

cerebral: evocai, se não quizerdes voltar os olhos para a opulenta documentação já esquadrihada, que se opõe a esse juízo, a perfeita integridade do sensorio de nossa mal-lograda doentinha e tereis, assim, dirimida a vossa duvida.

Si se tratasse de uma *hematomyelia*, por traumatismo da raque, aí, sim, encontraríamos o acôrdo indispensavel com as alterações da sensibilidade e a falencia da motilidade, presencadas no caso analisado. A anamnese nega, porém, a hipótese sugerida. E o líquido que escorreu limpo, na punção raqueana, e se aferiu por absoluta carencia de globulos vermelhos? Onde, na menina, o gravame dos esfinctéres, tão de uso na hemorragia da medula?

Não ha, pois, para quê apelar. *Poliomyelitis anterior, de marcha aguda e ascendente*, com a apresentação da *síndrome de Landry*, eis exclusivamente o que parece ser, e na qual se atestou conturbação profunda da sensibilidade objectiva.

Senhores, não se cuidasse de uma criança de 4 anos, e nós, que nos aferroamos convicto á excelente *doutrina de Babinski*, cogitaríamos da possivel idéa de surpreender um *exérto pitiatico em todo organico seriamente perturbado*, tanto mais que o facto conferia com a observação pessoal de uma doente de *mielite aguda*, que se viu abatida por subita paraplegia flacida dos membros inferiores, com *insensibilidade absoluta*, mostrada em territorio estranho ao dependente dos segmentos atingidos, e desaparecida 48 horas depois, quando ainda permaneciam teimosos, inclementes, os estragos da motilidade.

Abandonemos, portanto, mais essa interpretação. Limitemo-nos a consignar o fenomeno, por nós visto e apreciado, sem nos afundarmos, ao desbarato, em improficuos comentarios, que nos farão exorbitar do praso concedido para a palestra mais que vimos entretendo. Não vos deixemos, contudo, de lembrar que a Medicina, em sua esfera pratica de discernir doenças, como em qualquer outra de seus legitimos dominios, não tem, como sabeis, as certezas da Matematica. Ao contrario, edifica-se em terrenos baloufos e movediços, que se esteiam com maior vigor e robustez quando existe aprimorada e criteriosa observação. E esta, para que desempenhe melhormente o seu mister, preciso é que se exerça com o alevantado objectivo de gravar os factos no tocante á nudez com que se eles apresentam.

E, em procedermos dessa fôrma, já assim, faremos muito.

Meningites Grippaes *

pelo prof. Thomaz Mariante

Devem ser raros em nosso meio os casos de meningite grippal, pois, mesmo durante a pandemia de 1918, não vi, não li, nem ouvi nada neste sentido.

Na verdade a localisação meningéa do germen grippal é, pelo menos no adulto, das menos frequentes.

Não é possivel, porém, discretar com acerto acerca do assumpto, sem, previamente, esclarecer dois pontos de pathologia, que se prestam a gerar duvidas e incertezas a quem lê os auctores que melhor têm estudado a materia.

Refiro-me ás relações do b. de Pfeiffer com a gripe e ao valor que se deve dar aos termos: meningite serosa, meningismo, estados meningéos.

Tantos e tão extensos têm sido os trabalhos no sentido de determinar os laços existentes entre o bacillo descoberto

em 1892 por Pfeiffer e a gripe, mormente depois da ultima e famigerada pandemia, que si quizesse supprir a falta de experiencia pessoal, por uma estatística completa, resumindo tudo o que se tem escripto neste sentido, seria obrigado a fazer não um simples relatorio, mas um verdadeiro tratado e, com certeza, ainda haveria de faltar alguma cousa.

Contentemo-nos, pois, com o que de melhor encontrei ao meu alcance.

J. Courmont, em 1911, em seu "Précis de Bacteriologie" acha que o bacillo de Pfeiffer pôde muito bem viver em nós como saprophyta fóra dos casos de influenza, embora sendo o agente desta. Considera, tambem, possivel que catalogue-mos sob o epitheto de influenza, molestias diferentes, assim como pode o bacillo de Pfeiffer determinar affecções pulmonares diversas da influenza.

Kolle e Hetsch, na sua bacteriologia, são ainda mais categoricos, chegando a affirmar que o diagnostico da gripe deve se basear em primeira linha sobre a presença ou ausencia do bacillo especifico."

Dopter já pensa de outra maneira e, em trabalho publicado em 1914, declara ainda não ter sido descoberto o germen da gripe.

Netter, não só em o magnifico artigo sobre a gripe, no tratado de medicina de Brouardel e Thoinot, edição de 1914, como tambem em varios outros sahidos a lume durante e após a ultima pandemia grippal, mostra-se convencido da especificidade do bacillo de Pfeiffer, unico causador da influenza: "L'épidémie de 1918 est sous la dépendence du coccobacille de Pfeiffer comme l'était celle de 1889."

Para Armand Delille o agente da gripe é um virus filtravel, o bacillo de Pfeiffer nada mais sendo do que um agente de infecção secundaria.

