

Vol. CLXX.  
(170)

Paralísias Históricas

170/1 FHP

(11)

Sarah das Dores Loureiro

---

# Paralísias Históricas

Dissertação inaugural  
apresentada à Faculdade  
de Medicina do Pôrto, em  
Janeiro de 1917

---



IMPRENSA NACIONAL  
de Jaime Vasconcelos  
204, Rua José Falcão, 206  
PORTO

---

170/1 FMP

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

**Cândido Augusto Correia de Pinho**

PROFESSOR SECRETÁRIO

**Álvaro Teixeira Bastos**

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinários e Extraordinários

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. <sup>a</sup> classe — Anatomia . . . . .                                | { | Luís de Freitas Viegas<br>Joaquim Alberto Pires de Lima   |
| 2. <sup>a</sup> classe — Fisiologia e Histo-<br>logia . . . . .            | { | Vaga<br>José de Oliveira Lima   |
| 3. <sup>a</sup> classe — Farmacologia. . . . .                             |   | Vaga  |
| 4. <sup>a</sup> classe — Medicina legal e<br>Anatomia Patológica . . . . . | { | Augusto Henrique de Almeida Brandão<br>Vaga   |
| 5. <sup>a</sup> classe — Higiene e Bacte-<br>riologia . . . . .            | { | João Lopes da Silva Martins Júnior<br>Alberto Pereira Pinto de Aguiar                           |
| 6. <sup>a</sup> classe — Obstetrícia e Gine-<br>cologia . . . . .          | { | Cândido Augusto Correia de Pinho<br>Álvaro Teixeira Bastos                                      |
| 7. <sup>a</sup> classe — Cirurgia . . . . .                                | { | Roberto Belarmino do Rosário Frias<br>Carlos Alberto de Lima<br>António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. <sup>a</sup> classe — Medicina . . . . .                                | { | José Dias de Almeida Júnior<br>José Alfredo Mendes de Magalhães<br>Tiago Augusto de Almeida     |
| Psiquiatria . . . . .  |   | António de Sousa Magalhães e Lemos  |
| Neurologia . . . . .   |   | Vaga  |

### Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento da Faculdade de 23 de abril de 1840, art. 155.º)*

## À memória de minha Avó

Que alegria não seria a vossa, santa velhinha, que com tanto carinho educaste a mais querida das tuas netinhas, se hoje visses realizados os teus mais ardentes desejos.

A MEU TIO

P.<sup>e</sup> António Loureiro de Almeida

Aceitai este trabalho porque éle é o testemunho mais solene do muito que vos devo, a expressão mais sincera do intenso amor e profunda gratidão que vos consagro pelos ingentes esforços e sacrificios que fizestes para collocar-me na nobre e honrosa carreira que ora enceto.

À minha Mãe

Amisade e respeito eterno.

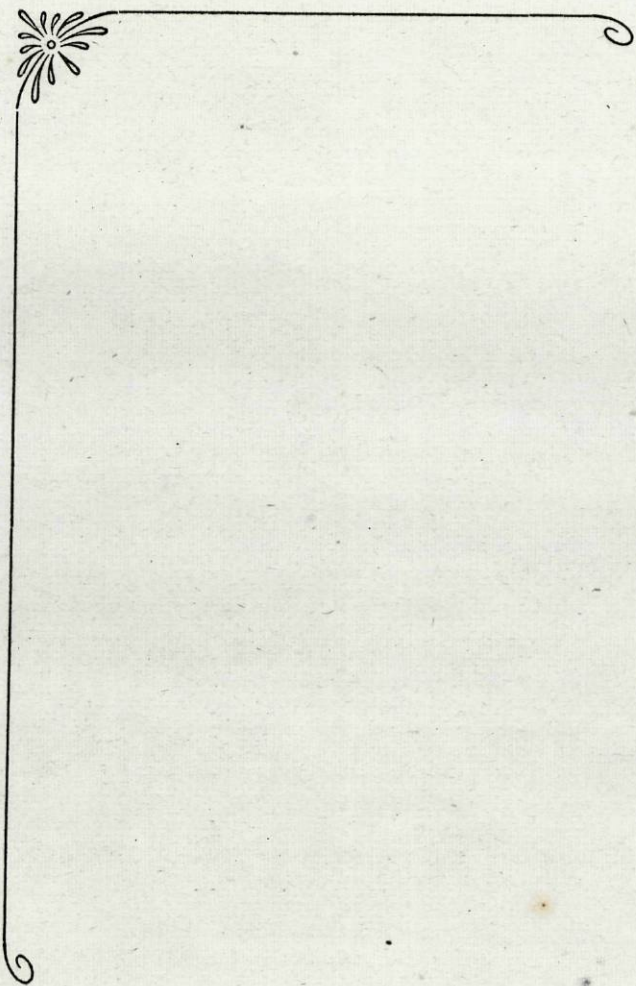
À minhas tias e em especial  
a ti, menina, que me ser-  
viste de mãe e compa-  
nheira dos meus trabalhos  
escolares.



- Ao meu ilustre presidente de tese

O Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Dr. Magalhães Lemos



## PRÓLOGO

---

*Nêste simples trabalho que vou apresentar à Ilustre Faculdade de Medicina do Porto não se trata do—noblesse oblige—mas sim do—necessitas caret lege.*

*Se assim não fôsse, positivamente, que nunca o faria.*

*Depois dum trabalho exaustivo, como é o curso médico, agravado com uma doença que me poz ás portas da morte e tudo isto somado com a minha incapacidade que confesso sem falsas modestias, me colocam na impossibilidade de fazer serviço de tamanho fôlego!*

*Mas que fazer?.. Quando julgamos estar no cimo do Golgota, nem ao menos temos iniciado o caminho da rua de amargura. O curso está findo, mas aparece logo a actomagno, con-*

*dição sine qua ficamos inhibidos de depois de  
êste tempo, exercer a nossa profissão. Que fa-  
zer, pois, com vontade ou sem ela, meter mãos  
à obra pôr-nos ao abrigo da lei e aptos para a  
luta da vida. É o que faço, apresentando esta  
tese que versa sôbre Paralisias Histéricas, reme-  
tendo-me à benevolência do illustre juri que sô-  
bre êle tenha de pronunciar-se. Aproveito a  
ocasião de exarar aqui o meu profundo agra-  
decimento ao meu sapientíssimo presidente de  
tese pela honra que me deu acedendo ao meu  
pedido de presidir a êste modestíssimo trabalho.  
Aos meus Colégas que por curiosidade o lêrem  
lembrarei o dito do nosso épico: contra uma  
dama ó peitos carniceros . . .*

## Paralisias histéricas

Como a nossa tese versa sôbre uma manifestação histérica faremos primeiramente algumas considerações sôbre a histeria.

