

A PNEUMOCOCCIA MENINGEA

73/6 EMC

0
A. 6
PEDRO ALEXANDRINO DE SOUZA

780

A
Pneumococcia Meningea

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA DO ARCHIVO JURIDICO

RUA DO BOMJARDIM, 67

1894

7316 EMC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

CONSELHEIRO WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTEs CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRs.

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral e semeiologia e historia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTEs JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

LENTEs SUBSTITUTOS

Secção medica	{ Vago.
	{ Maximiano A. Lemos.
Secção cirurgica	{ Ricardo d'Almeida Jorge.
	{ Candido Augusto C. de Pinho.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
----------------------------	------------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na Dissertação e enunciadas nas proposições.

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



À MEMORIA

DE

MINHA MÃE

Sans cesse en divers lieux errant à l'aventure,
Des spectacles nouveaux que m'offre la nature
Mes yeux sont égayés ;
Et tantôt dans les bois, tantôt dans les prairies.
Je promène toujours mes douces reveries
Loin des chemins frayés.

NOËL DE LA PLACE.

A MEU PAE

Se vejo já deante de mim o meu ultimo trabalho escolar, é devido aos seus bons conselhos e ao respeito que lhe tenho, não obstante a nossa extrema familiaridade.

A EX.^{ma} SNR.^a

D. Flora Ramana da Rocha Carneiros

A MEU IRMÃO

A MINHA CUNHADA

ÀS MINHAS SOBRINHAS

LAURA E EUGENIA

AO ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Antonio da Rocha Leão

E SUA EX.^{ma} FAMILIA

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E PARTICULARMENTE A

Clemente dos Santos Pinto
Eduardo de Souza Monteiro Maia
Joaquim José Pinto
Joaquim Arantes Pereira
Abel Brandão Leite Pereira Cardoso de Menezes
Henrique Carlos Rodrigues
Adolpho Pinto Monteiro da Cruz
Julio de Carvalho Baptista
José Baptista Gonçalves Dias Junior

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Arthur d'Azevedo Pereira
Antonio Maria de Magalhães Junior

AO ILL.^{no} E EX.^{mo} SNR.

Alberto da Silva Nogueira

E SUA EX.^{ma} FAMILIA

A MEU TIO

HEITOR GUICHARD

E SUA FAMILIA

AO ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

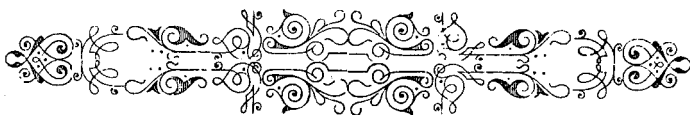
MANOEL FERNANDES DA COSTA GUIMARÃES

E SUA EX.^{ma} FAMILIA

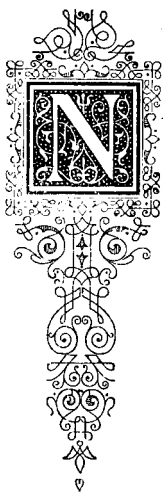
Ao meu dignissimo presidente

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia



PROLOGO



A ocasião, approximadamente, em que eu procurava um assumpto para tratar no meu ultimo trabalho escolar, adoeceu repentinamente uma creança de uma familia das minhas relações, que observei por assim dizer, desde o apparecimento dos primeiros symptomas.

Não se pôde estabelecer um diagnostico exacto porque nem houve prodromos, nem tão pouco os antecedentes hereditarios tornavam evidente qualquer predisposição morbida.

O quadro symptomatico era o de uma meningite, mas ignorava-se por completo qual seria a sua etiologia. Além d'isso, a fórma apoplectica como se manifestou, contribuiu muito para que o diagnostico ficasse indeciso.

Pelos antecedentes pessoas da doente, pude sa-

ber que ella tivera em tempo uma pneumonia. Estudei com algum cuidado este capitulo da pathologia interna e tive occasião de observar que o pneumococco pode dar origem a determinações pneumococcicas extra-pulmonares sendo a que mais frequentemente se observa, a meningite.

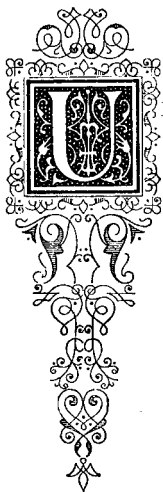
Colligindo o que encontrei de mais importante acerca do assumpto nos trabalhos de Netter, Hune-
lin, Grasset e outros, architectei este meu trabalho que só lamento não ser acompanhado de mais algumas observações pessoaes assim como não ser tratado por outrem, cujos conhecimentos não fossem tão mediocres como os de que eu disponho.

As graves incorrecções d'este meu trabalho, são incorrecções proprias d'um inexperiente que lança pela primeira vez mão da penna e que portanto pede benevolencia ao jury.



I

Historia — Pathogenia — Observações



UMA das questões de medicina que n'estes ultimos tempos se tem discutido vivamente, é a actividade pathogenica do pneumococco.

Quasi todos os tratados classicos se referem á meningite pneumococcica e devem-se mencionar algumas memorias importantes acêrca d'este assumpto. Entre ellas citaremos as de Laveran, Barth e Poulin, Firket e Nauwerk. Em 1887, Netter consagrou um estudo especial a esta doença apresentando nos «Archives generales de médecine» uma notavel memoria intitulado «De la meningite due au pneumocoque (avec ou sans pneumonie).

A meningite pneumococcica é frequentemente latente e portanto não figura com a sua cifra exacta nas estatisticas tendo por ponto de partida as observações clinicas. Por outro lado, a abertura do cra-

neo nas autopsias nem sempre se realisa o que dá origem a uma fonte nova d'inferioridade n'esta ordem de estatisticas. Deve acrescentar-se que esta proporção é extremamente variavel.

Actualmente, julga-se demonstrado que a meningite d'origem pneumococcica não apparece só como complicação da pneumonia, pode tambem manifestar-se independentemente de qualquer lesão primitiva do pulmão, isto é, com uma individualidade propria, tanto debaixo do ponto de vista anatomico e etiologico, como debaixo do ponto de vista clinico.

Netter nas referencias que faz acêrca da meningite pneumonica diz que a importancia da lesão local do pulmão parece ter uma importancia muito mediocre, pois que, a meningite pneumococcica raras vezes se observa na pneumonia dupla.

Além d'isso, em algumas observações, o foco hepatisado é pouco volumoso, do tamanho d'um punho ou ainda mais pequeno.

Além da pneumonia não é a meningite a unica doença que pode ser gerada pelo pneumococco; tem-se observado tambem isoladamente pleuresias, pericardites e endocardites da mesma natureza.

Entrando um pouco mais no assumpto, o que primeiro vamos tratar é de saber como se pode dar a infecção das meningeas pelo pneumococco. Que a meningite é uma das mais temiveis complicações da pneumonia é facto averiguado desde ha muito tempo e já Hippocrates conhecia esta complicação o que sabemos pelo seu aphorismo classico: «o prognostico é grave quando o phrenitis complica a pneumo-

nia». Até 1884, epocha em que Fraenkel descobriu o micrococcus da pneumonia, varias theorias foram expostas e a que nos havemos de referir.

Antes de se chegar á determinação exacta do pneumococco de Talamon-Fraenkel hoje admittido como especifico da pneumonia e das lesões extra-pulmonares da mesma natureza, houve alguns auctores que pretendiam ter descoberto esse coccus. Friedlander, entre as diversas especies de bacterias que encontrou no exsudato pneumonico, descreveu uma especie constituida por elementos de fórma oval ou ellipsoide de 1 η de comprimento e um pouco mais estreitos, reunidos dois a dois, formando mais raras vezes curtas cadeias, cercadas d'uma especie de capsula incolor transparente que é formada de mucina ou d'uma substancia analoga, sendo este de ordinario maior tres ou quatro vezes que os elementos que envolve. Este micrococco encontra-se pouco frequentemente no exsudato intra alveolar, alem d'isso a inoculação das culturas em animaes raras vezes deu resultados positivos.