James Mc. Intosch examinando em 1918 o esputo de 25 grippentos encontrou o bacillo de Pfeiffer em 21 e, em outras pesquisas, numa percentagem de 68.3.

Ào lado do bacillo de Pfeiffer tambem existiam outros bacillos e cocci, mas nenhum com a constancia daquelle.

Billings, em commentario a respeito, é de opinião que este facto, de per si, não significa que o bacillo de Pfeiffer seja o responsavel pela gripe, e sim que se encontra presente na maioria dos casos desta infecção. Confesso que não vejo e porque da opinião de Billings.

No numero de Maio de 1919 dos "Archives of Internal Medicine", Francis M. Rackmann e Samuel Brock expõem o resultado de seus estudos sobre a epidemia da gripe observada durante os mezes de Setembro a Novembro de 1918, no acampamento militar de Merrite, (U. S.). Estes auctores encontraram o bacillo de Pfeiffer em 72, 6% dos primeiros casos e em 57,2% dos ultimos e assim se expressam a respeito: "The frequent finding of Pfeiffer's bacillus in sputa and in lunge at necropsy is interesting but not peculiar to this disease."

Ward J. Mac. Neal, no numero de Junho do mesmo jornal, relatando a epidemia grippal que acometiu as forças expedicionarias americanas na França e Inglaterra, conclue a respeito da etiologia da mesma: "The bacillus of Pfeiffer is the apparent cause of the epidemic disease, but its casual relationship is not proved conclusively."

Ainda nos "Archives of Internal Medicine" encontra-se no numero de Agosto do mesmo anno, (1919), o extenso trabalho de Baldwin Lucke, Toynbee Wight, e Edwin Kyme sobre a anatomia pathologica e bacteriologia da influenza.

Deste magnifico artigo extrahimos as seguintes conclusões referentes ao nosso assumpto: "O bacillo da influenza, ainda que não se achasse em todos os casos, estava presente numa percentagem bastante elevada, e, a miude suf-

ficientemente em infecções mortaes para considerá-lo, não a causa primeira, pelo menos o mais importante indicador da influenza epidemica.

De qualquer maneira seu apparecimento com a epidemia e sua relativa ausencia anteriormente a esta, usando os mesmos methodos de cultura, mais fortalecem a supposição do seu papel pathogenico”.

O erudito dr. Irineu Malagueta publicou, em 1919, nos Archivos B. de Medicina, excellent estudo sobre a gripe, com um bem completo resumo das pesquisas feitas até então a proposito da etiologia desta terrivel molestia, do qual tirei as seguintes linhas que se seguem: -

“Depois da critica feita aos pesquisadores que não encontraram o Pfeiffer por falta de technica (ex. da revista The Lancet), critica á qual se seguiu a indicação dos meios de cultura de Matthews e Levinthal, diversos auctores annunciam ter encontrado o Pfeiffer.

Por outra parte, observadores diversos, uns confirmando aos outros, parece estabelecerem ser um virus filtravel a (filterpasser), o agente primario e causador essencial da influenza.

Esta serie de estudos começou com Selter seguindo-se Nicolle e Lebailly, Dujarric de La Rivière, etc. Gibson, Bowmann e Connor trabalhando sob a direcção de Cummins e auxiliados pelo “Medical Research Committee” no laboratorio do Exercito inglez em França, confirmaram as experiencias de Nicolle e Lebailly.

Como harmonisar esses pontos aparentemente oppositos? pergunta “The Lancet” — no seu “leading article”.

Anatomopathologicamente estão concordes os auctores com o quadro que traça Rajkmann: abundancia de hemorragias nas serosas e mucosas e nos pulmões: “The whole process seems to be primarily a bacteriemia localised in particular in the pulmonar bloodvessels”.

As hemorragias no pulmão abrem o caminho ás infecções secundarias.

Ora o bacillo de Pfeiffer não é encontrado no sangue, no começo da infecção, logo, não pode ser a causa das lesões vasculares em questão. Admittindo o Pfeiffer constante e associado á doença — pelo menos nestes ultimos tempos da epidemia — duas explicações se nos deparam:

1.ª — Trata-se de um germen que apresenta duas phases: uma, de forma diminuta, filtravel, que se torna hemática; outra, de forma bacillar, desenvolvendo-se particularmente na arvore respiratoria.

2.ª — Trata-se de symbiose. Então, a forma filtravel penetrará na arvore respiratoria, favorecendo o desenvolvimento simultaneo do bacillo de Pfeiffer, de tal geito que os dois germes sejam transportados juntos, de individuo a individuo.

Selter suggeriu a idéia do desenvolvimento symbiotico do virus com o diploestreptococco.

Ora, considerando a grande frequencia deste póde aventar-se uma:

3.ª — Hypothese: O diploestreptococco teria uma forma primitiva, infinitamente pequena, filtravel e outra adulta. A gripe seria essencialmente uma symbiose deste estreptococco-de phase dupla (two-phased streptococcus) com o bacillo de Pfeiffer.