Weigandt define-a "como sendo um estado psíquico anormal, em que as ideias dominantes na consciência procedem de sensações de ordem somática ou mental relativa exclusivamente à personalidade mórbida; estas ideias são acompanhadas de um sentimento cenestésico mais vivo que no estado normal e exercem sôbre todo o sistema nervoso uma considerável influência quer no sentido da excitação quer da inibição».

Sollier que da histeria faz uma afecção essencial e primitivamente somática, embora episódicamente psíquica, define-a "uma perturba-

ção física, funcional do cérebro, consistindo numa insensibilidade ou sono, localizada ou generalizada, passageira ou permanente dos centros cerebrais e traduzindo-se, portanto, segundo os centros atingidos, por manifestações vaso-motoras e tróficas, viscerais, sensoriais sensitivas, motoras e por fim, psíquicas, e segundo as suas variações, o seu gráu e a sua duração, por crises transitórias, estigmas permanentes e acidentes paroxísticos».

Segundo diz Tanzi: "Antes de se tornarem reacções os fenómenos histéricos são imagens, embora fugitivas, que saindo do fóco da consciência, por uma especial irritabilidade dos centros reactivos, adquirem o valor de impulsos . . . Mas representarão sempre um papel as imágenes?"

Diz-se que os histéricos tendem a executar involuntariamente tudo o que pensam,— o que é verdade. Mas também é certo que eles executam o que não pensam, que não se recordam de ter pensado e que na realidade nunca pensaram; e o seu poder de execução, como de inibição, invade os domínios da inervação inconsciente, o que não acontece com os

hipnotizados que obedecem sempre a uma sugestão, explícita ou não, presente ou esquecida, pouco importa. Há nos centros nervosos dos histéricos a possibilidade constitucional de funcionarem de um modo independente, investido, hiperbólico ou incoerente com associações e dissoluções de que seriam incapazes os normais e que os próprios hipnotizados não poderiam efectuar sem a interferência de uma sugestão formal. Assim não se referindo à teoria exclusivamente psíquica defendida por Janet e outros, Tanzi define a histeria. "É uma disposição constitucional, as mais das vezes hereditária, dos centros nervosos a reagirem de um modo paradoxal a estímulos insignificantes ou imperceptíveis para os normais.

Estas reacções porque a histeria se manifesta desde a adolescência e às vezes desde a infância em todas as esferas da enervação, são positivas e negativas, permanentes e efémeras, frequentes e raras, parciais e gerais, fúteis e importantes; e entre os estímulos que as provocam, tem o primeiro lugar as emoções, sempre poderosas e de incertos efeitos mesmo entre os normais... Mais do que uma doença

é uma anomalia de equilíbrio nervoso, a que corresponde talvez uma anomalia ligeira do equilíbrio químico. Por isso a histeria não é causa, nem efeito de alterações anatómicas, não conduz à demência e não oferece manifestações irreparáveis, por muito localizadas e continuadas que sejam.

Segundo Babinski "a histeria é um estado psíquico que torna o indivíduo capaz de se auto-sugestionar. Manifesta-se principalmente por perturbações primitivas e acessoriamente por perturbações secundárias.

O que caracteriza as perturbações primitivas é que é possível reproduzi-las por sugestão com uma exatidão rigorosa em certos indivíduos e fazê-las desaparecer sob a influência da persuasão. O que caracteriza as perturbações secundárias é que estão estreitamente subordinadas a perturbações primitivas.

ETIOLOGIA. — A hereditariedade desempenha um papel preponderante na genese desta neuropsicose.

A influência etiológica do sexo é ainda hoje muito discutida. Antigamente a histeria



considerava-se uma doença quási exclusiva das mulheres; assim é que segundo uma estatística de Briquet havia 95 0/0 de histéricas.

Charcot demonstrando a grande freqüência da histeria masculina, alterou as percentagens de Briquet. Collin afirma que a histeria aparece igualmente nos dois sexos. Segundo Kraepelin e outros psiquiatras esta afirmação seria exagerada; posto muito mais freqüente do que se pensava no homem a histeria é contudo preponderante na mulher.

A histeria pode aparecer em qualquer idade, porém nas mulheres é mais freqüente entre a puberdade e os trinta anos, no homem surge mais vezes na adolescência e na idade madura.

A imitação representa um papel muito importante na gênese da histeria.

Conhecem-se as grandes epidemias histéricas da idade média e outras notáveis dos tempos modernos. Nos conventos, nos colégios e nos hospitais a seguir a um ataque de histeria dão-se muitos semelhantes nos predispostos que os observam. O isolamento do agente provocador suspende estas epidemias.

Sobre o terreno favorável actuam os desgostos, as emoções e as contrariedades, os traumatismos, algumas vezes as intoxicações (álcool, chumbo): Estas são as principais causas ocasionais ou *agentes provocadores* da histeria.

Mas para estas causas produzirem manifestações históricas é necessário, como já indicamos, um terreno especial, uma predisposição quási sempre hereditária, consistindo numa perturbação da motilidade.

Dividiremos as manifestações da histeria em duas formas principais, uma convulsiva, outra não convulsiva.

HISTERIA CONVULSIVA.— Compreende o estudo da histeria vulgar, a histeria comum, *a pequena histeria e da grande histeria, a histeria epileptiforme.*

PEQUENA HISTERIA.— O ataque é quási sempre anunciado alguns dias ou algumas horas antes por prodromos, tais como palpitações, mal estar, choros ou risos sem motivo, constrição do tórax e do pescoço (bola histórica).

O mais das vezes o ataque começa por uma aura que pode ser completa ou incompleta. A aura completa é caracterizada por uma dôr lancinante que parte do ovário, atinge o cávado epigástrico (constrição epigástrica) sobe ao longo do esterno, chega à faringe ou à laringe produzindo uma sensação de estrangulamento e termina-se por fenómenos cefálicos (zumbidos, obunbilação visual) que são mais acentuados do lado de onde partiu a aura.

Como se vê a aura completa compreende o ovário, o epigastro, a garganta e a cabeça.

Quando algum destes estados falta a aura é incompleta.

Após a aura a doente cai: mas ao contrário do que sucede aos epilépticos, não perde o conhecimento pelo menos no princípio do ataque e escolhe por isso o lugar da queda.

