

B) Contagem especifica:

Polymorphos nucleares neutrophilos	76,0 ‰
Polymorpho nucleares eosinophilos	4,5 ‰
Polymorphos nucleares basophilos	0 ‰
Lymphocytos	13,0 ‰
Mónocytos.	6,5
	100,0

Imagem de Arneth, desviada para a esquerda.

Índice numerico de Wolf — 184,5.

C — Hemoglobina — 31 ‰.

D — Índice hemoglobínico globular — 0,439.

E — Reacção de Wassermann — negativa.

Evolução — Apesar do tratamento empregado, o seu estado se tem agravado, augmentando extraordinariamente as tumefacções ganglionares.

O tumor ganglionar inguinal esquerdo, veio a furo, sahindo cerca de um litro de pus.

O edema generalisou-se e a fraqueza accentuou-se, a ponto do doente não mais poder deixar o leito. Anorexia completa.

Na parte média do esterno, formou-se uma elevação que augmenta gradualmente de volume.

Febre — Vide quadro annexo.

Tratamento — Iodureto de sodio, azul de methylenio, sôro de cavallo anti-fermento.

Resultado — Absolutamente negativo.

Pesquisas de blastomycetos na urina e no escarro — negativas.

Myospasia

Dr. Campos Seabra.

Uma nossa cliente, de 12 annos de idade, dêsnutrida, nervosa, de mediocre intelligencia, descendente de pae alcoolico-syphilico e de mãe hysterica, rebento unico sobrevivente de um connubio de 16 annos, unico remanescente de um espolio consanguineo de abortos e nati-mortos, é, de quando em quando, presa, em pleno repouso, de **contrações involuntarias generalisadas**.

No inicio da molestia, o quadro morbido reduzia-se á **tremores paroxysticos, fugazes e parciaes**, comprometendo alguns musculos da coxa e da perna.

Ha 6 annos que a doente vinha percebendo taes tremores, que, eram, então, indolores.

Certa manhã, ha dous mezes, transpondo os degráos de uma escada que dá accesso a um compartimento do seu domicilio, escorrega e cahe, sendo dominada por um ataque convulsivo, demorado, generalisado, extenuante e doloroso.

Este episodio dura cerca de 2 horas, cessando as convulsões com a inalação de algumas gottas de chloroformio que applicamos á doente.

Antes, durante e depois do ataque, conservou-se integro seu estado consciente.

A' calma convulsiva sobreveio um somno tranquillo que durou tres horas. Despertando, a doente relembra o accidente que a victimára, queixando-se de dôres pelo corpo.

Nesse mesmo dia, a despeito de estar sob a acção medicamentosa tri-bromuretada, teve tres novos ataques, subitos, paroxysticos, sem prenuncios; como o primeiro, dolorosos, extenuantes, generalisados; como no primeiro, conservando nitida sua personalidade psychica.

Durante os ataques, ella propria, indicava os pontos onde as contracções eram mais intensas e dolorosas; chamava pelas pessoas de casa, pedindo agua, remedio e agazalhos.

No 3.º ataque sobreveio um novo accidenté: **entramamento e tremor da lingua**, causando embaraço á doente para articular os vocabulos que eram-lhes familiares.

Observando bem a modalidade destas convulsões paroxysticas, podemos avançar tres proposições:

- 1.ª) as contracções são bilateraes;
- 2.ª) são homologas;
- 3.ª) são, finalmente, alternas.

Bilateraes, porque as duas metades do corpo são séde das convulsões; **homologas**, porque affectam regiões musculares semelhantes; **alternas**, porque não ha simultaneidade de contracções nas duas metades do corpo.

As contracções não têm a mesma violencia para os musculos affectados. No nosso caso, pelo menos, é notavel a preferencia para o quadricíps, o semi-tendinoso, peroneiros, extensores dos artelhos, deltoide, biceps, grande peitoral, masseter, orbiculares dos labios e os da lingua.

Notamos mais, que a immobilisação forçada de um musculo convulsionado, põe-o em estado de relaxamento muscular, emquanto que o musculo homonymo entra em clonismo.

Quanto ao estado geral da doente é relativamente bom: regulares suas funcções digestivas, circulatorias, respiratorias e urinarias.

Musculos normaes; força dynamometrica proporcional. Reflexos normaes. Temperatura ordinaria.

Fica assim esboçada a syndrome principal da nossa observação.

Qual deve ser o seu diagnostico?

Será uma syndrome meningitica, cerebral, cerebellosa, bulbar ou medullar?

Será uma syndrome nevrosica?

Para que fosse ella de natureza meningitica, seria preciso que ao lado do seu cortejo symptomatologico figurassem outras manifestações que retratam as lesões meningiticas: cephalalgia, vomito, constipação, delirio, photophobia, hyperesthesia cutanea, paralysisa, rigidez da nuca e riso sardonico.