Em 1881, Pasteur, Roux e Chamberland descreveram um micrococco encontrado no sangue de coelhos nos quaes tinham injectado saliva d'uma creança morta de hydrophobia. O effeito produzido foi rapidamente mortal manifestando-se uma septicemia; toda a massa sanguinea continha bacterias de fórmulas arredondadas.

O resultado que se obtinha injectando nos coelhos a expectoração dos broncho-pneumonicos era exactamente o mesmo.

Em 1884 Talamon observou nos escarros dos

pneumonicos e no exsudato do pulmão, obtido quer por punção durante a vida do doente quer no momento da autopsia, e no sangue d'um pneumonico pouco tempo antes da morte, as bacterias descriptas por Pasteur. Obteve culturas d'esta bacteria e determinou nos coelhos por injeção do liquido de cultura, pneumonias verdadeiras acompanhadas de pleuresia e de pericardite. Os animaes morriam de ordinario do quarto para o quinto dia depois de terem attingido um augmento de temperatura notavel até 41°,8. Alguns dos animaes resistiam. Talamon não menciona a presença da capsula, mas descreve-lhes a fórma oval, mais fina n'uma das extremidades, coccus lanceolados semelhantes a grãos de trigo.

Em 1885 foi que Fraenkel verdadeiramente conseguiu pôr em evidencia a pathogenia do pneumococco.

Hoje é para a maior parte dos observadores o pneumococco de Talamon-Fraenkel o agente essencial da pneumonia infecciosa.

O pneumococco de Talamon-Fraenkel não se localisa como o de Friedlander só no pulmão, penetra na circulação sanguinea e provoca inflammções metastaticas que atacam principalmente as grandes serosas d'onde a explicação da genese das pleuresias, pericardites, endocardites, meningites e até peritonites consecutivas á pneumonia, podendo manifestarem-se estas doenças isoladamente sem que a bacteria se tenha localizado previamente no pulmão.

Netter encontrou em 30 casos de meningites 19 vezes esta bacteria.

Talamon e Fraenkel foram os primeiros que determinaram a fôrma particular dos elementos d'esta especie. São coccus ovaes alongados em fôrma de grão de trigo ou cevada (Talamon) ou em fôrma de lanceta (Fraenkel) geralmente dispostos aos pares ou em curtas cadeias, cercados por uma especie de ganga albuminosa ou capsula, que é possível córar; e é preciso não confundir com o simples espaço claro que pode existir em volta de um microbio qualquer em virtude da retracção do fundo amorpho da preparação. Este coccus pneumonico córa-se facilmente pelas côres d'anilina. Se n'este estado se submeter á acção successiva do reagente iodo-iodado e do alcool absoluto, conserva-se a córação. Fica portanto córado pelo methodo de Gram. Todos estes caracteres morfologicos teem uma grande importancia.

Não basta comtudo caracterisar o micro-organismmo é preciso verificar a identidade d'este, e para tal fim, lança-se mão dos dados fornecidos pelas culturas e pelas innoculações.

Para que o pneumococco se desenvolva, precisa d'uma temperatura superior a 24° devendo portanto a cultura, ser feita na estufa. Escolhe-se de preferencia a gelose nutritiva, com uma reacção levemente alcalina. Á superficie d'este meio formam-se pequenas colonias redondas, transparentes, pouco salientes e que se comparam a gottas d'orvalho. Ahi, os microbios estão dispostos em cadeias rigidas e pouco flexuosas; não tem capsula. Esta apparece frequentemente em volta dos microbios cultivados em sôro solidificado ou em caldo.

O que acabamos de descrever são os caracteres

das culturas do pneumococco feitos em presença do oxigenio, porém o pneumococco é susceptivel de se desenvolver n'um meio onde aquelle gaz não exista. A fórma das colonias e dos microbios não muda; o organismo conserva mais tempo n'este meio a sua vitalidade e a sua virulencia, chegando esta mesmo a augmentar.

Antes dos conhecimentos bacteriologicos varias theorias foram emittidas para explicar a apparição da meningite quando complicava a pneumonia.

Em 1873, M. Verneuil attribuiu a causa da apparição á stase-venosa no encephalo que era produzida pelo embaraço da circulação atravez do pulmão. Não se deve porém admittir, que a congestão passiva possa dar logar a uma inflammação. De resto, as observações mostram que a meningite é pouco frequente nas pneumonias duplas em que a stase deve ser mais consideravel.

Verneuil e Laveran concluíram que a meningite dependia d'influencias reflexas tendo por séde o sympathico. Dão para a meningite a explicação que Lepine dava para a hemiplegia pneumonica sem lesão cerebral.

Referem-se tambem ás experiencias de Goujon nas quaes este observador chegou a determinar a meningite em coelhos e cães depois de lhes ligar o cordão cervical. Estas experiencias são pouco numerosas e evidentes porque Vulpian depois tentou-as e não as chegou a realisar. Netter rejeita por completo semelhante theoria mencionando o seguinte

facto observado por elle : «Tendo determinado por injeção intra pulmonar n'um coelho uma pneumonia e depois fazendo a secção d'um ou dos dous cordões sympathicos n'esse mesmo animal não se produziu alteração inflammatoria meningea». Acrescenta ainda : «aqui estava-se em presença de animaes pneumonicos e por conseguinte aproximando-se mais do homem affectado de meningite pneumonica que os animaes operados por Goujon».

Outros auctores attribuem a meningite a embolias. Lanceraux e Petit referem-se a alguns casos onde se observou simultaneamente a pneumonia, a endocardite e a meningite. A vegetação do endocardio d'onde partiriam as embolias formaria a cadeia de ligação entre a pneumonia e a meningite.

Huguenin já não é da mesma opinião e diz que as embolias não partem necessariamente do coração e Nauwerk publica uma das suas autopsias com a thrombose da veia pulmonar. A apparição brusca, algumas vezes observada da meningite pneumonica tenderia mais a ser explicada pela embolia. Estes mesmos observadores invocam o predominio das lesões ao nivel das arterias sylvianas e a uniteralidade algumas vezes observada ; todavia a apparição brusca da doença assim como uniteralidade são verdadeiras excepções. De resto a endocardite vegetante falta em mais de dois terços dos casos de meningite pneumonica.

A endocardite pneumonica raras vezes é seguida d'embolias, inversamente do que acontece nas outras endocardites malignas. Netter explica isto pelo character nitidamente vegetante e consistencia das

vegetações, e acrescenta nunca ter observado meningite pneumonica nas endocardites vegetantes experimentaes, não obstante fazer a previa laceração das sigmoideas e em seguida a inoculação dos productos pneumonicos no pulmão ou no tecido cellular subcutaneo.

Grisolle formulou uma outra explicação da meningite pneumonica.

Todas as vezes que a meningite se manifestasse no decurso d'uma pneumonia era signal de que havia suppuração do pulmão. Segundo este auctor seria preciso haver uma reabsorpção do pus, de modo a produzir uma manifestação *pyohemica*. Esta hypothese não pode ser accete na maior parte dos casos e dizemos na maior parte dos casos porque se a infecção purulenta não é a causa habitual da meningite pneumonica pode comtudo uma meningite *pyohemica* succeder a uma pneumonia.

Para pôr isto mais um pouco em evidencia basta apresentar um caso observado por Lancereaux :

OBSERVAÇÃO

Pneumonia—Meningite devida a streptococcus. —G. operario, 51 annos. —Entrou no dia 6 de maio de 1886 para a enfermaria Lorain.

Começou a sentir-se doente no dia 1.º de maio sentindo uma pontada e vomitos. No dia 7, escarros amarellados adherindo ao fundo da escarradeira. — Na base do pulmão esquerdo—som basso e sopro na fossa infra-espinhosa—sarridos subcrepitantes.

No dia 8—Diminuição das pontadas e da oppressão.

Dia 9 a 16—Estado geral satisfactorio.

Dia 17—Dôr no bordo posterior do maxillar inferior direito.

Dia 19—Tumefacção da região parotidiana direita.—Pelle tensa. Febre.

A parotidite resolveu-se gradualmente de 19 de maio a 8 de junho.

