longe na sua doutrina porque, affirmando que o processo progressivo, na pa-

ralysia geral de origem syphilitica, se póde suspender pelo emprego d'uma therapeutica extremamente mais intensiva do que a usual, é consequentemente de opinião que entre determinadas fórmas de syphilis nervosa e a paralytia geral d'origem syphilitica, não existem apenas semelhanças e analogias, mas que essas affecções são da mesma natureza. O que para nós é uma hypothese que tem a seu favor um grande numero de probabilidades, é, para Leredde, uma verdade demonstrada.

Em uma affecção de tão variada marcha, podendo ser interrompida por duradouras, quasi completas remissões, que é tão frequentemente d'origem syphilitica, mas cuja pathogenia é cheia de incertezas, é claro que não se póde prever com rigor qual será o resultado d'um tratamento especifico mais intensivo do que os anteriores, dada a resistencia que tem offerecido á therapeutica especifica. Só uma cuidadosa experiencia, prolongada durante largo tempo, e realizada em casos muito variados, nos poderá permittir formar alguma opinião, ácerca das vantagens de qualquer innovação therapeutica, mais ou menos motivada.

Com o desejo de sermos uteis aos doentes que observavamos e de verificarmos as vantagens dos preceitos therapeuticos que Leredde preconizava, recorreremos á experiencia clinica que nos pareceu tinha a necessaria oportunidade, pois que se dava a circumstancia de se poder demonstrar, sem duvida alguma, a syphilis, em onze dos quinze paralyticos que foram submettidos ao nosso exame.

Considera-se geralmente que o prognostico da demencia paralytica é fatal e a denominação attribuida a este padecimento de «paralysis geral progressiva», bem o indica. Os raros casos de cura referidos por alguns especialistas, são postos em duvida ou mesmo absolutamente negados pelo maior numero. Nessas condições, qualquer tentativa therapeutica, por arrojada que pareça, com tanto que seja proseguida com sufficiente cuidado para não prejudicar o doente, deve effectuar-se desde que offereça pelo menos algum tenue vislumbre de probabilidade de exito. Foi por esses motivos que ensaiámos os tratamentos que se encontram resumidos a pag. 14 e seguintes, sob as respectivas designações de (A), (B), (a), (b) e (C), e que constam de quatorze observações das quinze que descrevêmos. Foram quinze os doentes exami-

nados, porém o da observação x falleceu poucos dias depois da sua entrada, sem que tivesse principiado a receber o tratamento adoptado.

Como vimos, o primeiro tratamento mercurial (A) pouco mais foi do que um ensaio para tactear a sensibilidade dos doentes á acção das injeções mercuriaes intramusculares. No segundo tratamento mercurial (B), já se attingiram doses diarias intensivas, que foram mantidas durante pouco tempo, porque, nos ultimos dias, os doentes mostravam um ligeiro grau de excitação. Nos intervallos de descanso ensaiámos os dois tratamentos pelo iodeto de potassio (a) e (b). É certo que Leredde diz que o iodeto não deve ser administrado na paralyisia geral. Experimentámol-o, visto que em algumas das observações de Lemoine, Cassaët e Aubert, que Leredde cita em appoio da sua doutrina, foi tambem prescripto o iodeto; porque diversos psychiatras o aconselham, e pelas naturaes indicações d'este medicamento. Applicámos finalmente o tratamento (C) e as suas variantes (C') e (C'') em que se attingiram as doses maximas diarias indicadas por Leredde.

Nem o numero de doentes nem o espaço de tempo de observação foram sufficientes para se poder formar um juizo inteiramente seguro do valor dos preceitos therapeuticos que Leredde aconselha. De mais, os mezes que gastámos com os tratamentos pelo iodeto de potassio (a) e (b) representaram uma perda de tempo consideravel. Com as restricções provenientes d'essas circumstancias, parece-nos comtudo que da discussão theorica e das observações realizadas, poderemos deduzir as conclusões seguintes:

1.<sup>a</sup> Póde usar-se o mercurio em doses ascendentes até se attingirem as doses diarias indicadas por Leredde, sem perigo de phenomenos morbidos locaes, de manifestações cutaneas, de estomatite, ou de perturbações intestinaes de importancia. Não obstante terem sido administradas injecções mercuriaes em tão grande numero, sómente observámos um caso de erythema hydrargyrico (obs. 1) que passou em tres dias com a suspensão do tratamento; um caso de estomatite egualmente passageira e um ou outro caso de leve diarrhea que desapparecia rapidamente, pela administração d'uma poção apropriada, mesmo sem que se suspendesse o tratamento mercurial.