Seria illogico que tomassemos por syndrome meningitica uma **convulsão paroxystica** isolada, desprezando um cortejo de symptomas que, por si só, é capaz de denunciar a séde da lesão.

Para que ella fosse de natureza cerebral, outros symptomas deveriam dominar o scenario clinico: ausencia da faculdade psychica, paresia, resolução muscular, amyotrophia, perturbação acustico-visual, perturbação dos reflexos, cephaléa, e outros signaes, si quizessemos pensar em uma hemorrhagia, amollecimento, esclerose primitiva infantil, hemiplegia espasmodica infantil, paralysisa geral progressiva, tumor cerebral, sabido como é, que uma dessas modalidades clinicas seria capaz de provocar o phenomeno em observação.

Obedecendo o mesmo criterio analytic, é frisante que não se trata de uma syndrome cerebellar, pela ausencia de signaes proprios de lesão regional. A nossa observada nunca sentio cephaléa occipital, tontura, formigamento nos membros, somnolencia, movimento involuntario da cabeça, desorientação dos membros, anarthria, titubiação, paresia, perturbação visual, desigualdade e fixidez da pupilla, estrabismo convergente, surdez; e a ausencia de taes signaes não permite vêr nas convulsões da nossa doente ligação estreita com qualquer destas affecções: hemorrhagia, esclerose e atrophia, tumor ou abcesso cerebellar.

A syndrome bulbar tem tambem sua symptomatologia que não apparece em nosso caso: lipothymia, vertigem, vomito, cephaléa, paralysisa labio-glosso-laryngéa, opthalmoplegia, dysphagia, o refluxo de liquido pelo nariz, palavra nasalada e incomprehensivel, paralysisa facial, adynamia muscular, somnolencia profunda.

Muito menos provavel é a possibilidade de se pensar em uma syndrome protuberancial onde ha ausencia de **paralysisa alterna**.

A ausencia da syndrome de Weber é, com segurança, o melhor argumento para nos convenceremos que a convulsão apresentada pela nossa doente não pôde estar ligada á lesão peduncular em foco. De facto, se assim fôsse, além da convulsão, teriamos que observar

a paralyisia do oculo-motor commum do lado da lesão, coexistindo com a paralyisia dos membros, da face e do hypoglossio do lado opposto.

Que não se trata de uma syndrome medullar, não resta a menor duvida. Se a convulsão decorresse por conta de uma MENINGITE RACHIDIANA, é claro, que outras manifestações estariam patentes: a dôr violenta com localisação vertebral, nevralgia irradiante peripherica, hyperesthesia cutanea, sem fallarmos na paralyisia, que, quasi sempre, aparece em casos analogos.

Se ao lado da syndrome convulsiva, apparecessem abolição da sensibilidade thermica e dolorosa com conservação da sensibilidade tactil, atrophia muscular regional, a hemiparaplegia com hemianesthesia cruzada, (**syndrome de Brown-Séguar**), estaria feito o diagnostico de HEMATOMYELIA. Pela revelação do exaggero dos reflexos e trepidação epeliptoide espinal, estaria flagrante a DEGENERESCENCIA SECUNDARIA. A **syndrome de Landouzy**, a paralyisia ascendente, authenticaria uma MYELITE DIFFUSA. A marcha desorientada, fallaria a favor da **TABES DORSAL ESPASMODICA**. A dôr fulgurante, anesthesia plantar, o retardo das impressões sensitivas, o erro de localisação, a abolição do reflexo patellar, a presença do signal Argyll Robertson, o signal de Romberg, todo esse cortejo viria reconhecer a **ATAXIA LOCOMOTORA PROGRESSIVA**. Para que se podesse suspeitar da ligação da syndrome convulsiva á **MOLESTIA DE FRIEDREICH**, seria preciso que outro subsidio symptomatologico apparecesse: atrophia muscular, marcha desorientada e vertiginosa. O tremor intencional, por si só, affirmaria a **ESCLEROSE EM PLACA**. Por conta da **SYRINGOMYELIA**, haveria a abolição da sensibilidade thermica e dolorosa com a integridade da sensibilidade tactil, a presença do senso muscular e a atrophia muscular. A coexistencia da syndrome em observação com a paresia espasmodica e atrophia muscular, denunciaria a **ESCLEROSE LATERAL AMYOTROPHICA OU MOLESTIA DE CHARCOT**. A atrophia e a deformidade denunciariam a **PARALYSIA ESPINAL**. E, para não nos determos no estudo dos elementos de differenciação dos differentes typos de **ATROPHIA MUSCULAR PROGRESSIVA**, diremos, summariamente, que a syndrome em estudo não cahe em nenhum delles, porque falta nella a condição essencial de atrophiamiento muscular.

Decididamente, estamos em face de uma nevrose.

Qual será a que melhor interpreta a nossa observação?

Para que incidisse na **EPILEPSIA ESSENCIAL**, seria preciso: a) que o ataque fosse precedido de **aura**; b) que o **grito inicial** abrisse a scena convulsiva; c) que houvesse **perturbação profunda da personalidade consciente**.