Nesta altura do ataque a doente dá gritos, tem a aparência de quem sufoca, o rosto congestionado e as veias cervicais muito distendidas, leva a mão ao pescoço, como para arrancar um objecto que lhe dificulta a respiração e em seguida aparecem as convulsões.

Os movimentos convulsivos são clónicos,

muito extensos e desordenados. A doente fica depois em resolução e passado algum tempo o ataque termina-se por abundantes lágrimas ou pela emissão de urinas incolores.

Os ataques de histeria nem sempre são tão violentos e tão completos; existem alguns nos quais os doentes perdem apenas o conhecimento, ouvem o que se diz e sabem o que se passa em volta de eles mas geralmente não podem falar.

#### GRANDE HISTERIA, HISTERIA EPILEPTIFORME.

—A crise é precedida de uma aura e dos prodromos já descritos, compõe-se de quatro períodos que se sucedem pela ordem seguinte:

1.º O primeiro período, epileptoide, em tudo semelhante ao ataque de epilepsia, com convulsões tónicas, clónicas e resolução;

2.º Depois d'êste período que dura três a quatro minutos, há uma fase de contorções, e grandes movimentos; o doente apoia-se sôbre a cabeça e sôbre os pés em forma de ponte (opistótonos);

3.º Depois sobrevem a fase das *atitudes passionais* que se manifesta sob o império de

alucinações tristes ou alegres (medo, amôr, voluptuosidade);

4.º O período terminal é o das alucinações com visões horrorosas e do delírio durante o qual os doentes contam factos da sua vida que queriam esconder.

O acesso da grande histeria tal como acaba de ser descrito com a sua sucessão regular de períodos, é excessivamente raro. Bernheim considera-o um puro resultado artificial, uma sugestão da Escola de Salpêtrière.

HISTERIA NÃO CONVULSIVA.—As manifestações não convulsivas da histeria são extremamente múltiplas: as paralisias, as perturbações tróficas, as atrofia musculares, as contracturas, os trémulos, as anestésias, as nevralgias, as congestões com ou sem hemorragia, as perturbações respiratórias, digestivas e urinárias, as desordens dos órgãos genitais e dos órgãos dos sentidos, as perturbações intelectuais, a alteração das faculdades mentais tudo isso se encontra na histeria.

PROGNÓSTICO.—A histeria não conduz à

morte e os estados psicopáticos de que se acompanha, são sempre transitórios. No sexo masculino a puberdade trás muitas vezes a desapareição ou uma notável alteração da histeria, no sexo feminino dá-se muitas vezes o mesmo, com a vinda da menopausa.

Por isso não é grave o prognóstico da histeria em relação ao indivíduo, posto que a doença seja essencialmente crónica e se acompanhe de uma penosa sintomatologia viceral.

É porém bastante desfavorável o prognóstico em relação à descendência, porque a histeria é transmissível.

**TRATAMENTO.**— Há um tratamento profilático, applicável aos descendentes e colaterais dos histéricos que consiste no isolamento, numa severa hygiene e numa educação apropriada.

O isolamento é muito necessário e deve fazer-se precocemente, porque na infância as tendências imitativas depressa conduzem os neuros e psicopatas à reprodução de crises históricas. Além de isso, pessoas de família históricas são sempre péssimas educadoras.

Uma severa hygiene, tendendo a robuste-

cer os descendentes de histéricos, é um excelente meio preventivo; mas o seu emprego é sempre de poucos resultados no meio familiar, se um histérico o domina.

A educação deve visar não só o desenvolvimento harmónico do corpo e das funções intelectuais, mas a afectividade, ordinariamente exaltada e instável dos descendentes dos histéricos, e a vontade, em regra frouxa ou substituída por alternativas de abúlias e impulsos.

O tratamento curativo tem por agentes principais o isolamento e a psicoterápia.

O isolamento deve ser aplicado após o aparecimento das primeiras manifestações histéricas e mantido durante muito tempo.

O isolamento dá ótimos resultados instituído precocemente; porém êste resultado não é tão completo quando é aplicado numa fase adiantada da nevrose. O meio familiar é prejudicial para os histéricos, ainda quando dêle não façam parte nevros ou psicopatas, porque é formado, quasi sempre de pessoas que desconhecendo a doença empregam, por isso, contra ella processos inadequados, ora tratam o neuropata com uma severidade que o choca, ora

anima-o para além de todos os limites, ora abandona-o por desconhecer a importância de certos sintomas.

Um histérico precisa para tratar-se um meio onde hajam pessoas que conheçam experimentalmente a nevrose: Estas condições só se realizam nos manicómios e nas casas de saúde.

A psicoterápia é, depois do isolamento, o agente curativo de maior valor. Consiste essencialmente na *sugestão* quer em vigília, quer hipnótica. Só poderá ser posta em prática por um médico em qualquer das suas formas.

Muitas vezes basta só a sugestão em vigília, se o médico estudou bem o seu doente e se tem autoridade sobre êle. Há porém alguns que exigem primeiro o emprego da hipnose. A sugestão em vigília é quasi sempre impotente para combater as grandes cefalias, as contracturas, as paralisias etc. . . Para vencer estas manifestações é necessário criar no doente um estado de máxima sugestibilidade; é então imprescindível o sono provocado.

A juntar a estes agentes capitais há alguns agentes auxiliares, tais como a balneação, a electroterapia, os tónicos, os calmantes e outros cu-



jas indicações são evidenciadas pelo estado sintomático.

Aqui fica dito muito resumidamente o que nos ocorreu sôbre a histeria.

Agora deixaremos todas as manifestações históricas a que nos referimos e diremos duas palavras apenas sôbre contracturas históricas, visto que elas acompanham muitas vezes as paralisias funcionais.

CONTRACTURAS.—Dejerine define assim a contractura:

Contractura é uma contracção tónica persistente e involuntária de um ou vários músculos da vida de relação.

ETIOLOGIA.—A circunstância etiológica predominante é a emoção.

Diz Dejerine, "A emoção só, fôra de toda a intervenção sugestiva, de toda a participação voluntária do doente pode criar bruscamente contracturas".

Eis um exemplo citado por Dejerine na sociedade neurológica em 1909. Tratava-se de uma mulher do povo, sem educação, sem ins-

trução, ignorando completamente o que seria uma contractura histérica. Até ao momento do seu acidente nunca apresentou o menor fenómeno nevropático. Um dia esta mulher até então calma e pacata teve um violento acesso de cólera contra seu marido. Ficou num estado de emoção intensa.