A favor deste modo de ver, ha o facto de o estreptococco como grupo, ser um germen hemático, com tendencia a multiplicar-se e formar embolias bacterianas nos capillares.

Accresce ainda que Little empregou um diploestreptococco, isolado em grande copia de casos fataes, provocando em coelhos, estado morbido fatal em que precoces lesões

hemorrhagicas do pulmão constituíam physionomia caracteristica.

Conclue “The Lancet”: “Ficará o virus filtravel (filter passer) invisível ou quando cultivado em condições favoraveis, desenvolver-se-á sob fórma visível estreptococcica ou bacillar?”

Como acabaes de ver, apesar do muito que se tem escripto, ainda não chegaram os auctores a uma unidade de vistas quanto ás relações existentes entre o bacillo de Pfeiffer e a gripe.

Julgo, porém, poder legitimamente concluir do exposto que o bacillo Pfeiffer tem ainda a primasia na etiologia da influenza e que, sem grande causa de erro, podemos, até segunda ordem, considerá-lo isolado ou em symbiose como o agente da gripe, pelo menos da maioria dos casos de gripe.

Não foi fóra de proposito, como talvez pareça, tão longa dissertação sobre a etiologia da influenza, e tem seu fundamento na divisão, a meu ver inexacta, que, como vereis a maioria dos auctores faz entre meningite grippal secundaria e meningite primitiva a b. de Pfeiffer.

Quanto ao 2.º ponto diz respeito á exactidão da linguagem medica, no tocante aos termos technicos empregados para classificar os typos anatomo-clinicos de inflamações das meninges.

A meningite serosa é, segundo o conceito geral, toda aquella meningite na qual o liquido cephalo-rachidiano se conserva transparente, aseptico, dando um prognostico benigno.

Este conceito, envolve um grande erro, pois, como vem de demonstrar Aboulker, estes liquidos podem ser: septicos, toxicos e de prognostico fatal.

O termo meningismo foi creado por Dupré em 1894, para certos casos de creanças nevropathas que, sob influencias diversas apresentavam signaes de meningite sem na realidade haver inflamação das meninges. (Garnier e Delamare).

Por um vicio de linguagem este termo passou a ser empregado fóra do seu conceito primitivo e fóra de proposito.

Diz Aboulker que meningismo, hoje, apenas poderá corresponder a estados pithiaticos simulando a meningite.

Estados miningêos é o subterfugio empregado para disfarçar um diagnostico incerto, significa: deve haver qualquer cousa para o lado das meninges, mas não sei o que é e não tenho a coragem de dizê-lo.

No momento actual considero a seguinte classificação, proposta por Aboulker, como a mais logica e scientifica, a mais de accordo com as leis da pathologia geral:

Sub-agudas (congestivas simples) antiga serosa

Agudas (sero-fibrinosas)

Super-agudas (suppuradas)

Chronicas

Meningites

Basear o diagnostico de meningite exclusivamente no resultado do exame do liquor, é arriscar a deixar passar sem diagnostico preciso muita meningite sub-aguda.

“Na realidade affirma Aboulker, ha meningite:

1.º — Toda a vez que se constatar nitidamente a existencia da syndrome clinica conhecida, haja ou não modificação do liquor;

2.º — Toda a vez que se constatar a syndrome do liquor, haja ou não syndrome clinica;

3.º — Toda a vez que existirem as duas syndromes reunidas;

Pouco importa que a molestia seja benigna ou maligna, curavel ou mortal, cure espontaneamente ou por meio de medicamentos, etc.”.

“Si não contestamos a denominação de pleuriz as infecções, intoxicações ou intoxicações pleuraes que curam espontaneamente ou por punção, porque fazel-o com as meningites que curam?”

Estas considerações feitas a proposito das meningites oticas, generaliso-as a todas as meningites, pois como diz o referido auctor: “não ha meningites medicas e meningites chirurgicas, a molestia meningéa é uma, em todas as suas manifestações pathogenicas, clinicas e therapeuticas”.

Postas estas preliminares e de accordo com as mesmas, entremos no amago do assumpto.

Descrevem os classicos separadamente as meningites que apparecem no evoluer duma grippe, função do b. de Pfeiffer, ou de outro germen e as meningites a bacillo de Pfeiffer, sem previo ataque grippal, constituindo estas um typo especial de meningite, primitivo, independente da influenza.

Esta separação considero-a toda artificial, pois as descrições clinicas da meningite a b. de Pfeiffer e as de uma grippe com meningite, se podem perfeitamente sobrepor, e, sinão vejamos a symptomatologia da meningite a b. Pfeiffer segundo Costaigne e Paiseau e comparemo-la com a de um caso de grippe com meningite:

“Durante seu periodo prodromico constata-se symptomas que lembram sobretudo os da grippe; cephalaria, defluxo, bronchite, fadiga muscular, febre. Estes symptomas podem durar muito tempo e desviar o diagnostico: com effeito a transição entre elles e os da meningite se faz insensivelmente.