8 de junho—Calefrio violento 40°,1 depois do meio dia.

9 e 10—Novos calefrios.

Dia 16 de junho—Coma.—Morte.

Na autopsia verificou-se que o lobulo inferior esquerdo do pulmão estava transformado n'um bloco compacto. Pelo córte o tecido apresentava uma côr vermelha escura, com espessamentos dos septos fibrosos. Pela pressão, não sahia ar á superficie do córte. Lançando um fragmento na agua ia ao fundo.

Por baixo das meningeas do hemispherio esquerdo observava-se um exsudato amarellado ao longo do arteria sylviana.

Depois de convenientemente analysado ao microscopio este exsudato meningeo (Netter) verificou-se que era uma meningite pyohemica occasionada pela localisação do streptococco nas meningeas.

Fazendo-se a autopsia ao individuo em questão encontrou-se-lhe no bordo posterior do pulmão es-

querdo quasi debaixo da pleura um pequeno foco purulento do volume d'uma noz.

Pelo que fica dito se pode concluir que a theoria exposta por Grisolle não tem razão de ser porque a meningite streptococcica podendo ser uma complicação da pneumonia não se deve confundir com a meningite pneumonica porquanto os caracteres anatomopathologicos d'uma e d'outra differem consideravelmente como adeante havemos de observar.

Não ha só lesões, ha tambem symptomas que permittem fazer o diagnostico differencial.

A opinião actual acêrca da pathogenia da meningite pneumonica é considerar esta doença como *o effeito da actividade do microbio proprio da pneumonia, isto é do pneumococco.*

Até agora temos-nos occupado apenas quasi que exclusivamente da meningite pneumonica considerada como complicação da pneumonia, mas tambem n'um ou n'outro ponto temos frisado a importancia mediocre que a lesão pulmonar primitiva pode ter na genese da meningite pneumonica.

Inclinamos-nos portanto a admittir que a meningite pneumococcica possa ser considerada como uma doença autonoma. Netter refere factos pessoases que justificam a theoria que acabamos de expôr, e que passamos a transcrever acrescentando um caso que tivemos occasião de observar e que parece igualmente bastante frisante.

As observações de Netter são as seguintes :

Em abril de 1885 deu entrada na clinica de M. Jaccoud uma doente no estado comatoso e com temperatura superior a 40°; ahi permaneceu até que passadas algumas horas falleceu. Feita a autopsia encontrou-se-lhe uma endocardite vegetante e uma meningite suppurada da base e da convexidade. O exame microscopico mostrou que no tecido da vegetação assim como no exsudato meningeo existia uma quantidade enorme de organismos ovoides encapsulados, tendo todas as apparencias do pneumococco. Os pulmões d'esta doente estavam absolutamente indemnes.

Em fevereiro de 1886 appareceu um novo caso d'este genero na mesma sala de clinica. Tratava-se igualmente d'uma endocardite ulcerosa com meningite cerebro-espinhal. A doença appareceu no decurso da gravidez. O exame do pus meningeo e o das vegetações verificou a presença do pneumococco. Preparações feitas em maio de 1889 com o liquido meningeo e com córtes das vegetações d'um outro doente mostraram ainda o organismo lanceolado encapsulado.

Em vista d'isto Jaccoud foi levado a descrever um typo particular d'endocardite pneumococcica sem pneumonia. A coexistencia d'uma meningite da mesma natureza parece uma particularidade importante d'este grupo.

Temos portanto aqui tres casos de meningites não acompanhadas de pneumonia e que parece depender d'um organismo tendo os caracteres morphologicos do pneumococco

Apesar d'estas provas, tudo o que acabamos de expôr não passa d'uma supposição porque as bases não eram sufficientemente solidas; porém a 8 de março de 1889 na clinica de M. Dumontpellier deu entrada um homem adulto, vigoroso, que pouco tempo depois de estar na enfermaria foi accomettido de contracções tonicis e clonicas e juntamente hyperthermia. Falleceu no dia seguinte. Feita a autopsia verificou-se a existencia d'uma meningite cerebrospinal suppurada sem outra lesão. Immediatamente se procedeu ao exame microscopico do exsudato e do pus que revelou a existencia de microbios lanceolados encapsulados; feitos alguns córtes passado algum tempo pôde-se observar que estes microbios existiam principalmente nas bainhas lymphaticas peri-arteriaes.

No dia seguinte ao d'este exame foi feita uma innoculação n'um caviáh.

Procedeu-se do seguinte modo:

Bateu-se um pouco de exsudato rachidiano em urina muito fresca. Verificou-se se havia pneumococcus e em seguida injectaram-se tres gottas na pleura direita d'um caviáh.

O animal morreu no fim de cinco dias.

Tinha uma pericardite notavel. Os dous folhetos estavam em pontos muito numerosos, reunidos por falsas membranas fibrinosas. Entre estas trabeculas havia um liquido avermelhado glutinoso.

Nas duas pleuras, alterações analogas; falsas membranas e derrame sanguineo.

Os dous pulmões tinham uma côr azulada. A parte anterior dos lobulos, e os lobulos superiores

em totalidade não continham ar algum e tanto assim que mergulhados em agua iam ao fundo.

O exame microscopico do cóрте dos pulmões assim como o exame da pleura e do pericardio mostra a existencia de pneumococcus. Verificou-se tambem por córtes que a alteração dos alveolos consiste na tumefacção das cellulas epitheliaes. N'estas cellulas tambem se encontraram pneumococcus.

As peças provenientes d'estas experiencias foram apresentadas á Sociedade anatomica.

Podemos portanto dizer que foi um caso de meningite pneumonica sem pneumonia.

Passemos em seguida a apresentar um caso de observação nossa que apesar de pouco completa em virtude das pessimas circumstancias em que a autopsia se realisou serve comtudo para comprovar até certo ponto o que temos affirmado.

OBSERVAÇÃO (*pessoal*)

M... filha de J. B. natural da cidade do Porto, creança de oito annos, temperamento lymphatico, tinha uma apresentação em extremo agradável. Pelle fina e transparente, cabello muito preto e espesso, olhos vivos e scintillantes, nem ao de leve apresentava quaesquer indicios d'uma predisposição morbida.

Na noute de 6 de novembro de 1893, tendo passado o dia perfeitamente e em condições normaes, deitou-se, como de costume, ás oito horas da noute. Á meia hora da madrugada do dia 7, acordou affli-

cta com nauseas, vomitos alimentares e calefrios intensos. Passada uma hora approximadamente soce-gou e conseguiu conciliar o somno até ás tres da madrugada, mas então já acordou manifestando uma cephalalgia intensa, conservando-se n'este estado, agitada e sem poder dormir novamente até ás seis horas da manhã.

Foi então que a familia entendeu dever chamar soccorros medicos, em virtude do estado da doente se aggravar de momento para momento. O medico assistente foi o snr. doutor José Nunes da Ponte. Tivemos occasião de observar este caso desde principio, e pouco tempo depois compareceu tambem o snr. doutor Antonio d'Oliveira Monteiro.

Os symptomas que a doente apresentava eram os seguintes :

Perda completa da rasão, congestão da face, movimentos descoordenados dos membros, contracções tonicas e clonicas, nysthagus, contracção excessiva dos masseteres trysmus a ponto de a bocca não se poder abrir quasi nada ; rigidez da nuca a principio pouco accentuada mas depois muito—febre : 39°,5.

Em virtude do estado convulsivo e de torpôr que a doente apresentava a primeira medicação empregada foi a anti-spasmodica. Assim, foi applicado primeiro um clyster de asafetida e depois um outro de valeriana.

Ao mesmo tempo foi ministrado á doente um papel com calomelanos e de duas em duas horas continuou-se n'esta applicação, mas sem resultado algum porque a doente nem chegou a poder engulir o primeiro papel por completo.

Fez-se depois a applicação d'um banho quente com affusões frias na cabeça; houve uma leve melhora mas que pouco tempo durou. Apenas se traduziu essa melhora por uma leve modificação que se operou na vista, articulando tambem n'essa occasião algumas palavras incompreensíveis.