Seu marido começou a troçá-la e ela quiz dar-lhe uma bofetada; de repente fica com uma contractura do membro superior.

Para Babinski a acção da vontade é necessária para produzir a descontractão dum músculo e a sua contractão, nos histéricos haveria a suspensão desta acção voluntária donde, segundo os casos, permanência do relaxamento, paralisia, ou persistência da contractão, contractura.

As contracturas podem localizar-se num músculo, num grupo de músculos, num membro completo ou nos dois membros inferiores, simulando uma paraplegia espasmódica, mas diferindo dela pela auzência de perturbações tróficas e esfincterianas.

Segundo Raymond, a contractura histérica persiste durante o sono. Babinski nega esta

persistência. A êste respeito diz Dejerine o seguinte: Se a contractura histérica se desfizesse durante o sono, como se explicaria a existência de certas retracções fibrosas que só sob a acção do clorofórmio se puderam vencer? O mesmo autor cita dois casos de retracções fibrosas, que foram difíceis de romper, sob a acção do clorofórmio.

Um, é uma doente contracturada de três membros desde muitos anos e na qual existiam retracções fibrosas periarticulares, que persistiram após o desaparecimento completo da contractura. Ora se nesta mulher a contractura tivesse desaparecido durante o sono, isto é, oito a dez horas por dia, em 24 horas não é crível que estas modificações anatómicas se tivessem produzido.

O outro, é uma contractura dupla dos adutores, datando de quatro anos, consecutiva a uma tentativa de violação e na qual existiam retracções fibro-musculares que eram difíceis de romper sob o sono clorofórmico.

O braço contracturado está geralmente em flexão forçada, a perna está em extensão com pé boto varus equino. Toda a tentativa que se

faça para vencer a contractura é acompanhada de dores violentas.

Além das contracturas dos músculos dos membros, podem ainda as histéricas apresentar contracturas doutros músculos, tais como dos músculos da face, dos olhos e do pescoço.

Na face, coexistindo ou não com contracturas dos membros, constata-se muitas vezes a contractura do orbicular das pálpebras. Êste blefaroespasmos, que é quasi sempre unilateral, pode apresentar duas formas: uma forma tônica com dores peri-orbitárias, com fotofobia e a pálpebra peregueade, oferecendo uma certa resistência a abertura e sob a qual se descobre o globo ocular desviado para cima e para dentro; e uma outra fórma pseudo-paralítica, em que a doente apresenta uma ptosis palpebral, muito semelhante à ptosis observada nos casos de paralisia do levantador das pálpebras, mas distinguindo-se pelo sinal da sobrancelha de Charcot.

As contracturas histéricas podem localizar-se nos músculos dos olhos. Contracturas isoladas não existem; porêm alguns autores apontam raríssimos casos de estrabismo convergente.

A contractura dos músculos da face, que dá o *hemiespasmó facial histérico*, descrito por Charcot e depois por Pièrre Marie e Brissaud e que pode semelhar o espasmo facial periférico, que é produzido por uma excitação do nêrvo facial e cujos caracteres distinctivos, mencionados por Brissaud e Pièrre Marie e outros por Babinski, são os seguintes:

“O hemiespasmó facial periférico é rigorosamente unilateral.

“Os abalos musculares no hemiespasmó facial periférico são parcelares ou fasciculares.

“As contracções do hemiespasmó periférico são deformantes, dando lugar a uma incurvação do nêrvo e a uma focêta mentoneira.

“As contracções no hemiespasmó periférico associam-se de uma maneira paradoxal por exemplo, a contracção do orbicular das palpebras associando-se a uma elevação da sobrellella.

“As contracções do hemiespasmó facial periférico persistem durante o sono.”

Registam-se casos de torticollis histéricos, produzidos por contractura dos músculos do

pescoço. É mais vulgar na histeria infantil, a atitude varia com o grupo de músculos atingido. A sua marcha apresenta remissões, intervalando com novas manifestações. Pode acompanhar-se de pontos dolorosos, e simular então um torticollis sintomático de um mal de Pott.

Resumindo assim algumas características da contractura histérica passaremos ao capítulo seguinte onde descreveremos as paralisias histéricas.

#### Paralisias histéricas

Como define Dejerine a paralisia é constituída pela abolição mais ou menos completa da motricidade voluntária (músculos estriados) ou da motricidade reflexa (músculos lisos).

Paralisias funcionais, quer dizer sem relações com uma lesão qualquer orgânica, são quasi sempre de natureza histérica.

**CARACTERES GERAIS.**—As paralisias histéricas acompanham-se muitas vezes de contracturas. São às vezes fugazes e deslocam-se facilmente sob a influência da auto-sugestão.

Podem sobrevir depois de uma crise convulsiva, depois de uma emoção, e depois de um traumatismo. Neste último caso a paralisia pode aparecer imediatamente, ou só passado um período de incubação mais ou menos prolongado. Durante este período a que Charcot dá o nome de período de *meditação*, a doente pode acusar sintomas de fraqueza de entorpecimento e de pêso do membro.

Pitres, atribui esta paralisia a uma auto-sugestão, porque segundo o mesmo autor, o traumatizado inquieto com as conseqüências possíveis da ferida, exagera a sua importância.

Uma característica das paralisias histéricas é que elas não apresentam, como as orgânicas, nem abolição (paralisias nevríticas) ou exagêro (paralisias ligadas a alterações dos feixes piramidais) dos reflexos tendinosos, nem atrofia muscular com reacção de degenerescência.

Nem todos os autores são desta opinião e Dejerine, por exemplo, diz que nas histéricas, fora dos accidentes, se podem observar estados diferentes dos reflexos. Pode, nas paralisias histéricas observar-se um exagêro mais ou menos considerável dos reflexos tendinosos. Acres-

centa que pondo de parte toda a associação orgânica e pondo-se ao abrigo de toda a simulação possível se tem observado a produção da clonus do pé nas histéricas; mas trata-se dum fenómeno muito raro.

Como se vê, a histeria seria directamente ou indirectamente capaz duma verdadeira libertação do automatismo medular.

O sinal de Babinski (flexão dorsal do grande artelho) nunca foi observado nas paralisias histéricas.

As paralisias histéricas podem apresentar o tipo monoplégico, hemiplégico e paraplégico.

**MONOPLEGIAS.**—A paralisia dum membro observa-se quasi sempre depois dum traumatismo.

Alguns dias depois dum traumatismo pouco intenso, o membro interessado apresenta uma paresia e pouco depois uma paralisia completa. Nestes casos há, como se vê, um período de incubação; porém, nem sempre assim succede. A paralisia pode aparecer immediatamente a seguir ao traumatismo. Charcot refere um caso nas suas lições clínicas, em que uma mulher



após uma bofetada que deu num filhito, fêz uma paralisia hístico-traumática da mão.