No periodo de estado, o quadro clinico apresenta aspectos variaveis segundo os individuos e sobretudo segundo sua resistencia e idade: ora, é uma creancinha que delira e se agita, ou se mostra abatida, ora é um adulto atormentado por uma cephalalgia violenta mas que conserva toda sua lucidez de espirito.

Ao mesmo tempo constata-se perturbações dos differentes aparelhos, bronchite com estertores disseminados nos dois pulmões, as vezes focos de broncho-pneumonia; para o lado do aparelho digestivo nauseas, vomitos e sobretudo diarrhéa. Por vezes o baço se encontra hypertrophiado.

Logo os symptomas cephalicos chamam a attenção, podendo ser encontrados todos os elementos da syndrome meningéa, entre os quaes devemos notar, por sua particular intensidade: a rigidez e a dôr da nuca, esta muito intensa, podendo irradiar-se ao longe da columna vertebral e a contractura dos musculos do dorso.

Os sumptomas oculares são constantes.

Ha tambem Kernig e todas as variedades de contracturas musculares, hyperestesia cutânea, convulsões, delirio, obnubilção.

A temperatura eleva-se gradualmente e se mantem entre 38° e 40°.

A duração, em geral bastante curta, varia entre 12 e 15 dias. A terminação pela morte é longe de ser a mais frequente. A cura, rara no lactante, se produz mais vezes no adulto.

O diagnostico da natureza pfeifferiana da meningite é, concebe-se, dos mais incertos.

Contudo podemos pensar nella baseando-nos na importancia dos phenomenos de infecção geral, não só durante o periodo prodromico, como no decorrer do periodo confirmado.

Nunca, porém, poderá ser assegurado, sem a confirmação bacteriologica”.

Estão claros e patentes nesta descripção, os signaes clinicos de uma grippe que se complicou com a invasão das meninges por seu agente causal, resultando a meningite especifica grippal.

Comparemos agora o quadro acima exposto com o da meningite grippal secundaria feito por Enriquez em seu tratado de Medicina:

“Via de regra, os accidentes nervosos apparecem no decorrer de uma grippe, mais ou menos grave, ás vezes de apparencia benigna; mas tem-se observado casos em que os accidentes parecem irromper isoladamente, a cephalalgia sendo o unico signal premonitorio.

Todos os signaes da meningite podem se apresentar: cephalalgia, constipação, vomitos, prostração completa ou delirio, com gritos, ranger dos dentes, convulsões, crises epileptiformes, contracturas, rigidez da nuca, hemiespasmos com paralysisia facial-monoplegia, hemiplegia, paraplegia, coma. A temperatura pode ir além de 41° com pulso a 100, 140, por vezes arhythmico, intermitente, etc. Todos estes symptomas podem existir, tanto na meningite verdadeira, como no *meningismo*.

Concebe-se então quão serias são as difficuldades de diagnostico e, ipso facto, de prognostico. Aliás seguindo certos auctores (Moyser e Genet) não haveria entre *meningismo* e meningite sinão uma questão de gravidade variavel”.

Como acabamos de ver e já foi dicto, os dois quadros clinicos se podem perfeitamente superpor.

Hutinel e Voisin, discorrendo sobre as formas etiologicas das meningites agudas, tratam minuciosamente do typo determinado pelo b. de Pfeiffer, que julgam não ter nenhuma relação com a grippe, as epidemias das duas infecções não sobreindo ao mesmo tempo.

Porque razão, sendo o bacillo de Pfeiffer o responsavel pela maior parte das gripes, separar as meningites em que se encontra este germen no liquor, das meningites que podem surdir no decorrer de uma grippe classica e nos quaes o liquor igualmente pode apresentar o Pfeiffer?

Será porque no decurso de uma grippe typica as meningites a b. Pfeiffer sejam raras em relação ás que dependem de outros germens e mais frequentes nos estados grippaes leves que os auctores consideram como o periodo inicial da meningite a b. de Pfeiffer?

Raciocinando bem verificamos logo a falta de logica em taes conclusões, pois nado impede que durante uma grippe grave outros germens se exaltem e por infecção secundaria occasionem uma meningite aguda não especifica; assim como nada impede que a meningite seja causada pelo b. da influenza, quer se trate de um caso grave daquela molestia, quer um aparentemente benigno, mas que de facto grave se torna pela localisação do virus.

Lisbonne e Leenhardt em artigo recentemente publicado no “Paris Médical”, a proposito de um caso de meningite causado pelo b. de Pfeiffer, que julgam ser a verdadeiramente primitiva, affirmam serem mudos os tratados classicos no tocante ás meningites primitivas a b. de Pfeiffer. “Les méningites á bacilles de Pfeiffer sont bien connues. En ce qui concerne le nourrisson en particulier, de nombreuses observations publiées ont montré depuis longtemps la possibilité d’une localisation aux méninges du bacille de Pfeiffer á la période terminale de l’évolution d’une grippe grave ou déjà compliquée (broncho-pneumonie, otite, myocardite). Dans ces cas, la méningite n’est qu’une localisation de plus de l’infection générale particulièrement grave et toujours mortelle.