Foi pouco mais ou menos n'esta occasião que chegou o snr. doutor Oliveira Monteiro a quem o snr. doutor Nunes da Ponte expoz o que tinha observado, o que havia applicado e que presumia tratar-se das chamadas convulsões de creanças. Concordou o snr. doutor Oliveira Monteiro com as applicações therapeuticas e o diagnostico do seu collega e foi de parecer que se fizesse a applicação d'um novo banho a uma temperatura de 37° ou 38° cent. com as mesmas affusões d'agua fria na cabeça.

O organismo soffreu uma reacção semelhante á que já fôra observada no primeiro banho.

O estado da doente piorava de momento para momento, a prostração era cada vez maior, a circulação já se fazia com immensa difficuldade e começavam a apparecer manchas avermelhadas que depois se tornaram escuras, dispersas por todo o corpo sendo mais accentuadas na pelle ao nivel da região infra clavicular.

Fez-se uma injeccão hypodermica d'ether para ver se se levantavam as forças á doente, porém, como dissemos, a circulação sanguinea estava por tal forma compromettida que não se obteve resultado algum.

As tres horas da tarde falleceu a doente.

Feita a autopsia dous dias depois, no cemiterio

da freguezia de Campanhã, verificou-se pela abertura da caixa craneana que se tratava d'uma meningite.

Qual seria a sua etiologia? Á priori era difficillimo responder, porquanto os antecedentes hereditarios não forneciam dados sufficientes para explicar o caso. Conveiu-se em recolher alguma porção de meningea dos pontos em que esta membrana se achava mais comprometida, isto é, na convexidade e ao nivel do chiasma dos nervos opticos.

Suppunha-se que a meningite fosse de natureza tuberculosa attendendo ao temperamento lymphatico da doente assim como a uns casos havidos na familia, o que despertou porém a nossa curiosidade foi a morte sobrevir tão repentinamente.

O exame bacteriologico que se fez nas peças recolhidas na autopsia não pôde permittir que affirmemos que se tratava d'um caso de meningite pneumonica porque nem n'essa occasião estavam convenientemente preparados para poder resolver tal problema, nem tão pouco as condições em que esse exame foi feito nos permittem uma opinião segura a tal respeito. O que podemos garantir é que depois de observarmos minuciosamente a preparação não encontramos um unico bacillo tuberculoso de Koch mas sim um diplococco lanceolado encapsulado (?) segundo Fraenkel o apresenta. Tivemos até occasião de observar uma cadeia de diplococcos.

Uma das questões que mais particularmente se levanta no nosso espirito é saber como se produziu a infecção das meningeas.

A doente, aos quatro annos, tinha tido uma pneu-

monia, que se resolveu rapidamente. Desde essa occasião até aquella em que falleceu não se lhe manifestara outra qualquer doença.

Accusava, porém, de quando em quando, uma dôr que lhe passava rapidamente e que ella localisava, ao nivel da apophyse montante do maxillar inferior, entre o bordo anterior do canal auditivo externo e a região malar. A dôr assemelhava-a a doente a uma picadura feita com uma agulha.

Fomos sómente informados de todos estes antecedentes depois de estar concluida a autopsia, portanto não apresentamos aqui o exame feito no rochedo, porque não estando prevenidos era de rasão passar-nos desappercebida tal circumstancia.

Esta nossa observação pecca por ser muito incompleta, porém, não encontrando solução que nos explicasse a etiologia da meningite observada n'esta doente, levou-nos a estudar mais ou menos semelhante assumpto e d'ahi escolhel-o para a nossa dissertação inaugural.

O professor Grasset, no numero quatorze do jornal «La semaine médicale» de 1894, apresenta tres observações que confirmam igualmente a localisação meningea do pneumococco.

Refere-se ás discussões que tem havido acêrca do agente microbotico do typho cerebro-espinhal, concluindo que a individualidade bacteriologica de esta doença ainda não está sufficientemente demonstrada.

Faz tambem notar, que a meningite não é uma doença local, mas sim uma doença localisada. Os germens infecciosos podem ser microbios normaes da economia que sob a acção de circumstancias especiaes de meio interior ou exterior se podem tornar pathogenicos. A maior parte das vezes são germens exteriores que attingem as meningeas por continuidade de tecidos ou por communicações vasculares quando a primeira localisação se faz n'um orgão visinho, como o ouvido por exemplo. Podem tambem os microbios, nos casos em que a localisação primitiva se dá n'um orgão distante como o pulmão, attingirem as meningeas dando-se n'estas circumstancias de ordinario uma infecção geral e sendo os microbios portanto levados na corrente sanguinea ou lymphatica. N'esta ultima hypothese além do bacilo tuberculoso, podem outros microbios ser arrastados na corrente circulatoria, assim temos: os microbios da suppuração (streptococcus, staphylococcus) o bacillo d'Eberth, o bacterium coli commune e principalmente o pneumococco.

Deve portanto assentar-se em que as localisações extra-pulmonares do pneumococco existem, e de todas talvez a mais frequente é a localisação meningea. O pulmão é habitualmente o ponto onde se dá a localisação pneumonica porém não é o exclusivo. Netter a quem já tivemos occasião de nos referir admittindo estas localisações extra-pulmonares do pneumococco, estabelece as seguintes relações chronologicas que podem existir entre a pneumonia e a meningite.

1.º—A meningite pode preceder a pneumonia de muitos dias.

2.º—Apparecer ao mesmo tempo que ella.

3.º—Sobrevir no decurso do periodo de estadio.

4.º—Manifestar-se em plena convalescença muitos dias depois da crise.

5.º—Accometter o doente independentemente de qualquer lesão pneumonica pulmonar.

N'este ultimo caso podem, depois pela autopsia, apparecer algumas regiões pneumonicas, é preciso não confundir, trata-se n'este caso d'uma infecção tardia. Clinicamente não se trata d'uma pneumonia complicada de meningite, mas sim d'uma meningite pneumococcica directa, complicada de pneumonia.

Em face do exposto, a doença pneumococcica é uma doença geral, uma infecção de todo o organismo. Assim teremos esclarecida mais ou menos a pathogenia de quatro doenças de ha muito clinicamente conhecidas e que hoje se pode explicar pela pneumococcia meningea. Pretendemos referir-nos á meningite aguda, á meningite cerebro-espinal, á meningite pneumonica e á pneumonia typhoide.

Como nos tenhamos referido, ainda que muito superficialmente, á meningite cerebro-espinal epidemica, precisamos de expôr algumas considerações acêrca do agente pathogenico d'esta doença, assim como da sua historia.

O typho cerebro-espinal só é conhecido desde o principio d'este seculo. Apresenta-se de ordinario

com o caracter epidemico, comtudo podem observar-se casos esporadicos isoladamente. Grassa ás vezes endemicamente em alguns locaes. Esta doença, ao contrario da meningite pneumonica propriamente dita, ataca de preferencia os individuos novos e as creanças.

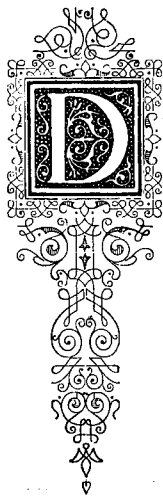
O agente morbifico propriamente dito e o modo d'infecção ainda não estão positivamente conhecidos. Observou-se recentemente no exsudato purulento das meningeas os bacillos pneumonicos de Fraenkel. Alguns auctores pretendem que desde o momento em que haja uma epidemia de pneumonias estas pre-dispõem o individuo de modo a dar-se rapidamente a infecção das meningeas, mas no que diz respeito a uma meningite verdadeira, esta seria originada por um factor morbigeno *particular* attendendo a que não se poderia explicar a razão porque o mesmo agente morbido se localisa umas vezes sómente no pulmão, ao passo que outras essa localisação se faz nas meningeas.

Netter, é de opinião que a meningite cerebro-espinal epidemica, n'um certo numero de casos, é devida ao pneumococco e só n'um certo numero de casos porque outros agentes pathogenicos podem determinar uma meningite esporadica como já tivemos occasião de fazer notar.