Nas monoplegias, o membro paralisado apresenta uma anestesia geral, sôbre todos os modos de sensibilidade; porêm, na raíz do membro, esta anestesia cessa bruscamente.

Não é raro existir ao nível do ponto traumatisado uma zona espasmogénica, cuja pressão provoca uma crise convulsiva.

Uma das manifestações mais frequentes de paralisia hística é a hemiplegia hística, muito semelhante à hemiplegia orgânica, mas diferindo desta, por os seguintes caracteres:

1.º Na hemiplegia orgânica o doente anda apoiando o pêso do corpo sôbre o membro são; depois por um movimento de circundação dirige para diante a perna paralisada, fazendo descrever ao pé um arco de círculo (marcha helicopoda). Na paralisia hística o pé do membro paralisado fica para trás do outro pendente, arrastado como se fôsse um corpo inerte, roçando ou melhor, varrendo o solo (marcha hescopada).

Diz Charcot nas suas lições clínicas da Salpêtrière: Quando encontrardes uma marcha semelhante num indivíduo atingido de hemiplegia antiga, podereis supor que se trata dum histérico.

2.º A hemiplegia histérica localisa-se exclusivamente nos membros e nunca ou raras vezes interessa o facial superior ao contrário do que sucede na hemiplegia orgânica.

Segundo Charcot a face é respeitada numa hemiplegia histérica, mas a paralisia facial é simulada por um espasmo glosso-labiado do lado oposto; chama-se assim ao desvio espasmódico da comissura labial e da língua. Porque, diz Charcot, enquanto que nos indivíduos histéricos hipnotisados é fácilimo sugerir a paralisia de uma parte de um membro ou mesmo de um membro completo, é impossível sugerir-lhe a paralisia facial, no entanto não é raro vêr-se produzir por sugestão um espasmo glosso-labiado semelhante em tudo ao que se observa em algumas paralisias histéricas.

No entanto Lombroso, Ballet, Pitres e Babinski são de opinião que pode existir na histeria uma verdadeira paralisia facial.

3.º Na hemiplegia orgânica produzem-se um certo número de movimentos associados, que faltam na hemiplegia histérica; são:

a) O sinal do movimento combinado de flexão da côxa e da bacia. Êste sinal investiga-se da seguinte maneira: Coloca-se o doente no decúbito dorsal, os braços cruzados sôbre o peito e manda-se lhe fazer o esforço necessário para se sentar. Nestas condições, vê-se muito nítidamente a côxa do lado doente flectir-se e o calcanhar deslocar-se do solo. (Babinski).

b) *O sinal do cuticular.* Observa-se em certos hemiplegicos uma contracção muito aparente do cuticular do pescoço do lado sã, fraca ou nula do lado paralítico, quando o doente abre a bôca largamente ou experimenta flectir a cabeça mantida passivamente. Isto nunca se observa na hemiplegia histérica.

4.º Nas paralisias orgânicas, a língua é ligeiramente desviada para o lado paralisado. Nas paralisias histéricas o mais das vezes êste desvio é muito pronunciado ou faz-se em sentido inverso.

5.º A hemiplegia orgânica acompanha-se

no repouso de hipotonicidade muscular do lado paralisado; assim, a sobrancelha está abaixada, as rugas duma metade da fronte apagadas, a comissura abaixada, a face tomada entre o polegar e o índice mostra mais flacidez, o ante-braço pode ser passivamente flectido sobre o braço, com mais força do que do lado são; na hemiplegia histérica nenhum destes fenómenos se observam, nem o da *flexão exagerada do ante-braço*.

O sinal da *pronação automática* falta também na hemiplegia histérica. É muito fácil de reconhecer numa hemiplegia orgânica. Consiste no seguinte:

Tomando nas suas mãos as mãos da doente, com os polegares voltados para cima, as faces palmares para dentro, e fazendo-as saltar, como para lhes tomar o péso, ao passo que a mão do lado são se conserva vertical, com a face palmar voltada para dentro, a mão parálitica coloca-se em pronação com a face palmar voltada para baixo (Babinski).

6.º Os reflexos tendinosos e ósseos não inicialmente modificados na hemiplegia histérica; na hemiplegia orgânica, são exagerados,

podendo numa face adiantada da lesão notar-se a trepidação epileptoide do pé.

Também se não observa na hemiplegia histórica a inversão reflexa do rádio. Êste fenómeno consiste numa flexão dos dedos, provocada pela percussão da extremidade inferior do rádio na emiplegia orgânica; ao contrário, na hemiplegia histórica a percussão provoca, como no estado normal, a flexão do ante-braço (Babinski).

Na hemiplegia orgânica os reflexos cutâneos estão abolidos ou enfraquecidos. A excitação da pele do abdomen não determina a contracção dos músculos rectos (reflexo abdominal). A excitação da planta do pé, do lado hemiplégico, determina o levantamento dos dedos sobre o metatárso, com abdução do grande dedo e não a sua flexão plantar, como no estado normal, ou sujeito são.

Esta inversão do reflexo normal, designada sob o nome de sinal de Babinski é o indício de uma lesão do feixe piramidal.

Nas hemiplegias históricas não há geralmente perturbações dos reflexos cutâneos e também não existe o sinal de Babinski.

7.º As hemiplegias históricas acompanham-se habitualmente de hemianestésias do lado paralisado. Esta hemianestesia é algumas vezes tão pronunciada que se podem cravar alfinetes na parte paralisada sem que a doente sofra. Não é sómente relativa à palpação, à picada, ao frio, mas atinge também a sensibilidade especial. Briquet dizia que quando se encontrava uma hemianestesia muito pronunciada num indivíduo, se tratava quasi sempre de um histórico.

A nova escola tentou contrariar a opinião de Briquet e afirmava que em presença de uma hemianestesia sensorial e sensitiva podia tratar-se do saturnismo ou do alcoolismo, porque se pensava que estas duas intoxicações podiam produzir uma hemianestesia semelhante em tudo à hemianestesia histórica. Porém com estudos feitos sobre o caso chegou-se à conclusão que quando a hemianestesia aparece num alcoólico ou num saturnino, estes doentes são além de isso históricos.