Pour si habituelle que soit cette forme clinique de méningite pfeifferienne, il ne faut pas méconnaître cependant un autre mode d'atteinte des méninges par le bacille sur "lequel les traités classiques restent muets", et qui ne paraît pas avoir suffisamment retenu l'attention des cliniciens jusqu'à présent: cest la méningite primitive à bacilles de Pfeiffer chez le nourrisson".

Como acabamos de vêr os ilustrados professores de Montpellier tem a opinião que acabo de expôr pois ao assegurarem que os classicos são mudos a proposito da meningite primitiva a b. de Pfeiffer, ipso facto, declaram que o que nelles se encontra descripto sob esta rubrica, nem de longe merece esse titulo.

De accordo, pois, com os referidos professores tudo o que existe publicado nos classicos com o nome de meningite primitiva a b. de Pfeiffer, deve ser incluído nas meningites secundárias a uma infecção grippal.

Para elles porém, de facto existe uma meningite primitiva a b. de Pfeiffer, ultimamente verificada por alguns auctores e da qual dão como prova um caso por elles observado, de uma creancinha de 2 annos de idade, que durante um passeio se sente mal, não quer mais andar, e de volta á casa começa a vomitar a cahe em profundo abatimento. Chamado um medico, este verifica haver febre, 39°.5, rigidez da nuca, e serem negativos os exames dos diversos aparelhos. Assim se mantem durante 2 dias, manifestando-se em seguida, em toda a sua plenitude, a syndrome meningéa, a punção lombar demonstrando a existencia de grande quantidade de b. Pfeiffer.

Lisbonne e Lenhardt concluem desta observação que uma meningite pfeifferiana pôde começar como uma meningite primitiva sem nenhuma manifestação grippal anterior e que a mesma confirma a opinião de alguns bacteriologistas de que o b. de Pfeiffer não é o agente especifico da grippe, pois que pôde determinar lesões não grippaes.

Assim como, apesar da meningite cerebro espinhal epidemica ser uma complicação da rhino-pharyngite meningococcica, (esta é a doutrina mais em voga na actualidade) podendo se dizer que para um caso de meningite ha varios de rhino-pharyngite, a localisação meningéa sendo precedida de uma rhino-pharyngite inicial, primitiva, ha casos em que o acommettimento ás meninges é tão rapido, que a phase inicial passa quasi desapercibida, não se negando por isso a especificidade do meningococco, nem creando um typo primitivo de meningite epidemica, tambem a meningite grippal pôde se seguir tão rapidamente á infestação grippal, que os symptomas desta fiquem occultos, isto não significando que não houve infecção grippal inicial e que o b. Pfeiffer não é especifico.

Aliás as observações citadas por Lisbome e Lenhardt são ainda em numero pequenissimo e não são sufficientes para firmar uma doutrina, tanto mais que a grippe é muito variavel em sua symptomatologia e seu inicio pôde ser subitaneo e brusco como o do caso destes auctores.

Em summa podemos considerar como grippal toda a meningite em que for encontrado o b. de Pfeiffer no liquor, assim como aquelles casos nos quaes, apesar de não se encontrar o b. de Pfeiffer no liquor, (não se verificando tambem a presença de qualquer outro germen) houve signaes clinicos evidentes de meningite num doente de infecção grippal.

A's inflamações das meninges, causadas por outros germens, embora appareçam durante um estado grippal, não se pôde legitimamente chamar de meningites grippaes; se-

rão meningites agudas a pneumococcus, estreptococcus, etc., complicando uma grippe.

Vejamos agora, em resumo, o quadro clinico da meningite grippal.

O começo é o de toda a grippe: cephalalgia, dores pelo corpo, quebrantamento, febre, defluxo, bronchite mais ou menos intensa. Salienta-se desde logo o symptoma, dor de cabeça por sua rebeldia e intensidade.

Outras vezes este periodo inicial é apenas representado por defluxo com dôr de cabeça, ou por uma bronchite mais ou menos intensa. Por vezes é uma otite, apparentemente primitiva.

Esta phase pode durar alguns dias, 4 a 7 e em seguida se installam os symptomas reveladores do ataque ás meninges.

"L'affection debute par des signes generaux qui rappellent ceux de la grippe: fièvre, courbature generale, enclenchement du nez, bronchite, cephalée.

Ces troubles peuvent durer quelques jours (Stephen Chauvet).

Progr. ssivamente, de costume, algumas vezes, subitamente ins. alla-se a syndrome meningéa.

No periodo de estado o quadro clinico, variavel com o variado dos casos, é na maioria das vezes constituido dos signaes geraes do periodo inicial, mais accentuados, podendo se acompanhar de perturbações gastro-intestinaes: nauseas, vomitos, diarrhéa, prisão de ventre: de hypertrophia do baco; de temperatura elevada a 39° e 40°: e mais a syndrome nervosa: prostração intensa ou ao contrario convulsões e delirio, ou phases convulsivas alternando com phases de profunda somnolencia, coma; cephaléa, com predilecção para a nuca, rachialgia; perturbações oculares.