II

Etiologia



DEPOIS dos trabalhos de Cornil e Babés Firket, Foa, Senger e muito especialmente de Fraenkel, Eberth Talamon e Netter pode considerar-se como definitivamente estabelecido que na meningite pneumonica, quasi sempre se encontra o pneumococco no exsudato inflammatorio e além d'isso variadas experiencias feitas em animaes, principalmente em coelhos, tendem a provar que a presença do pneumococco nas meningas basta para provocar uma meningite. (Archivos de medicina n.º 1 de 1887 pag. 440 e seguintes).

Em face da opinião de tão abalisados professores julgamos-nos portanto mais ou menos auctorisados a confirmar o que já dissemos acêrca da causa pathogenica da meningite pneumococcica ; isto é, que consideramos o pneumococco como o agente essencial da meningite pneumococcica.

Estudemos agora as condições que tornam possível o accesso d'estes microbios ás meningeas. Temos desde logo a considerar dous casos: ou a infecção pneumonica é geral, ou local. No caso da infecção ser geral temos de admittir a possibilidade da presença do pneumococco no sangue, que foi verificada por Netter em dois casos de meningite pneumonica durante a vida. É o sangue n'estas circumstancias que se encarrega de transportar para a cavidade craneana os pneumococcos que elle adquira no foco pneumonico.

É preciso comtudo notarmos que não basta a presença do pneumococco nos vasos do encephalo para produzir uma meningite, porque então com mais facilidade se originaria uma endocardite visto o sangue estar mais em contacto directo com o endocardio.

Nas experiencias feitas em animaes é preciso modificar o encephalo de modo a tornal-o apto a ser infeccionado. Netter, por meio de cauterisações no encephalo d'um coelho e injeção intra-pulmonar d'um producto pneumonico, conseguiu produzir uma meningite pneumonica.

É pois necessario admittir na especie humana um certo numero de causas predisponentes, principalmente os antecedentes pathologicos cerebraes que tornam o encephalo um *locus minore resistentiae*. Devemos principalmente considerar, entre estes antecedentes pessoas, as lesões antigas do encephalo, as hemorragias, amollecimentos, tumores. etc.

Outras causas predisponentes são por exemplo, a alienação, as preoccupações habituaes da mulher

gravida e o alcoolismo que é talvez a causa predisponente na terça parte dos casos.

Devemos notar que nem sempre a pneumonia tem como fatal consequencia uma meningite ou qualquer outra lesão extra-pulmunar.

A pneumonia pode ser simples e não se dar n'esse caso a inquinação pneumonica do sangue, mas alguns casos ha em que o sangue se infecta no foco pneumonico pelos pneumococcus originando-se assim a pneumonia infectante a que Germain Sée attribue uma maior gravidade. A pneumonia infectante pode ser primitiva ou secundaria. No primeiro caso a quantidade e a qualidade dos microbios são taes que não se pode impedir o sangue de ser invadido. No segundo caso a infecção do sangue, torna-se possivel, quer pela debilitação do organismo, como acontece nos mendigos, nos famintos e nos convalescentes de doenças graves. Dieetl observou tres casos de meningite em individuos tratados pela sangria.

As lesões renaes, impedindo que se faça bem a eliminação dos parasitas, favorecem a accumulção d'estes no sangue e portanto a producção d'uma lesão extra-pulmunar pneumonica.

No caso da infecção ser local precisamos primeiro que tudo saber, que antes de se terem manifestado os symptomas d'uma meningite podem existir pneumococcus em certas regiões visinhas da cavidade craneana. D'estas regiões os pneumococcus podem attingir as meningeas, como o podem outros agentes infecciosos que occasionam meningites directas. É nas fossas nasaes, nos seios osseos e nos ouvidos que o pneumococco pode existir.

No individuo pneumonico, que é do que agora nos occupamos, observa-se principalmente o pneumococco na parte posterior da garganta. Encontra-se tambem, como disse, nas fossas nasaes e nos seios osseos. Já foram observados immediatamente por baixo da lamina crivada do ethmoide. Weichselbaum diz ter encontrado pneumococcos nos seios dos ossos do craneo. Netter menciona um caso em que encontrou na caixa do tympano e no labyrintho um liquido amarellado contendo pneumococcos.

Steiner e Streckheisen ainda mencionam observações referentes á localisação do pneumococco no ouvido. Parece que a penetração no ouvido se faz pela trompa de Eustachio.

A passagem dos pneumococcos das cavidades auditivas para as meningeas é relativamente facil, ou se opera pelos vasos sanguineos ou lymphaticos ou então pelo espaço lymphatico que serve de bainha aos nervos.

D'este modo podemos explicar a genese das meningites pneumonicas que precedem ou que existem desde o principio de uma pneumonia.

Notemos tambem que no individuo em estado de saude os pneumococcos existem habitualmente na bocca e nas fossas nasaes e que, desde o momento que uma causa occasional tornando um ponto visinho a estes onde se encontram os pneumococcos, apto a permittir ahi o desenvolvimento d'estes microbios, estes por seu turno podem chegar até ao encephalo e ahi se localisarem. Assim podem observar-se meningites pneumonicas consecutivas a otites, meningites por infecção nasal, meningites com-

plicando a grippe, a gravidez nos ultimos mezes, assim como tambem a causa que já mencionamos quando tratamos da meningite complicando a pneumonia, isto é o alcoolico.

As causas occasionaes a que nos referimos, são : o frio, a corysa, o delirio alcoolico, etc.

No decurso d'uma febre typhoyde Netter observou uma meningite pneumococcica.

Emfim todas as causas que enfraquecem o organismo, tornam-o um bom terreno para a cultura dos pneumococcos.

O sexo masculino parece ser mais atacado que o sexo femenino, sendo a proporção entre os dois sexos, a mesma que na pneumonia.

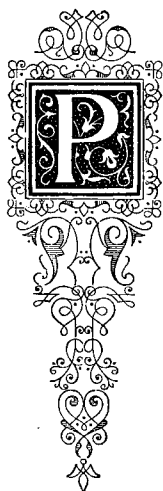
A idade tem algumas particularidades ; sem ser uma doença exclusiva do adulto é mais frequente dos 40 aos 50 annos.

A meningite é incontestavelmente muito frequente nas creanças, mas principalmente na primeira infancia. Bastantes casos tem sido observados em individuos com uma idade superior a 60 annos.



III

Anatomia pathologica



ELA observação anatomo-pathologica d'um cerebro e seus envulucros pertencentes a um individuo atacado de meningite pneumococcica, verifica-se que as lesões predominam mais de ordinario na convexidade dos hemispherios.

Ha ahi a observar, um exsudato amarello esverdiado, mais espesso ao nivel dos sulcos situados ao longo dos vasos. Observam-se egualmente depositos analogos nas duas faces do cerebello e na base do encephalo.

Se se tentar separar este exsudato, nota-se que a pie-mater não é muito difficil de separar da camada cortical do cerebro. Pelo contrario, o proprio exsudato faz corpo com a pie-mater. A sua consistencia é molle, fibrinosa; sendo sufficiente de ordinario a prática do medico para distinguir este exsudato

do da meningite tuberculosa ou da meningite que sobreveem a uma carie do rochedo.

A convexidade dos hemispherios é por vezes só compromettida, outras vezes as lesões são mais extensas chegando as meningeas espinahes a serem tambem lesadas.

Geralmente a medulla não se acha comprometida em toda a sua extensão sendo a parte posterior a que de ordinario é mais atacada predominando a lesão ao nivel da tumefacção cervical ou lombar.

A meningite espinhal pneumonica não faz distincção de baixo d'este ponto da de qualquer outra meningite rachidianna.

O que temos descripto, refere-se ás meningeas n'um grao inflammatorio muito avançado.

N'um periodo anterior a este só se encontram bandas amarelladas ou pequenos fragmentos dispersos. Pode-se observar n'estes casos uma injecção vascular notavel. Nas meningites bem caracterisadas a congestão é de ordinario menor.