8.º Enfim é preciso não esquecer que a idade avançada do doente, a constatação da sífilis, a existência de lesões cardíacas ou arte-

riais, a aparição de febre, a paralisia dos esfínteres, a escara nadegueira, são a favor do diagnóstico de hemiplegia orgânica. A constatação dos estigmas histéricos, a aparição da paralisia após uma emoção, levam-nos ao diagnóstico a favor duma hemiplegia histérica.

PARAPLEGIAS.—A paralisia dos dois membros inferiores, acompanha-se duma contractura fugás ou precoce; neste último caso, as doentes tem grande dificuldade em desprender os pés do solo, as côxas estão muito aproximadas, os joelhos ao andar, roçam um contra o outro. Há anestesia nos dois membros inferiores, mas esta tem o seu limite na raíz dos músculos.

A paralisia dos quatro membros (quadriplegia) é excessivamente rara.

A paralisia dum membro superior e dos dois membros inferiores (triplegia) observa-se mais frequentemente.

Estas paralisias terminam-se habitualmente pela cura; mas a sua duração é muito variável: muitas vezes fugazes, podem outras vezes durar meses ou anos. Podem também recidivar.

O prognóstico não é muito grave quando o doente tem ataques. Torna-se mais grave num doente que fez a sua primeira manifestação histérica na ocasião do traumatismo. A cura das paralisias neste último caso, principalmente se se não actua uma época visinha do acidente, é muitas vezes difícil de obter.



## Tratamento das paralisias históricas

Terapêuticamente consideraremos a histeria como compondo-se de dois estados, de um lado o estado mental e moral, de outro lado os acidentes.

Se para tratar o estado mental e moral do histórico empregamos a psicoterápia por persuasão, não poderíamos estender esta espécie de tratamento até aos acidentes históricos. Aqui aplicaremos a *reeducação do órgão lesado*.

Segundo Dejerine a terapêutica de todos os acidentes históricos deverá resumir-se nesta fórmula:

*Reeducação no isolamento.*

Qualquer que seja o acidente histórico, quer se trate de paralisias quer de contracturas não há tratamenro fóra do isolamento.

¿O isolamento exercerá a sua acção supri-

mindo toda a causa emotiva exterior, actuará favorecendo o esquecimento da causa emotiva inibidora ou ainda a sua acção não será antes uma acção de concentração do *psiquismo* de um doente que sem o isolamento se despensaria voluntariamente e que na solidão se concentra até à reaparição das funções esquecidas? Não exercerá ainda o isolamento uma acção de constrangimento nos doentes cujos sintomas, não certamente todos, mas alguns, são de origem sugestiva e que para vêr cessar o isolamento consentem por auto-sugestão em libertar-se das suas manifestações?

Com certeza que nos indivíduos de carácter difícil, nas crianças e nos adolescentes, este mecanismo pode ser invocado em muitos casos. O isolamento actua neste caso à maneira duma emoção mais ou menos forte, produzindo no indivíduo um abalo moral, capaz de o libertar da sua lesão.

Quando na histeria, por exemplo, se vê desaparecer umas crises subintrantes, uma contractura, uma paralisia no fim de 24 ou 48 horas, é evidente que aqui o isolamento actua à maneira de um choque moral.

Outras vezes é possível que o isolamento exerça sobre o espírito de certos indivíduos uma influência persuasiva que seja por assim dizer a materialização desta afirmação que a doente pode e deve curar, visto que se lhe não restitui a liberdade senão quando as suas perturbações tiverem desaparecido.

De tudo o que dissemos devemos concluir que o isolamento qualquer que seja o seu modo de acção é senão suficiente pelo menos favorável para o tratamento das manifestações hísticas. A segunda parte do tratamento será preenchida pela reeducação. É nesta que se exercerá toda a acção psicoterápica especial.

Esta reeducação comporta dois termos, segundo que à perda da acção voluntária se associa ou não a persistência de uma acção automática.

Suponhamos por exemplo um sujeito atingido de hemiplegia hística, isto é incapaz de uma motricidade voluntária numa metade do corpo.

Reeducá-lo consiste simplesmente em pedir-lhe que leve a vontade até à reaparição primeiro parcial depois cada vez mais completa, dos movimentos voluntários.

Quanto às acções solicitadoras da vontade reeducadora devem fazer-se todas opondo-se às convicções experimentais da impotência dos doentes, numa convicção inversa que se exprime por afirmações e por actos de autoridade. Devem-se animar os doentes, exultar os que progridem e castigar os que não melhoram.

O isolamento mais ou menos completo, mais ou menos severo constitui uma escala de castigos e de recompensas que se podem utilizar com vantagem. As visitas autorizadas, um passeio facultativo, etc., constituirão, por exemplo, outros tantos móveis que muitas vezes, melhor que acções persuasivas, mais subtis determinarão os esforços dos doentes. É a isto sómente que chamaremos castigos. Nunca devemos empregar no tratamento dos accidentes histéricos processos de intimidação mais ou menos brutais. Antes pelo contrário, deve exercer-se uma autoridade suave, ou como diz Dejerine—uma mão de ferro sob uma luva de veludo.

---

OBSERVAÇÕES

## OBSERVAÇÃO I

D. C., criada de servir, solteira, de 18 anos de idade; deu entrada no Hospital em 23 de Outubro de 1916.

### ESTADO ACTUAL:

A doente queixa-se de impossibilidade na marcha.

Dores espontâneas nos membros inferiores, cefalalgia intensa, zumbidos no ouvido direito e vertigens.

Dores espontâneas no estômago que se acentuam durante a digestão. Às vezes vômitos após as refeições.

O pulso é taquicárdico (110 pulsações).

A temperatura é de 36°,8.

### HISTÓRIA DA DOENÇA:

No dia 18 de Outubro envenenou-se com fósforos dissolvidos em petróleo. Caiu sem sentidos após a ingestão do tóxico e em seguida veio para o Hospital onde lhe fizeram a lavagem do estômago. Entrou para a enfermaria n.º 7 (sala do Espírito Santo) onde teve vômitos, no dia seguinte quiz mexer os membros inferiores e não pôde.

### ANTECEDENTES PESSOAIS:

Sarampo em criança. Varíola há quatro anos. Foi sempre muito nervosa e qualquer coisa a preocupava muito. Quando a contrariavam andava dias inteiros amuada. Excitava-se facilmente e quando se zangava tinha ataques histéricos.

Motivo de tentativa de suicídio; intrigas amorosas.

### Motilidade

Movimentos activos nos membros inferiores (0).

Membro inferior esquerdo em extensão.

Membro inferior direito em flexão.

Pé esquerdo tumefacto.