O exame directo revela rigidez da nuca, Kernig, hyperesthesia cutanea.

Pela punção lombar extrahe-se um liquor que pode apresentar, como diz Stephan Chauvet, todas as modalidades de alterações observaveis nas meningites agudas.

O bacillo de Pfeiffer é encontradico na maioria dos casos, porém, podem se apresentar, casos, raros, em que o liquor seja esteril, casos que levaram Henriquez a separar a meningite grippal do meningismo grippal, empregando mal este ultimo termo!

Havendo no primeiro caso, alterações do liquido, que podem ir até á suppuração e no segundo simples intoxicação meningoencephalica, o diagnostico entre as duas formas só podendo ser feito pela punção lombar, segundo o referido auctor.

A duração média da meningite grippal é de 10 a 15 dias e a terminação pela morte muito frequente.

Segundo Chauvet é de regra na latente, o adulto curando as vezes.

O prognostico varia, pois, com as condições de idade do doente e estado geral do mesmo.

Com Aboulker, acho que o melhor guia se encontra no estudo do aspecto clinico do caso e sómente secundariamente no resultado do exame de liquor.

Tem sido observados casos de meningite de liquido septicico, turvo, com tendencia á suppuração, porém; com estado geral bom, lingua humida, face calma, que curam; ao passo que outros com liquido aseptico, limpido, porém, com máo estado geral, lingua secca, face abatida, que terminam pela morte.

O caso da observação que breve relatarei foi um destes que se o prognostico estivesse de accordo com o exame do liquor deveria ter exito letal.

Nos casos typicos de meningite grippal o diagnostico da syndrome meningéa se impõe, restando apenas o da natureza da meningite, problema que se resolve pelo estudo dos symptomas iniciaes e geraes e, principalmente, pelo exame bacteriologico do liquor.

Quando, porém, como recentemente me foi dado encontrar e como vereis na leitura da observação os symptomas iniciaes são apagados e a syndrome meningéa se installa de um modo brusco, cahindo o doente em profunda somnolencia, havendo crises convulsivas que podem não ser muito nitidas e escapar á cercania do doente, as cousas são mais serias e é legitimo discutir o diagnostico: principalmente com a uremia, a hemorrhagia cerebral, e a encephalite lethargica.

A marcha da molestia, as promptas e rapidas modificações do coma e por fim o exame do liquor elucidarão a diagnose.

O tratamento será o das meningites agudas, chamando principalmente a atenção para o uso da urotropina que parece dar bons resultados.

Para terminar passo a expor um caso de meningite aguda, duplamente interessante, pela sua natureza grippal e pela sua terminação pela cura, o qual foi o motivo deste relatorio.

Trata-se de distincto cavalheiro da nossa sociedade, velho syphilitico, grande fumador e tomador de café, acommettido ha 15 annos de uma hemorrhagia cerebral, da qual ficou como sequella leve hemiparesia D. A molestia actual iniciou-se incidiosamente. A principio era um desagradavel máo estar, acompanhado de cephalalgia e signaes de tra-cheite.

Breve se installa accentuadâ prostração, o appetite é quasi nullo, a temperatura eleva-se á tarde até 37°-37°,5, a lingua torna-se saburrosa, com um leve tom opalino. A cephalalgia incrementa-se e preoccupa o paciente.

A estes symptomas ajunta-se a somnolencia que aos poucos se torna quasi continua. Deante deste quadro o medico assistente. Prof. Franco, lembra a conveniencia de se ouvir outro collega, sendo então chamado o Prof. Mariante. Da conferencia resultou a indicação de se fazer uma punção lombar para elucidar o diagnostico. Isto se deu ao 6.º dia de molestia, tendo sido a punção emprezada para o dia seguinte, portanto 7.º de doença, quando o estado do enfermo peiorou rapidamente. A temperatura alcança 39° (3 de Março) a cephalalgia é violenta, e, de inopino, quando procurava tomar um purgativo, o doente é tomado de forte ataque convulsivo, com perda do conhecimento.

Chamado nessa occasião, por se tratar de um caso urgente, attendi immediatamente encontrando o paciente em estado comatoso, com os membros inferiores fortemente flexionados. A respiração era estertorosa e a face cyanotica.

Emquanto esperava pelo collega assistente que fôra chamado, fiz uma lavagem intestinal, que provocou forte eliminação de materia fecal, ao mesmo tempo era collocada uma bolça de gelo sobre a cabeça do enfermo.

Chegado o collega e como pensassemos em uma hemorrhagia cerebral e a pressão arterial nos parecesse á palpação da radial muito elevada, fizemos uma abundante sangria, retirando cerca de 600cc. de sangue. Com estas medicações a respiração se tornou mais regular, a face perdeu o tom cyanotico e ao cabo de 2 horas, mais ou menos, o paciente sahiu do estado comatoso, dirigindo algumas palavras á familia, para em seguida novamente cahir em somnolencia profunda.