2.<sup>a</sup> Em cada tratamento intensivo, não devem ser dadas mais do que approximadamente 22 injeções e, no principio, alternar os dias. Depois d'esse numero, o estado physico da maior parte dos doentes principia a abater um pouco, ao mesmo tempo que se manifesta uma certa excitação.

Deve haver todo o rigor em que as doses durante o periodo ascendente, progriam sob fórma gradual, procedendo sempre a um cuidadoso exame da sytmatologia dos paralyticos para suspender opportunamente o tratamento.

As injeções devem ser profundas (<sup>1</sup>),

---

(<sup>1</sup>) Foi tambem já experimentado, em paralyticos geraes, o cyaneto de mercurio por via intravenosa. Francamente, não sympathizamos com a administração intravenosa do mercurio e, pela nossa parte, rejeitaríamos tal meio d'applicação. As injeções intramusculares profundas são, em regra, immediatamente absorvidas pelos capillares, na maior parte dos quaes a parede é apenas constituida por um endothelio que, mesmo pelos leucocytos, póde ser facilmente atravessada. Essa absorpção é um facto que a prática demonstra. Não vemos pois a vantagem de se recorrer ás injeções intravenosas, bastando a contra-indical-as o incommodo que muitas vezes se vae causar ao doente pelas difficuldades technicas que pódem surgir, o temor d'algum accidente (thrombose, phlebite, etc....), a repugnancia com que são recebidas, e a impossibilidade de serem applicadas com a frequencia e a regularidade necessarias á continuidade da medicação intensiva.

Pelo processo das injeções intrarachidianas de bi-iodeto de mercurio e de iodeto de potassio (Marchand), na região lombar preferida, obter-se-hia, é certo, uma acção directa, mas essas injeções têm, ainda em mais alto grau, além d'outros, alguns dos principaes inconvenientes da applicação intravenosa.

sendo a região preferida, a de Fournier. São indispensaveis os cuidados de conveniente desinfeção buccal.

3.<sup>a</sup> Como limitamos cada serie a 22 injeccões, é conveniente reduzir as doses maximas diarias finaes que podemos fixar em seis centigr. para o benzoato e o bi-iodeto de mercurio, e em dez centigr. para o hermo-phenyl.

4.<sup>a</sup> No terceiro periodo da demencia paralytica o tratamento mercurial prejudica o doente.

5.<sup>a</sup> No denominado periodo de estado da demencia paralytica o tratamento mercurial, segundo as regras indicadas, é inof-

---

Klippel, fundando-se em que a vascularite torna quasi impermeaveis muitas das regiões meningo-encephalicas, e de certo aquellas que mais necessitam aproveitar os efeitos dos agentes curativos, aconselha, em determinados casos de paralyisia, a trepanação, para se obter que substancias medicamentosas possam ser levadas, por meio de injeccões intracraneeanas, directamente ao seio da região affectada, podendo mesmo, em diversos casos, diffundir-se em quasi todo o encephalo por via lymphatica e intersticial. É claro porém que esta razão não tem valor. Tratando-se, com effeito, de lesões essencialmente diffusas e tão generalizadas, como são as da paralyisia geral, immediatamente se antevê a inutilidade e o inconveniente de se realizar com aquelle fim uma operação cuja gravidade é augmentada neste caso pela facilidade com que os ictos pôdem apparecer nos paralyticos geraes.

fensivo. A doença porém segue, na maior parte dos casos a sua marcha progressiva, independentemente da therapeutica especifica.

É certo que depois do terceiro tratamento, a nutrição d'alguns doentes augmentou, durante mezes, mas a esse augmento de nutrição não correspondiam porém melhoras nos restantes caracteres somaticos, nem respectivamente no estado mental.