Movimentos passivos difíceis e dolorosos  
os movimentos das articulações do membro  
inferior direito e esquerdo.

Dores mais violentas do lado esquerdo.

### Reflectividade

R. rotuliano . { D +  
                          E ++

Ausência do reflexo plantar.

Ausência do reflexo abdominal.

Visão . . . . .	{	Diplopia (ao longe duplicidade de dedos).
		Cegueira gradual com a fixação do mesmo objecto.
		Alucinações visuais (fitas, gente a dançar).
		Estreitamento do campo visual.
		Visão reduzida à direita.
Cores. . . . .	{	Amarelo = branco.
		Verde = branco e vermelho.
		Azul = preto.
		Vermelho = côr de rosa.
		Verde (ao perto) = verde e preto.
	{	Rôxo = idem.



*Olfato*.—Redução à direita.

*Paladar*.—Redução (sem perversão do paladar).

*Ouvido*.—Redução da audição mais acentuada à direita.

**Sensibilidade**

Zona de anastesia ao . . .

{ *Tacto.*  
 { *Frio.*  
 { *Calor.*  
 { *Picada.*  
 { *Pressão.*  
 { *Circulo de Weber.*  
 { *Sensibilidade profunda.*

**ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS:**

O pai sofre do coração. A mãe morreu de icterícia. Era muito nervosa, tinha por vezes ataques, caía sem sentidos e ao despertar chorava muito.

**DIAGNÓSTICO.**—Por tudo o que apuramos diagnosticamos: uma paraplegia histérica.

## OBSERVAÇÃO II

E. M., criada de servir, solteira, de 24 anos de idade; deu entrada no Hospital em 4 de Novembro de 1916.

### ESTADO ACTUAL:

A doente queixa-se de impotência funcional dos membros superior e inferior direitos.

Esta hemiplegia é bastante atenuada na intensidade das suas perturbações, visto a doente fazer alguns movimentos activos.

A hemiplegia não se estende à face.

Nota-se um pequeno desvio da língua do lado paralisado. Os movimentos passivos estão integros. As massas musculares do lado paralisado estão um pouco mais flácidas que do lado oposto. Não há atrofia musculares, pois

pelas mensurações dos diâmetros dos membros, a diversas alturas, a que procedemos, verificamos que eram sensivelmente iguais aos do lado oposto.

O exame da sensibilidade mostrou-nos uma hemihipoestesia direita tanto ao tacto, como à dôr, como ao calor, estendendo-se essa hipoes-tesia à linha mediana do corpo, havendo tam- bêm um atraso nas sensações.

Não notei a existência de perturbações de sensibilidade profunda, nem sensoriais.

#### Exame dos reflexos

Cutâneos . . .	}	Epigástrico =
		Abdominal =
		Plantar { D = E =
Tendinosos . . .	}	Olecraneano { D = E =
		Radial { D = E =
		Cubital { D = E =
		Rotuliano { D + E =
		Achiliano { D - E =

Pupilares . . . { Acomodação.  
 Á luz.  
 Consensual.

R. conjunctival { D = E  
 E =

R. faringeo . . { D —  
 E =

A doente marcha de maneira que só o pé esquerdo se desloca do solo. O pé do membro paralisado ao contrário fica para trás do outro pendente, arrastado à maneira de um corpo inerte "como se o membro lhe não pertencesse," no dizer de Todd.

Para se conservar de pé precisa de alguém a quem se apoie.

Pela prova de Muller verificamos que são os músculos aductores da côxa os mais comprometidos.

A prova de Pierre Marie mostrou-nos que havia menos resistência dos flexores da côxa do lado paralisado.

Na prova de Granell e Ganssel a doente levanta a perna direita a 13 centímetros conseguindo estar nesta posição durante 15 segun-

dos ao passo que levanta a perna esquerda a 28 centímetros, conservando-a nesta posição 35 segundos.

A prova de Babinski foi negativa.

#### HISTÓRIA DA DOENÇA:

No fim do mês de Maio, estando a doente nas suas ocupações, deu-lhe um ataque de choro violento e ficou sem fala durante uma hora. No dia seguinte levantou-se e andou bem parte do dia, mas de tarde começou a sentir umas dôres muito agudas, nos membros superior e inferior direitos, que começavam na extremidade e irradiavam para a raiz. Estas dôres desapareceram ao fim de pouco tempo, e a doente verificou que tinha ficado sem forças no braço e perna direitas, não podendo conservar-se de pé e não segurando nada na mão direita. Esteve assim 15 dias. Passado êste tempo principiou a poder fazer movimentos começando no membro inferior pelo dedo grande e no superior pelo polegar. Nesta ocasião a doente que andava grávida entrou para o Hospital, onde teve o parto sem complicações. A criança nasceu perfeita.

## ANTECEDENTES PESSOAIS:

Sarampo em criança. Aos 18 anos febre tifoide.

Foi menstruada a primeira vez aos 18 anos. Desde criança ataques de choro sem motivo e tremor generalizado.

De onde a onde sentia a perna direita esquecida.

*Início da doença.*—Andava muito contrariada porque tinha relações ilícitas com um sujeito.

## ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS:

O pai é saudável. A mãe foi saudável até ter uma pneumonia dupla que a enfraqueceu bastante, foi sempre muito nervosa.

*DIAGNÓSTICO.*—Segundo a sintomatologia apresentada pela doente, trata-se de uma hemiplegia histérica.

### OBSERVAÇÃO III

G. B. J., solteira, de 20 anos; fêz a sua educação como interna num colégio. Constituição emotiva. Contractura histérica da perna esquerda.

#### ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS:

A mãe faleceu duma meningite, tendo a doente 3 anos de idade.

O pae faleceu no Hospital do Conde de Ferreira com uma paralisia geral. Uma tia paterna era cardiaca. O avô paterno morreu aos 80 anos, dum ataque apoplético e a avó paterna dum aneurisma.

#### HISTÓRIA DA DOENTE:

Foi sempre muito nervosa. O seu nervosismo manifestava-se por crises de choro, tris-

teza muito grande, dores de cabeça e palpitações do coração. Não sabe desde quando tem estes sintomas nervosos, mas diz serem anteriores à sua entrada para o colégio, onde está desde os 14 anos. Depois que foi para o colégio, a estas crises vieram juntar-se mais os seguintes sintomas: sensação da bola histérica, convulsões e perda dos sentidos.

As crises apareciam algumas vezes espontaneamente, sem causa aparente, mas quasi sempre eram provocadas por emoções. Geralmente, por ocasião das crises havia insónia.