N'um grao ainda menos avançado, tudo se limita a finos traços de côr esbranquiçada ao longo dos vasos. É necessario o auxilio do microscopio para verificar a existencia da meningite.

A exsudação fibrino-purulenta, ás vezes parece nulla e só se torna evidente depois que se abrem os ventriculos.

Encontram-se então os plexos choroideus, transformados em corpos arredondados, amarellos, de consistencia molle com a dimensão d'uma amendoa ou ainda maior. A substancia do plexo encontra-se de ordinario infiltrada pelo exsudato fibrinoso. Em

geral a quantidade de liquido ventricular augmenta. O liquido é turvo e pode conter em suspensão flocos fibrinosos.

Nos casos avançados a exsudação meningeia não é uniforme. Predomina algumas vezes ao nivel d'um hemispherio. (Nauwerk, Cruveilhier).

Deve notar-se que ha meningites pneumonicas localizadas exclusivamente na base.

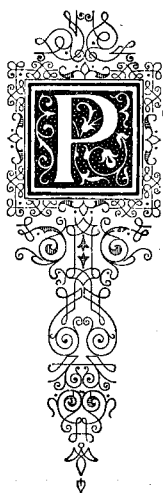
Ao mesmo tempo que se observam estas alterações nas meningeas podem encontrar-se lesões da mesma origem nos pulmões, endocardio e nas outras serosas.

O pus desenvolvido pelo pneumococco é um pus espesso e consistente, provavelmente devido isto á sua riqueza em fibrina e talvez tambem á presença do micro-organismo e da sua capsula gelatinosa. No pus das meningeas, o pneumococco encontra-se só ou está associado a outros microorganismos taes como o staphyllococco, o streptococco, etc. (Já tivemos occasião de nos referirmos ao que vimos de expor).



IV

Symptomatologia



PODEMOS considerar cinco fórmulas de meningite pneumónica: *latente, meningítica, apoplectica, basilar e cerebro-espinhal*.

Diz-se que a meningite pneumónica é latente quando existe sem determinar symptoma algum. É frequente esta fórmula, podendo dizer-se que 5 % dos casos de meningites são latentes.

No caso em que a meningite pneumónica se traduz por symptomas pode a meningite manifestar-se de varias fórmulas, sendo a mais vulgar, aquella em que os phenomenos de excitação cerebral predominam sendo este typo de meningite o chamado *fórmula meningítica*.

A fórmula apoplectica é caracterizada pelo começo brusco, sem prodromos, e conjunctamente, accidentes que tomam logo um character extremamente grave.

A fôrma basilar é muito pouco frequente e chama-se-lhe assim por causa do exsudato predominar na base do encephalo.

A fôrma cerebro-espinhal pode manifestar-se esporadicamente, (e n'este caso é de difficil diagnostico) ou então debaixo de fôrma epidemica.

A causa efficiente d'esta fôrma de meningite é a maior parte das vezes o pneumococco, porém outro microorganismo pode TALVEZ produzir a mesma doença.

Netter apresenta algumas observações confirmando estas differentes fôrmas de meningite.

Pode dizer-se que actualmente a symptomatologia da meningite pneumococcica não está ainda estabelecida; se em algumas occasiões se pode diagnosticar em vida, a maior parte das vezes só se chega a diagnosticar pela autopsia.

Esta especie de meningite encontra-se pela autopsia principalmente nos individuos que nos ultimos dias de vida se apresentam em grande prostração ou em estado comatoso.

Algumas vezes a meningite revela-se por signaes mais ou menos caracteristicos.

Os symptomatas variam com a séde e a extensão das lesões. Muitas vezes tem um começo brusco; subitamente a temperatura eleva-se; o pulso torna-se frequente e não diminuem o numero de pulsações, como succede na meningite tuberculosa; o periodo de remissão falta e são sobretudo os phenomenos de contractura que predominam.

A contractura é de ordinario quasi tetanica, comparavel á que se observa na meningite cerebro-espi-

nhal epidemica a qual é devida quasi sempre a pneumococcus.

Do lado dos centros nervosos ha ainda a mencionar o delirio, agitação, hallucinações, etc. emfim todos os signaes d'uma meningite da convexidade. Quando juntamente com estes symptomas se vê apparecer uma erupção de herpes, o diagnostico é um pouco menos difficil.

Nos casos em que a lesão predomina na base do encephalo, desenvolvem-se os symptomas d'uma meningite basilar e o quadro clinico não differe do da meningite tuberculosa.

Ha comtudo n'este caso a notar as paralyrias dos musculos motores do olho; myosis ou mydriase, alterações do fundo do olho apreciaveis ao ophthalmoscopio, perturbações nos musculos da face, alterações do rythmo respiratorio, modificações do pulso, etc. Um dos melhores elementos para o diagnostico, é a elevação notavel e continua da temperatura.

A meningeal espinhal, é algumas vezes compromettida dando isso origem á apparição de novos symptomas de grande valor. Entre estes symptomas temos a notar a rigidez da nuca, podendo a contractura estender-se aos musculos do dorso e produzir o opisthotonos, o emprostotonos, as attitudes do tetano apresentando o doente ás vezes os accessos convulsivos particulares ao nivel dos membros.

Outras vezes a affecção evolue com tal rapidez, (fórma apoplectica) que o doente succumbe com accidentes apoplectiformes; a morte sobrevem em poucas horas; não é raro encontrar na autopsia me-

ningites d'este genero, em individuos que morrem na rua de repente.

Ha um verdadeiro *ictus* apoplectico. O doente perde bruscamente o conhecimento.

A intelligencia embota-se completamente, as palpebras entre-abertas, o olhar vago e confuso. A respiração ruidosa, stertorosa, e a cada aspiração as bochechas agitam-se. Resolução completa dos membros.

O doente pode estar assim n'este estado até final sendo comtudo o tempo maximo dous dias. Em alguns casos pode a resolução predominar d'um lado do corpo. A apoplexia acompanha-se d'hemiplegia; algumas vezes ha mesmo umas melhoras passageiras e pode-se ao mesmo tempo que a hemiplegia notar a apparição da aphasia. N'estes casos, a autopsia de ordinario explica estes phenomenos mostrando o predominio do exsudato á superficie d'um hemispherio.

São estes os symptomas mais caracteristicos da meningite pneumococcica; todavia estes symptomas fazem-se sempre acompanhar d'outros, communs a todas as meningites.

Toda a meningite não tuberculosa raras vezes começa por prodromos. Observam-se de ordinario calefrios intensos (principalmente na meningite cerebro-espinhal em que o calefrio apresenta analogias com o da pneumonia).

A febre eleva-se rapidamente a 39° e mesmo a 40°. O estado geral ressent-se desde o começo. Ha insomnia, delirio e algumas vezes um estado typhoide.

Os signaes mais caracteristicos são: a cephalalgia muito violenta, os vomitos alimentares e a constipação, os phenomenos de contractura attingindo, primeiro a nuca, (rigidez da nuca) e podendo generalisar-se, a retracção do ventre e a retenção d'urina.

Podem igualmente observar-se differentes phenomenos do lado dos nervos da base do craneo em relação com a localisação das lesões, como por exemplo, o strabismo, a paralyisia facial, etc. É regra a existencia de nevrite optica.

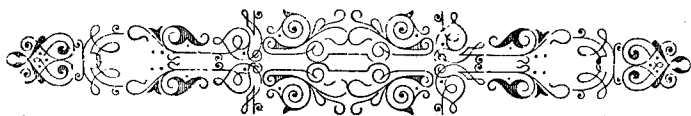
Devemos mencionar tambem os phenomenos de excitação. D'estes, os que se observam no principio, são as convulsões, o trismus a rubefacção da face e a irregularidade e frequencia do pulso e da respiração. Observam-se, como dissemos, no principio da doença, mas podem repetir-se durante um ou dous dias.

A estes phenomenos d'excitação succede o coma e ordinariamente segue-se a morte.

A duração da meningite varia de algumas horas, a algumas semanas.