6.<sup>a</sup> Observámos que o iodeto de potassio, nas doses gradativas em que o applicámos, produzia, em todos os doentes, sem excepção, tachycardia e debilidade do pulso (<sup>1</sup>), o que nos obrigou a suspender os tratamentos (a) e (b).

---

(<sup>1</sup>) Aconselha-se a iodipina como um bom succedaneo do iodeto de potassio, tendo a mais a vantagem de não produzir phenomenos de iodismo. Klingmüller nos tratamentos energicos injecta 20 cc. de iodipina a 25 p. c. por dia. Um doente supportou, no curto espaço de tres semanas, 500 cc. d'iodipina, sem accidentes notaveis, cicatrizando-se as ulcerações que tinham motivado o tratamento. É esta iodipina a 25 p. c. que tem de se empregar nos casos de syphilis nervosa, depois de fluidificada pelo calor. A iodipina a 10 p. c., introduzida no organismo por ingestão, só se emprega em tratamentos mais brandos.

Ainda se formulou para os nossos doentes a iodipina a 25 p. c. Comtudo resolvemos, por fim, não a utilizar porque receámos fatigar os tecidos com novas injectões que importavam a introdução de consideraveis quantidades de liquido, justamente durante os intervallos de tempo que eram necessarios para o descanço da medicação intensiva.

7.<sup>a</sup> O bi-iodeto de mercurio (solubilizado chimicamente pela addição do iodeto de sodio, em soluto aquoso que não procurámos tornar isotónico) é, para o fim estudado, um excellento preparado mercurial.

O benzoato de mercurio é um composto de uso corrente, mas que exige determinados cuidados para se poder utilizar no estado de pureza. Das substancias experimentadas, foi esta a que menos ficámos conhecendo, quando empregada em doses intensivas e a que, no entanto, nos pareceu mais ingrata, talvez em consequencia de existir uma certa quantidade de bi-chloreto de mercurio no liquido a injectar, pois que a solubilisação do benzoato era ou sustentada, ou, como é habitual, obtida, graças ao chloreto de sodio.

O hermophenyl é um composto que póde ser manejado com extrema facilidade, não produzindo dor nem perturbações locais, mesmo na dose diaria de doze centigr., salvo um ligeiro endurecimento dos tecidos superficiaes na região que tiver recebido injeções em grande numero. É pena que o hermophenyl não tenha sido experimentado sufficientemente na therapeutica das affecções syphiliticas communs para se poder ajuizar em taes casos do seu valor curativo.

Como as doses intensivas, de qualquer das tres substancias, são extraordinariamente superiores ás usuaes, é indispensavel que haja um primeiro tratamento, apenas de ensaio, para se conhecer o grau de susceptibilidade individual e que os tratamentos especificos sejam auxiliados, tanto quanto possivel, pelos recursos da medicação tonica, alliada a uma escrupulosa hygiene.

8.<sup>a</sup> Não tivemos doentes no periodo inicial da affecção paralytica. Seria nesse periodo que a mercurialisação intensiva, por doses ascendentes, teria maiores probabilidades de exito, devendo ser applicada, sem impaciencias, durante o tempo que as circumstancias determinassem, em series de vinte e duas injecções cada uma, approximadamente, e com largos intervallos de descanso entre as series successivas, abreviando-se depois esses intervallos no caso de se manifestarem melhoras.

Com effeito, se tivermos em consideração a circumstancia de ser o signal de Argyl-Robertson commum a certas fórmas diffusas da syphilis nervosa, ao tabes, e á paralyisia geral, e quasi exclusivamente existir em padecimentos d'essa ordem; a analogia que se observa entre a infiltração