O fluxo menstrual, que se iniciou antes de entrar para o colégio, era acompanhado de dores ováricas e durante a sua permanência as crises eram mais fortes.

Teve a primeira paralisia flácida da perna esquerda em Setembro de 1912. Não podia andar.

Esta paralisia, acompanhada de edema em volta da articulação tibio-társica, era dolorosa à pressão e mesmo espontaneamente; appareceu-lhe pela uma hora da noite, em seguida a uma dôr excessivamente intensa do ovário esquerdo que muito a affligiu.

Passados dois dias não sentia a perna e



estava muito fria da cinta para baixo, sobretudo do lado paralisado. A dôr que precedeu a paralisia assemelha-se à dôr despertada pela compressão do ovário, na ocasião da crise e que lha suspende algumas vezes.

Esteve com esta paralisia flácida pouco mais de 15 dias, desaparecendo depois pouco a pouco.

Em Dezembro de 1912 voltou de novo a paralisia, após a repetição da mesma ovaralgia, seguida dum ataque forte com perda dos sentidos, conservando os mesmos caractéres de flacidês mas invadindo desta vez o braço do mesmo lado.

Em seguida a esta crise, durante alguns dias, não ouvia nem via.

A mão ficou ligeiramente contracturada com os dedos em flexão, sendo dolorosa a extensão das falanges.

Esta contractura da mão ainda aparece por vezes durante os ataques, e desaparece pouco a pouco depois que a crise cessa, fazendo-lhe alguns movimentos que são dolorosos.

Depois de ter estado mês e meio em tratamento no pavilhão do Hospital da Misericór-

dia, foi para a aldeia quasi boa; estava completamente restabelecida do braço, mas ainda arrastava um pouco a perna, acabando de melhorar com massagens.

No dia 4 de Abril de 1913 voltou para o colégio e entre o dia de S. João e S. Pedro, após uma contrariedade, appareceu novamente a ovaralgia esquerda, que foi seguida duma crise convulsiva inconsciente e de paralisia da perna do mesmo lado; mas desta vez, em lugar de ficar uma paralisia flácida, deu-se a contractura que persistiu durante muito tempo.

#### EXAME Á ENTRADA DO MANICÓMIO:

A perna esquerda está contracturada, num estado de rigidez extrema, tendo todos os segmentos em extensão forçada. O pé além de sua extensão exagerada sôbre a perna, tem uma leve rotação de dentro para fóra. A doente não executa o menor movimento nem com os dedos, nem com o pé, nem com a perna.

O exame dos reflexos é difficil por causa da violencia da contractura.

Sensibilidade: Leve anestesia superficial (principalmente dolorosa e térmica) e profunda, limitada na parte superior da cõxa por uma linha circular, um pouco irregular.

Existem os seguintes pontos dolorosos: articulação tibio-társica, sobretudo no maléolo externo, massas musculares da região posterior da perna e região poplitea.

A perna esquerda está sempre mais fria que a direita.

E hipnotizável, mas a sugestão feita durante o sôno pouco modifica a contractura, que aliás recupera toda a sua intensidade logo que a hipnose cessa.

Depois da aplicação da fxa de Esmarch durante 45 minutos, a contractura desapareceu completamente, executando a doente movimentos com o pé e perna, mas apenas se tirou a fxa, imediatamente reapareceu a contractura, talvez mais exagerada.

A aplicação da fxa, que aliás provocava uma dôr intensa, foi renovada mais algumas vezes mas sem resultado apreciável.

Novembro de 1913—A contractura tem diminuído progressivamente, pouco a pouco.

A doente já consegue andar, mas diz "que tem a perna fraca e prêza, que a não sente como a direita, que está mais fria, que parece morta".

Tem um leve œdema do pé esquerdo, mas a pressão com o dedo não deixa depressão.

A sensibilidade cutânea quási se pode considerar normal, mas o sentido das atitudes segmentares e a sensibilidade óssea ainda estão embotados.

Os reflexos tendinosos e cutâneos que actualmente podem ser bem estudados, mercê do desaparecimento quási completo da contractura, são exagerados tanto de um lado como do outro.

Esta doente é romantica, erótica, namora-deira, intriguista e maledicente. Fez um romance amoroso com um doente do manicómio.

Possui uma constituição psicopatica emotiva revelada pela hiper-reflectividade tendinosa, cutânea e vaso-motora, córa e empalidece exageradamente e com grande facilidade.

Saiu do manicómio em Março de 1913 completamente curada da contractura.

## BIBLIOGRAFIA

---

*Leçons sur les maladies du système nerveux.*—Charcot.

*Elementos de psiquiatria.*—Julio de Matos.

*Les manifestations fonctionnelles des Psychonévroses—leur traitement par la Psychothérapie.*

*Précis de Psychiatrie.*—E. Regis.

*Pathologie interne.*—Dieulafoy.

---

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — O tímica e o corpo tiroide são órgãos anexos ao aparelho respiratório.

**Histologia.** — Toda a célula provém de outra célula.

**Fisiologia.** — A fadiga muscular é devida a uma auto-intoxicação do musculo.

**Patologia geral.** — A mucosa nasal é um bom meio de defesa para a entrada dos micróbios do ar que respiramos.

**Anatomia patológica.** — No caso de alcoolismo as lesões predominantes são as escleroses.

**Patologia externa.** — Preconizamos a massagem no tratamento das fracturas sempre que seja possível.

**Matéria médica.** — O mercúrio é o medicamento basilar do tratamento da sífilis.

**Patologia interna.**— Muitas vezes a gravidade das pneumonias reside no coração.

**Operações.**— Preferimos o termocautério ao bisturi na abertura do antrax.

**Higiene.**— O casamento entre parentes muito próximos deve ser contra-indicado.

**Partos.**— A eclampsia é uma intoxicação.

**Clínica cirúrgica.**— O bisturi com que fazemos amputação de seio não deve andar próximo do neoplasma.

**Clínica médica.**— Os sintomas estetoscópicos são dum grande valor no diagnóstico da pneumonia.

**Medicina legal.**— A responsabilidade penal dos históricos é uma questão muito complexa e muitas vezes muito difícil de resolver na prática, porque pode variar desde a responsabilidade completa ou muito levemente atenuada até à irresponsabilidade absoluta.

**Psiquiatria.**— Na imensa maioria dos casos o acidente histórico sucede a uma emoção-choque.

---

Visto.

Magalhães Lemos,  
Presidente.

Pode imprimir-se.

Candido de Sinho,  
Director.