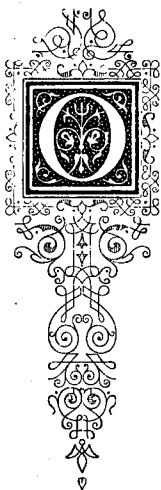
A meningite pneumococcica é algumas vezes seguida de cura, que se pode produzir muito rapidamente ou então fazer-se esperar algumas semanas. Hensinger refere um exemplo no qual a cura só foi completa depois de cinco semanas de um amollecimento cerebral. Lepine mostrou a existencia d'uma hemiplegia pneumonica sem lesão organica — e hoje crê-se na possibilidade das manifestações hystericas paralyticas provocadas pelas doenças febris.

Ha emfim observações em que a meningite é seguida de perturbações nervosas duradouras, accesos epilectiformes, phenomenos de paralytia e contracturas.



V

Diagnostico



DIAGNOSTICO é a maior parte das vezes extremamente difficil.

No caso d'uma meningite latente, pode dizer-se que é impossivel fazer um diagnostico exacto, todavia outras vezes o diagnostico pode formular-se com exactidão.

Basear-se-ha principalmente na apparição das perturbações do apparelho visual (olho e musculos), na hyperthermia e emfim nas modificações quasi constantes dos musculos da nuca, que quasi sempre se encontra rigida e dolorosa. Deve ser feito com o maximo cuidado, o exame aos ouvidos. Nos casos em que haja perfuração do tympano proceder-se-ha a um exame bacteriologico para confirmar a existencia dos pneumococcus.

Convem não deixar produzir a perfuração do tympano. Examinam-se as membranas e se se re-

conhece que ha derrame, deve praticar-se a paracentese, que quasi sempre é acompanhada d'um grande allivio para o doente.

Precisamos igualmente ter em vista, que, se a meningite suppurada está ligada algumas vezes a uma infecção directa da cavidade craneana, pode tambem ser devida a uma infecção metastatica.

Em certos casos particulares convém empregar um processo que dá resultados seguros. Consiste em examinar e cultivar o sangue do doente e verificar a existencia dos pneumococos.

Para estabelecer o diagnostico das differentes meningites entre si, será necessario praticar um exame consciencioso do ouvido medio, das fossas nasaes e da orbita.

As meningites das doenças infecciosas podem tambem desenvolver-se consecutivamente a uma otite media. Devemos-nos, portanto, basear na doença infecciosa que precedeu ou que acompanha a meningite.

Na meningite cerebro-espinhal, a noção de epidemicidade tem um grande valor.

Nota-se uma rachialgia accentuada na região lombar e uma hyperesthesia cutanea e muscular, localisada na parte posterior do tronco. Não é raro apparecer no curso da meningite epidemica erupções, roseolas, herpes labial, petechias, etc.

A meningite tuberculosa diagnostica-se pelos prodromos frequentes, pelos commemorativos, e pelos antecedentes hereditarios do doente. Algumas vezes é impossivel de estabelecer.

Pelo que vimos de expôr, parece podermos concluir que, clinicamente, é quasi impossivel estabelecer o diagnostico differencial entre a meningite pneumonica e a meningite aguda simples : os symptomas são exactamente os mesmos.

Netter diz que semelhante analogia não nos deve hoje surprehender porque sabemos « combien de fois, meme en dehors de toute pneumonie anterieure, la meningite est due au pneumocoque ». (Já nos referimos ao papel que este microbio desempenha na pathogenia das meningites suppuradas esporadicadas e epidemicas).

No Tratado de Medicina publicado sob a direcção de Charcot, Bouchard e Brissault, Netter apresenta a seguinte estatistica de que tambem julgamos conveniente fazer especial menção.

Meningites suppuradas. — 41 observações. 10 d'estas meningites tinham succedido a pneumonias.

D'estas, 9 eram pneumonicas ; 1 devida ao streptococco (havia no pulmão um abcesso de streptococcus).

Nas 31 meningites suppuradas (restantes) não acompanhadas ou precedidas de pneumonias, 18, isto é, mais de metade, eram causadas pelo pneumococco.

N'estas meningites pneumococcicas, 2 resultavam manifestamente d'um contagio por um individuo atacado de pneumonia.

N'um caso havia transmissão intra-uterina, no outro deu-se a transmissão pelo aleitamento.

Quatro vezes a meningite era consecutiva a uma otite media aguda.

A introdução dos pneumococcus tinha-se feito

duas vezes pelas fossas nasaes e pelos seios osseos por intermedio de tumores da base do encephalo e uma vez tinha havido communicação entre a bocca e a cavidade craneana por intermedio do trajecto seguido por uma bala de revolver.

Oito vezes a meningite era na apparencia primitiva. Em tres d'estes casos, coincidiu com uma endocardite ulcerosa, n'um dos casos tratava-se d'uma mulher gravida no ultimo mez.

Tres vezes a meningite primitiva tinha a marcha da meningite cerebro-espinhal classica e appareceu no momento d'uma epidemia de grippe.

O ultimo caso de meningite suppurada de pneumococcus complicava uma febre typhoide.

Q



VI

Marcha da doença e prognostico



COMO já tivemos ocasião de fazer notar, a meningite, pode sobrevir em plena febre pneumonica, depois da desfervescencia ou então apparecer antes da localisação pulmonar, podendo esta mesmo, não chegar a manifestar-se.

Ha observações que confirmam estes tres typos differentes. Assim, no primeiro typo, alguns dias depois da pneumonia se ter manifestado, apparecem symptomas de meningite. (Na observação que Netter apresenta d'este typo de meningite não havia ainda nenhum signal de resolução nem abaixamento de temperatura quando começaram a apparecer os symptomas meningiticos).

No segundo typo começam a apparecer os symptomas de meningite depois da desfervescencia. (Na observação referente a este caso, a pneumonia tinha entrado francamente em resolução. A desfervescen-

cia havia-se produzido. Tinha-se como que estabelecido uma convalescença legitima, que já durava ha alguns dias, quando de repente, appareceram os symptomas de meningite). Uma curva thermometrica d'um caso identico apresenta um traçado que revela a pneumonia anterior; depois um periodo apyretico, e em seguida uma exacerbação brusca que se refere á meningite. Todavia entre a queda thermometrica que corresponde á desfervescencia pneumonica e á exacerbação brusca correspondente á apparição da meningite, a porção de traçado intercalado, pode apresentar ascenções ligadas ao desenvolvimento d'uma outra manifestação extra-pulmonar.

Referimos-nos a um terceiro typo de meningite no qual os signaes d'inflamação meningeas existem desde os primeiros dias da pneumonia, algumas vezes mesmo antes d'esta se manifestar.

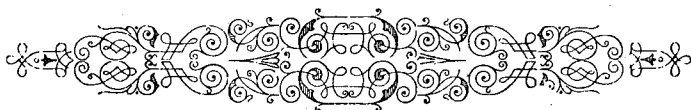
Estes casos são os mais raros.

Algumas vezes, a pneumonia não chega a manifestar-se ou porque tenha sobrevivido a morte ou então porque se trata d'uma localisação exclusiva do pneumococco nas meningeas.

O prognostico deve ser feito sempre com a maxima reserva, porque a morte, é a terminação a mais habitual d'esta doença.

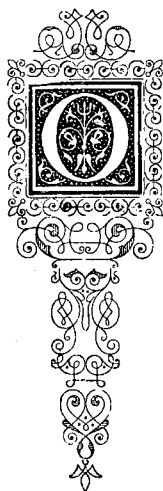
Tem-se observado a cura completa; a cura com perturbações cerebraes, porém, muito raras vezes. De resto o prognostico da meningite pneumonica basea-

se principalmente na gravidade dos symptomas cerebraes. Comtudo, nos casos considerados como leves, e mesmo nos primeiros tempos d'uma convalescença apparente, é preciso ser muito reservado no prognostico porque a doença habitualmente toma de novo um mau aspecto.



VII

Tratamento



TRATAMENTO da meningite pneumococcia é puramente symptomatico como em toda e qualquer meningite.