perivascular que se encontra na paralysisa geral e em casos de syphilis cerebral diffusa (Mahaim); a semelhança que se nota entre a fórmula cytologica do liquido cephalo-rachidiano na paralysisa geral e em certas affecções nervosas syphiliticas; a circumstancia notavel de havendo, como ha, pseudo-paralysias geraes de origem diversa, alcoolica, saturnina, syphilitica, etc., ser esta ultima a que póde imitar com mais exactidão as fórmulas communs da demencia paralytica; e, finalmente, se recordarmos o facto de existirem pseudo-paralysias geraes curaveis, sendo em alguns casos impossivel o distinguil-as, com rigor, no seu inicio, do syndroma classico da demencia paralytica, somos levados á convicção de que a therapeutica especifica intensiva, effectuada segundo os preceitos indicados, visto poder realizar-se, como observámos, nos paralyticos que se encontravam no periodo d'estado, sem phenomenos prejudiciaes de hydrargyrisimo, deve ser tentada, na phase prodromica da demencia paralytica, salvo quando commemorativos d'um extremo rigor ou uma symptomatologia muito especial, nos mostrarem, o que será relativamente raro, que, em um dado caso, a infecção syphilitica não póde ser enumerada entre os factores pathogenicos.

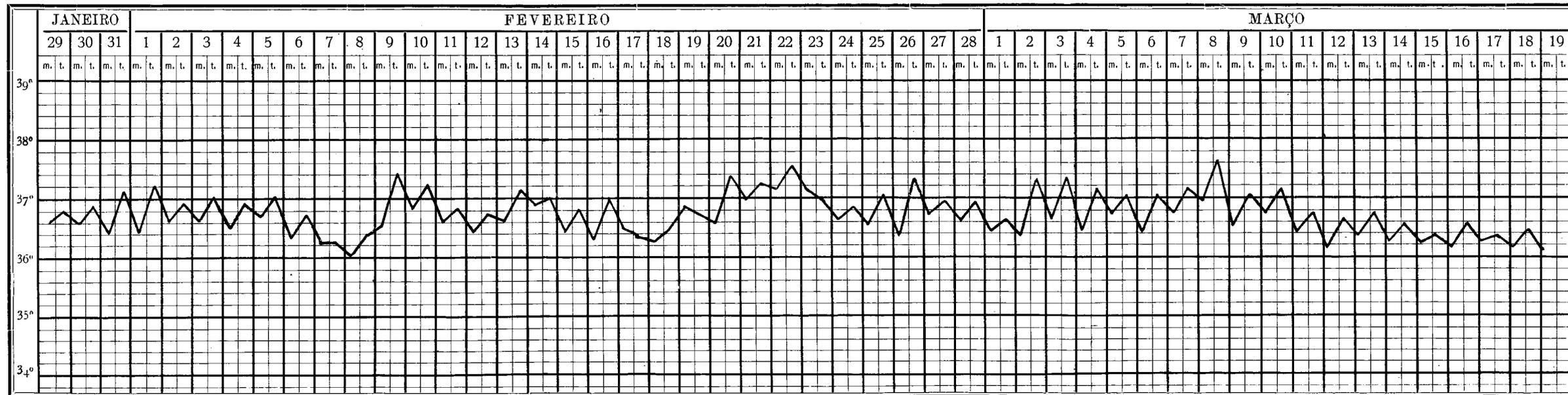
TRATAMENTO (C) E VARIANTES—Pesagens dos doentes