Deante disto e como não houvesse surgido nenhum phe-

nomeno de paralysisa, foi abandonada a hypothese de hemorrhagia cerebral e, em conferencia com os collegas Franco, Mariante, Blçsmann e Heitor foi aventada a hypothese de uma uremia de forma nervosa. Esta hypothese é por sua vez abandonada, em face das dosagens de uréa, creatinina no sangue, que estavam dentro dos limites normaes e por ter o doente urinado abundantemente...

Neste ponto ha novo acesso convulsivo.

Fica então resolvido fazer-se immediatamente a punção rachidiana, para elucidar o diagnostico que ficára então suspenso entre encephalite lethargica (pelo estado infecioso, somnolencia pertinaz) e meningite aguda, provavelmente grippal (pelos symptomas geraes) cephalalgia violenta, convulsões e como meio therapeutico.

Feita a punção lombar pelo Prof. Blessmann, jorra o liquido sob bastante pressão e seu aspecto é levemente turvo e sua côr rosea. O exame do mesmo feito em seguida pelo Prof. Pereira Filho, deu o seguinte resultado.

Exame chimico:

Dosagem da albumina — 0,94 por litro liquido centrifugado.

Dosagem de assucar — 0,55 p. litro.

Dosagem da uréa — 0,364 p. litro.

Exame bacterioscopico e cytologico:

Gram. Existem alguns bacillos, negativos, com os caracteres morphologicos do germe de Pfeiffer.

Muitos globulos vermelhos, raros lymphocytos e polynucleares.

O exame do aparelho respiratorio revela alguns estertores bronchicos. Para o lado do aparelho circulatorio nota-se um certo gráo de hipertensão arterial (Mn. — 105 — Mx. — 145) pelo processo de Vaquez Laubry.

O diagnostico de meningite grippal com forte estado congestivo das meninges fica estabelecido; institue-se o tratamento pela urotropina por via gastrica e pela refrigeração do craneo com a applicação de gelo.

O paciente passa a noite regularmente, sempre em profunda somnolencia, da qual desperta de longe em longe, para queixar-se da cephalalgia e tomar o remedio. A temperatura mantem-se acima de 38°. Pela madrugada urina abundantemente.

O exame de urina indica a presença de traços de albumina, vestigios de pigmentos e acidos biliares.

Ha 7,804 de uréa e 0,585 de chloretos por litro.

Existem alguns cylindros hyalinos.

De accordo com estes dados o prognostico é considerado sombrio, a ponto de ser chamado por telegramma, pessoa da familia residente no Rio.

Durante 2 dias mantem-se a temperatura acima de 38°. Ha prisão de ventre. A hipertensão arterial se incrementa quanto á maxima que alcança 165, porém a minima desce a 95. O pulso é regular e bate 70 e poucas vezes por minuto.

Persiste a albumina, porém, desaparecem os pigmentos e acidos biliares.

Continuam os cylindros hyalinos. A eliminação da uréa se eleva a 25,28 por litro, porém a de chloretos baixa a 0,23. (Na verdade o doente se achava em dieta hydrica havia mais de 48 horas).

Na tarde deste dia, 2º após a invasão das meninges, em nova conferencia, fica resolvido purgar o paciente com calomelanos, que provoca abundantes evacuações.

No dia seguinte, o estado geral é muito melhor, a somnolencia menos profunda e discontinua, a febre tende a diminuir. Começa a se alimentar com leite e caldo de cereaes. O exame de urina é negativo quanto á albumina, pigmentos

e ácidos biliares. A eliminação ureica alcança a cifra de 47,88, porém a dos clorretos baixa 0,11%.

E' receitada thebromina na dose de 1,0 por dia, e, attendendo a uma possível influencia da velha infecção syphilitica sobre a marcha da molestia são prescriptas as fricções mercuriaes.

A seguir as melhoras se vão accentuando progressivamente. A temperatura cabe regularmente para alcançar o nível normal no 6º dia após o accidente agudo, inicial da phase meningea da infecção grippal. A tensão arterial desce a Mx. 130 e Mn. 95, o pulso regular, bate 66 a 70 vezes por minuto.

Ha augmento progressivo na eliminação dos clorretos, alcançando a cifra de 4,09%, ao passo que diminui a da uréa, que baixou a 11,81%, tudo de accordo com a alimentação.

A cephalalgia é quasi nulla, cessou, a somnolencia, sentindo-se o enfermo bastante bem.

Assim regularmente, contra a nossa expectativa, evoluiu o caso para a sua feliz terminação, apenas foi esta marcha alterada por uma pharyngite que, no 8.º dia após o 1.º ataque convulsivo, provocou leve elevação thermica, 37º,8, e alguma dôr de cabeça. Convenientemente medicada cedeu a pharyngite no termo de 2 dias, entrando o paciente em franca convalescença.