Para que incidisse na **EPILEPSIA BRAVAIS-JACKSONIANA**,

mais amplo seria o scenario; a) **aura precursora**, b) **paralysis parcial e passageira post-epileptoide**, c) **unilateralidade convulsiva**, d) **confusão mental**.

Esses quadros não devem ser confundidos com um ataque ex-abrupto, sem prodromo e sem epilogo, sem sombra de um accidente que passa, sem uma nuvem de entorpecimento da faculdade psychica, para não darmos maior vulto á condição de bilateralidade convulsiva ao nosso caso.

Para o não prevalecimento da hypothese de HYSTERIA, será sufficiente pôr-se em evidencia: a) a **falta de estygmas somatico-psychicos**, b) **ausencia de aura**, c) **permanencia do livre arbitrio**.

A **sensibilidade cutanea tactil, thermica e dolorosa** é presente, no momento convulsivo.

O **senso muscular** é integro.

Não há perturbação na sensibilidade das mucosas e dos órgãos dos sentidos.

Não ha transição nas faculdades affectivas e emotivas.

Não ha **aboulia** nem **amnésia**.

Nunca teve a sensação de estrangulamento laryngeano, que, por si só, pôde constituir a aura hysterica.

No ataque da nossa doente, nunca observamos qualquer **attitude passional**, **pose plastica**, ou **attitude illogica**, que é o apanagio do ataque hysterico.

A instabilidade psychica e motora; a modificação instantanea do character, a gesticulação involuntaria e continua, as attitudes indecisas, a modificação subita e grotesca da physionomia; a unilaterialidade das contracções musculares, ou a bilateralidade simultanea; a projecção da lingua para fóra; toda essa symptomatologia da CHORE'A, não pôde ser confundida com a syndrome exposta

Não é licito tambem confundil-a com a ATHETOSIA DUPLA, que tem na rigidez permanente o character pathognomonic.

Não é um TIC NERVOSO, porque, no nosso caso, a contracção não é habitual e "não reproduz nenhum gesto reflexo ou automato da vida ordinaria." (Guinon).

A TETANIA, apezar de ser o diagnostico que mais se approxima do nosso caso, é, comtudo, contestada.

A falta de formigamento nas mãos e nos pés; o movimento voluntario dos dedos e artelhos; a ausencia do **signal de Trousseau**, isto é, a tetania provocada pela compressão; a ausencia do **signal Delpech**, equivalente á tetania provocada pela compressão dos ossos da mão; a ausencia do **signal de Chvostek**, correspondendo á tetania obtida pela excitação mechanica do nervo ou musculo correspondente, todos esses argumentos respondem pela negatividade da tetania. Para reforço da argumentação, convém repisar o seguinte: pela experiencia que submettemos á doente, vimos que qualquer

musculo em convulsão, sendo immobilizado, entrava em repouso muscular, enquanto que o musculo homologo entrava em clonismo.

Esta circumstancia constitue completo antagonismo dos classicos signaes do **contrôle** tetanico.

A MOLESTIA DE PARKINSON, que se caracteriza pelo tremor continuo não intencional, rythmado, lento e de pequena amplitude, não pode ser confundida com a syndrome convulsiva paroxystica.

Estabelecida a exclusão dessas nevroses, quer nos parecer que o diagnostico de MYOSPASIA é o que melhor se adapta á syndrome em observação.

E' uma nevrose estudada por Friedreich, em 1882. com a denominação de **paramyoclonus multiplex**.

Vanlair, estudou-a, dando-lhe o nome de **myoclone disséminado**.

Nevrose identica foi estudada por Moretti, com o nome de **Chalinochoréa**, e por Moretti, com o nome de **myospasia**.

Com qualquer desses nomes, todavia, é pobre a literatura medica sobre este assumpto, e a nosso vêr, entre os casos rarissimos dessa nevrose, o que viemos de expôr, tem justos titulos de ser incluído entre elles.

Schistosomiase americana ou molestia de Manson — Pirajá da Silva

(Trabalho apresentado pelo 5.º anista Menotti Sainati ao Gremio dos Internos dos Hospitales, em Agosto de 1918).

O apparecimento de um caso desta molestia entre nós, casualmente diagnosticado por um exame coproscopico, fez com que — levando em consideração a sua extrema raridade — tomassemos a resolução de vos apresentar a observação do mesmo, acompanhada de algumas ligeiras considerações sobre este parasitismo, soccorrendo-nos, para tanto, principalmente dos estudos de Pirajá da Silva. Este nosso eminente patricio da Escola Bahiana, concorreu enormemente para a individualisação da entidade morbida que nos occupa, tanto que ella bem merece ter — como propõe o Prof. Valladares da Bahia — o seu nome.

Dissemos ser bastante rara esta affecção. Com effeito, a não ser na Bahia, onde mais a molestia foi estudada em seus multiplos