DATA	OBS. II	OBS. III	OBS. IX	OBS. XI	OBS. XIII	OBS. XIV	OBS. XV
28 de janeiro de 1905	<sup>k</sup> 61,05	<sup>k</sup> 58,30	<sup>k</sup> 64,75	<sup>k</sup> 53,40	<sup>k</sup> 60,50	<sup>k</sup> 43,60	<sup>k</sup> 52,20
14 de fevereiro »	62,05	60,50	65,00	54,50	61,10	45,00	54,10
3 de março »	62,30	60,00	63,00	53,10	61,00	45,40	53,50
9 de março »	61,40	57,00	63,50	52,80	60,00	42,00	55,00
16 de março »	62,00	56,50	63,50	54,10	59,30	43,00	53,00
9 de abril »	63,00	54,50	66,00	55,00			
17 de abril »	63,25	51,40	65,80	55,00	58,55	45,00	55,50
24 de abril »	63,50	51,50	64,70	55,20	57,20	45,40	56,00
1 de maio »	65,00	51,50	65,50		61,00	46,50	56,00
8 de maio »	65,00	49,95	64,90		58,00	46,50	57,40
15 de maio »	65,30	49,95	65,10		57,00	46,50	57,50
22 de maio »	66,60	49,85	64,65		57,00	46,50	56,00
29 de maio »	66,80	50,50	63,50		56,50	47,30	55,50
5 de junho »	66,60	50,00	63,00		58,00	48,00	56,00
12 de junho »	68,30	51,30	63,50		55,50	49,80	55,70
19 de junho »	68,70	51,40	61,95		56,00	48,00	56,50
26 de junho »	68,17	51,85	61,85		55,20	48,80	56,50
3 de julho »	69,10	50,50	62,50		56,00	49,00	55,50
10 de julho »	69,35	50,50	62,50		56,00	49,50	55,50
17 de julho »	69,75	50,70	60,50		57,50	49,40	56,00
24 de julho »	71,40	52,00	59,50		58,00	50,00	56,00
31 de julho »	71,40	51,70	58,00		59,00	50,70	55,50
7 de agosto »	72,25	50,00	58,00	53,50	59,00	51,50	55,00
14 de agosto »	72,55		58,60	56,70	59,70	51,90	54,70
21 de agosto »	71,40		59,80	58,00	60,00	52,25	53,95
28 de agosto »	72,00		58,00	58,50	60,00	52,50	53,90
4 de setembro »	72,70		58,20	58,50	60,50	52,50	54,00
11 de setembro »	72,70		59,65	58,00	60,80	53,50	52,50
18 de setembro »	71,85		58,00	58,00	62,00	54,65	53,50
25 de setembro »	73,50		57,50		62,50	54,50	53,70
2 de outubro »	72,90		57,50	58,95	63,50	53,00	54,50
9 de outubro »	72,80		57,50	60,00	63,00	54,20	55,00
16 de outubro »	72,60		59,50	59,50	63,50	55,50	55,00
23 de outubro »	71,70		61,30	61,00	63,50	55,00	53,00
30 de outubro »	73,00		60,50	61,00	63,50	56,00	54,50
6 de novembro »	71,80		59,50	61,00	63,50	55,50	54,00
13 de novembro »	72,30		59,00	62,00	63,00	55,50	53,00
20 de novembro »	73,30		59,50	62,00	64,00	55,50	53,80



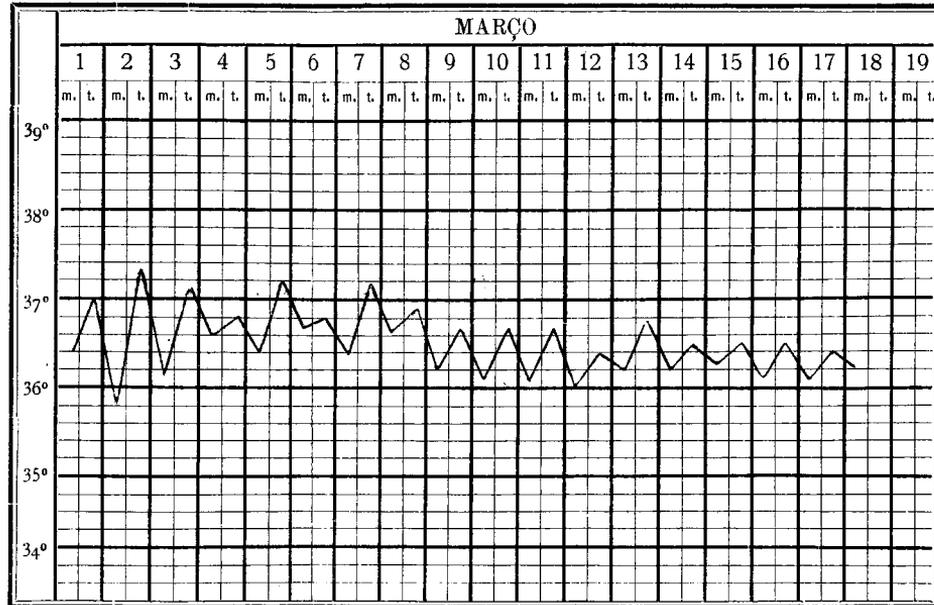
# TRATAMENTO (C)