A observação que vos venho de ler mais fortalece a minha convicção sobre a identidade entre as chamadas meningites primitivas a b. de Pfeiffer e as meningites secundarias a uma infecção grippal, quando causadas por aquelle germen ou suas toxinas, pois, de accordo com as descrições classicas, ella pôde figurar perfeitamente bem em qualquer das duas formas de meningite.

Caso medico-legal de demencia legal *

pelo prof. Luiz Guedes
Catedrático da Clinica Psiquiatica

Um dos mais importantes capitulos da Psiquiatria relativos a questões medico-forenses é, sem duvida, o dos *estados de involução senil*. Não tanto por litigiões do fóro criminal como do civil, registam-se aqui, frequentemente, as vezes que, por uma incapacidade mental alegada ou presumida para a direcção de pessoa e bens, ha, em luta, grande choque de interesses.

No esmiuçar das occurências adstritas ao psiquismo, que analisa, para os ditos feitos, o profissional-perito, de tal mistér encarregado, cabe-lhe o dever de explicar, sucintamente, certos factos, determinados pormenores, que soem impressionar a espiritos imbuidos de má fé, na defesa de interesse injusto e ilegal; ou, então, a desprevenidos e jejunos no assunto, que se deixam induzir de grave erro.

Tudo vale dizer, que, na pratica de tarefas dêsse jaez, não se cansará o perito em descer a minudencias que esclareçam, tanto quanto possa ser, a vida intima de um psiquismo arguido de insanidade.

No exame detido a que houver de se entregar, especificamente sempre, uma a uma, as faculdades integrantes do referido psiquismo; aprecie-lhe o modo porque ellas se conduzem através de provas adequadas, através de occurências

que apurar nas manifestações da existencia do individuo, relacionadas ao ambiente social em que se encontre.

Não cogite só do diagnostico, da expressão clinica que estiver exuberando, se não dos mínimos successos, os quasi intente, como acêrto, interpretar.

Terá feito, assim, quanta vez, estudo completo e exaustivo de uma mentalidade que se degrada e aniquila, mas que, no entanto, offerece aspectos de exata perfeição quando, em exame de conjunto, é perfunctoriamente observada.

Não nos furtamos ao ensejo de, nas paginas desta Revista, trazer a lume caso que nos correu em mãos, em companhia do illustre mestre e eminente psiquiatra Dr. José Carlos Ferreira, e por nós apresentado ao Juizado da Provedoria e Ausentes desta Capital.

Trata-se de processo de interdição de um senhor, a quem se increpou de incapaz para a direcção mental de sua pessoa e bens.

Averiguando ai o diagnostico, não nos satisfiz, só, tal providencia; procurámos discernir passagens de seu psiquismo, evidentemente tocado de profundo desarranjo, e por onde se compreenderam certos actos, de apparencia razoavel, que vinha o paciente cometendo.

Vejamos, pois, agora o trabalho mencionado:

Parecer de sanidade mental

(Pelos Drs. José Carlos Ferreira e Luis Guedes.)

Antonio A. V. Q. — senhor de raça branca, com oitenta annos de existencia; português de nascimento; solteiro; capitalista; residente nesta cidade. Fisicamente é individuo de baixa estatura, corpulento, em regular estado de nutrição.

Na multiplicidade das rugas do tegumento cutaneo, já pergaminhado em toda a extensão; no aspecto encurvado do tronco; no andar vagaroso, pouco firme, bamboeante; na canicie accentuada; no feitiço especial das gengivas onde, de ha muito, se ausentaram os dentes quase todos — se documenta, desde logo, a sua idade octogenaria.

Na estatica — nada que, de relance, cumpra assinalar, não sejam, á mais detida inspecção, estigmas degenerativos dispersos, entre os quasi a conformação anomala da abobada craneana, a assimetria dos pavilhões da orelha, que assume o tipo clinico Blainville, a irregularidade das linhas faciaes e do apendice nasal, a notavel depressão do terço inferior do esterno.

A uma perquirição somatica de órgãos e aparelhos, e respectivas funcções, pudemos esmiuçadamente observar:

Aparelho circulatorio. — Vasos arteriaes endurecidos e sinuosos, que rolam debaixo dos dedos. A subclavia D. eleva-se acima da clavícula, onde facilmente se percebe. Excede um tanto a maciszez aortica á borda externa D., no segundo espaço intercostal.

Quanto ao coração, percutindo-o, apreende-se-lhe o aumento de sua área. A ponta encontra-se no quinto espaço, a um dedo transverso para fóra da linha médio-clavicular. A' escuta, mostra-se a segunda bulha modificada no fóco aortico, cujo elemento ai audível defronta-se mais nitido, mais duro, seco e ecoante (ressonancia diastolica).

Pela estigmomanometria — toma-se a pressão arterial, no oscilometro de Pachon, com a maxima de 17½ e a minima de 9: a diferença, portanto, de 8½.

* Revista dos Cursos, n.º IX - 1923.