Manifestando-se n'um doente symptomas de meningite, o primeiro cuidado do medico, deve ser examinar com a maxima attenção, os ouvidos, a apophyse mastoidea, os seios osseos para verificar se existe em alguma d'estas regiões uma suppuração profunda ignorada. No caso affirmativo deve-se intervir cirurgicamente destruindo o foco de suppuração.

Da mesma fórma que no tratamento das inflamações serosas, tem-se usado no tratamento das meningites, a medicação revulsiva, applicando vesicatorios na cabeça do doente, previamente barbeada. Alguns therapeutas, aconselham de preferencia a pomada stibiada, a unção com oleo de croton tiglium,

as cauterisações com o ferro em brasa ou ainda as moxas.

Dujardin-Beaumetz fazendo a critica a esta especie de medicação, acredita nos bons effeitos que ella póde produzir, mas diz que se tem abusado muito d'este meio therapeutico, chegando mesmo a observar alguns casos em que o estado do doente se achava consideravelmente aggravado pelas dôres provocadas depois de applicações verdadeiramente abusivas de vesicatorios.

Tem sido igualmente aconselhada e com maior proveito a applicação de gelo em permanencia na cabeça; esta applicação deverá ser feita d'um modo continuo e de maneira a envolver completamente a cabeça do doente.

Como nem sempre o gelo é facil de obter, n'estes casos empregam-se as affusões frias na cabeça segundo o processo de Schütsenberger, que consiste no seguinte.

A cabeça do doente está um pouco fóra da cama onde elle se encontra deitado; por baixo da cabeça colloca-se uma tina que serve para receber a agua lançada sobre a cabeça por meio d'um regador.

Um outro meio de tratamento consiste nas emissões sanguineas feitas por meio de sanguesugas collocadas atraz das orelhas; Dujardin-Beaumetz é adversario das emissões sanguineas.

O tratamento interno tem dado resultados muito pouco favoraveis na cura da meningite; varios medicamentos tem sido aconselhados sem que se possa de entre elles escolher um só cujos effeitos beneficos se reconheçam verdadeiramente.

Podem dividir-se estes medicamentos em muitos grupos : uns actuando principalmente sobre a inflamação, outros sobre os symptoms e outros, emfim, sobre a causa da meningite. No caso de meningite pneumococcica este ultimo grupo de medicamentos não está ainda estabelecido.

Um dos medicamentos que mais tem sido empregados no tratamento das meningites são os mercuriaes para combater a inflamação e d'estes principalmente os calomelanos.

O sulfato de quinino egualmente empregado tem algumas vezes produzido effeitos bastante satisfactorios no tratamento da meningite o que Dujardin contesta acrescentando, que, provavelmente do que se trata é d'uma febre perniciosa de fórma cerebral ou d'uma febre typhoide.

O modo como o sulfato de quinino se tem administrado tem sido ou pela via estomacal ou então em injeções hypodermicas de chlorhydrato de quinino e mesmo em suppositorios.

A dóse regula-se segundo a idade do doente.

Se existem dôres e convulsões deve preferir-se o emprego do brometo de potassio ao hydrato de chloral.

Algumas vezes, quando as dôres são muito vivas, estão perfeitamente indicadas as injeções de chlorhydrato de morphina.

Trousseau recommenda no caso de convulsões a compressão das carotidas.

A meningite acompanhada de convulsões manifesta-se principalmente nas creanças.

Occuparam-se principalmente do tratamento d'estas convulsões Jules Simon e Descroizilles.

J. Simon prescreve o seguinte :

As creanças de um anno, ministra-se o brometo na dóse quotidiana de vinte centigrammas tomada em duas vezes, tendo mammado previamente a creança.

De um a dois annos a dóse quotidiana é de quarenta centigrammas ministrada em duas vezes, em xarope ou n'um vehiculo abundante na occasião das refeições.

Dos dois aos tres annos a dóse diaria é de uma e mesmo de duas grammas, mas por dóses progressivas, durante tres ou quatro dias.

Suspende-se o tratamento bromurado por espaço d'uma semana.

Tendo a creança mais de tres annos, dão-se dóses massiças, observando com cuidado os effeitos.

Descroizilles aconselha a applicação de loções frias ou então mergulhar o doente n'um banho tépido com farinha de mostarda. Estas loções podem ser feitas a todo o corpo ; dá bons resultados a applicação de affusões frias ou uma irrigação prolongada por meio d'um jacto d'agua que se deixa cair sobre a cabeça.

Se a irritação provém do tubo digestivo deve provocar-se o vomito fazendo a titiliação da uvula ou por meio d'um vomitivo.

Se o ventre está tenso, administra-se um purgante (calomelanos, ole de ricino, manná, etc.).

Deve-se verificar se a creança em alguma dejecção expelliu vermes, n'este caso, prescreve-se um

vermifugo. Frequentes vezes, os vermes dão logar a um quadro symptomatico que póde fazer crêr na existencia d'uma meningite.

Quando haja hyperemia cerebral, applicam-se sanguesugas atraz das orelhas, na extremidade inferior das coxas, na região tibio-tarsica, para fazer parar o accesso.

Nas creanças robustas deve praticar-se uma sangria no braço ou na saphena.

Alguns meios do valor mediocre, podem dar ás vezes bons resultados, taes são a applicação de cataplasma quentes adicionadas da farinha de mostarda e applicadas nos membros inferiores, ou então a compressão da carotida praticada com precaução. As inalações do chloroformio dão bons resultados mais muito passageiros; a repetição abusiva d'este meio therapeutico exige umas certas precauções.

Para combater um estado convulsivo prolongado, costuma ministrar-se ao doente a seguinte preparação:

Oxydo de zinco	} 5 a 40 centigrammas
Meimendro.	

O brometo associado ao chloral dá resultados muito mais satisfactorios que o brometo simples.

Quando o accesso tenha passado, convém que a creança fique por algum tempo em repouso absoluto. Em seguida administram-se differentes tonicos, continuando o uso prolongado do brometo. Prescrevem-se affusões frias na cabeça, fricções geraes, banhos tépidos frequentes, hygiene alimentar severa.

De quando em quando recommendar o uso dos calomelanos, valeriana e oxydo de zinco.

Como se observa pelo que acabamos de expôr, o tratamento é puramente symptomatico. A medicaçãõ empyrica tem sido empregada. Foi principalmente Luton, Blache, Bourrousse e Bonamy que a usaram primeiro. Luton empregava o extracto de folhas de nogueira, os outros o iodeto de potassio. Dujardin-Beaumetz emprega tambem este medicamento attendendo a que esta substancia é relativamente innocente e póde algumas vezes curar o doente, mas acrescenta o seguinte : «je reconnais que nous n'avons pas un moyen curateur certain, positif, et, malheureusement, lorsque nous guerissons de telles meningites, nous devons toujours nous demander si cela ne resulte pas plutot d'une erreur de diagnostic, que des effects reels de notre medication.»

PROPOSIÇÕES

Anatomia — O ligamento de Poupard é exclusivamente formado pelo bordo inferior da aponevrose do grande obliquo.

Physiologia — A absorpção, é uma funcção physiologica do protoplasma das cellulas epitheliaes do intestino.

Materia medica — Prefiro o salol na antiseptia das vias urinarias.

Pathologia geral — Os bacillus da diphteria não se localisam sómente nos pontos do organismo onde as falsas membranas se formam regular ou accidentalmente.

Anatomia pathologica — O ar expirado do homem em estado de saude, contém materias organicas volateis em proporções muito fracas.

Pathologia interna — No tratamento da lithiase biliar, prefiro o salycilato de soda.

Pathologia externa — Sempre que esteja indicada, e seja realisavel, a hysterectomia vaginal é preferivel á laparotomia.

Operações — As amputações são preferiveis ás desarticulações.

Partos — Quando n'um trabalho de parto, se tenha de fazer uma versão, deve sempre tentar-se, realizar esta por manobras externas.

Higiene — As moscas, podem produzir a disseminação do cholera.

Approvada.

O PRESIDENTE,

A. Maia.

Póde imprimir-se.

O CONSELHEIRO-DIRECTOR,

Wenceslau de Lima.