OBS. XIII—GRAPHICO DA TEMPERATURA



# TRATAMENTO (C'')

OBS. IX — GRAPHICO DA TEMPERATURA

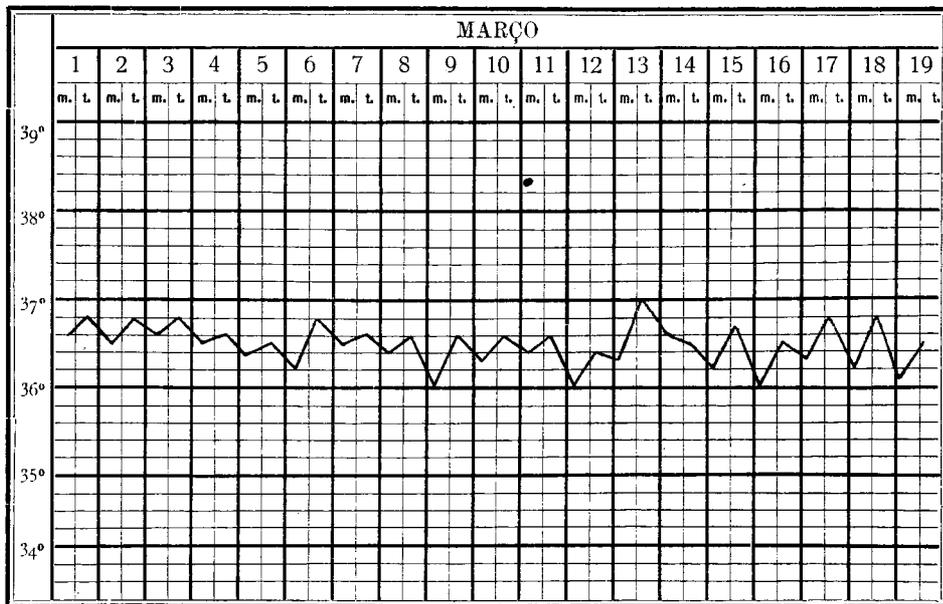


Ultimos dias de tratamento e seguintes.

# TRATAMENTO (C<sup>o</sup>)

SEM O HERMOPHENYL

OBS. XIV — GRAPHICO DA TEMPERATURA



Ultimos dias de tratamento e seguintes.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.**—A evolução ontogenica e phylogenica dos-nephromeros indica-nos que o organismo humano é constituido por metameros coalescentes.

**Physiologia.**—Os trabalhos de Apáthy, Nissl e Bethe não invalidam os conceitos anatomicos e physiologicos que servem de fundamento á theoria dos neurones.

**Pathologia geral.**—As leis de Mendel manifestam-se em muitos factos de hereditariedade morbida.

**Anatomia pathologica.**—Os caracteres especiaes das lesões syphiliticas do myelencephalo derivam, em grande parte, das propriedades da nevrogia.

**Materia medica.**—Muito ha a esperar, em therapeutica, do emprego dos solutos metallo-colloidaes.

**Pathologia externa.**—Para se obter a mercurialisação intensiva por meio de injeções intramusculares, são preferiveis os compostos hydrargyricos soluveis ou solubilisaveis.

**Pathologia interna.**—O syndroma myotonico é consequencia, em determinados casos, da hypergenese do sarcoplasma; outras vezes d'uma exaltação funcional, d'origem chimica ou nervosa, da mesma substancia (L. Lévi).

**Operações.**—Para a cura radical operatoria da hernia inguinal, preferimos o processo de Bassini.

**Partos.**—Existe a heredo-syphilis de segunda geração sob as fôrmas dystrophica e virulenta (Edmond Fournier).

**Hygiene.**—Os mais elementares principios de hygiene social exigem a remodelação immediata das actuaes leis portuquezas referentes á prostituição.

**Medicina legal.**—A punção rachidiana é utilisavel em medicina legal.

---

VISTO.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

*Maximiano de Lemos*

Presidente

*Moraes Caldas*

Director.