

UM CASO DE MENINGITE AGUDA SYPHILITICA

Dr. Saint-Pastous

Senhora, branca, 26 annos, casada, natural de Alegrete, 3 filhos vivos, um aborto de 4 meses, uma prenhez dupla com parto a termo, tendo as duas crianças, aos 2 meses de idade, succumbido em estado athrepsico.

Ascendentes: lithiase biliar e dysenteria amibiana; não ha antecedentes manifestos de syphilis e tuberculose.

Antecedentes pessoases: metrite gonococcica, com salpingo-ovarite á direita; enxaqueca, lithiase biliar, cephalaea frequente, pleurodynia rebelde.

Collateraes: marido syphilitico, não tratado.

Em dezembro de 1918, a paciente teve a influenza espanhola, da qual se restabeleceu ao fim de 15 dias.

Em fevereiro de 1919, deu á luz duas crianças, com o typo da debilidade congenita, e que vieram a fallecer, aos dois mêzes, no mesmo dia, em estado de cachexia athrepsica.

Em maio de 1919, após uma noite de theatro, e ingestão de bebida gelada, a paciente sentiu uma pontada no lado direito, a tosse recrudescceu com character espasmodico, e manifestou-se febre alta.

Tratava-se de uma pleurite aguda, com derrame abundante.

A resistencia do myocardio, a tolerancia do pulmão, e a marcha decrescente da temperatura não deram ensejo á thoracocentese. O liquido pleu-

ritico reabsorveu-se espontanea e rapidamente; persistiu a tosse, acompanhada de secreção abundante. No escarro não foi encontrado o bacillo de Koch. Em menos de dois mêzes, operou-se uma restauração quasi completa do organismo, com rapido e progressivo augmento de peso.

Em julho de 1919, após dois dias de ligeira dôr de cabeça e estado li-pothymico, sobreveiu, inopinadamente, uma cephalalgia intensissima, mais accentuada nas regiões frontal e orbitarias: logo depois, vomitos frequentes, não espontaneos, pouco abundantes e acompanhados de nauseas. Mantinha-se o habitual estado de prisão de ventre. A cephalaea, continua e intensa, era tambem paroxistica, exacerbando-se ao menor ruido, ou a qualquer movimento provocado. No terceiro dia manifestou-se a photophobia, e, em gráo pronunciado, uma hyperesthesia generalizada, que não só impossibilitava a pesquisa dos diferentes reflexos, como tambem despertava localizações dolorosas que bem podiam desconcertar o clinico pouco avisado. Não existia o signal de Kernig. Na occasião dos exames praticados, ou quando se procurava imprimir novas posições á paciente, esta, não raro, realisava movimentos convulsivos, tonicos, ora da face, ora dos membros, ou do tronco, revestindo, por vêzes, attitudes athetoticas. Já então

esboçava-se o trismo, que, mais adiante, cedeu a vêz a uma leve rigidez da nuca. Até este momento, cinco dias de molestia, pulso e temperatura normaes; o rythmo respiratorio, afóra os periodos paroxysticos da dôr, accusava apenas uma ligeira polypnea, sem que nelle se pudesse perceber arhythmia, nem tão pouco typos definidos, quasi pathognomonicos de certas entidades morbidas. Os vomitos cessaram em absoluto, mas a cephalaea só dava treguas sob a acção da morphina, resistindo mesmo ás doses maciças e altas da antipyrina. As exacerbações paroxysticas foram se espaçando e diminuindo em duração; á hyperexcitabilidade foi se succedendo um estado de crescente entorpecimento, a par de um delirio manso, entrecortado de phases de lucidez. Inappetencia, diurese reduzida, ausencia de albuminuria. A indicação de uma punção lombar, quer como meio therapeutico contra a cephalaea, quer como elemento de diagnose, foi, em começo, regeitada pela familia. No 9º dia da molestia, surgiu a febre (38º), que não mais cedeu, assumindo uma marcha ascendente, com pequena remissão, menos de meio gráo, pela manhã; em tres dias attingiu a 40º. Pulso frequente, mais ou menos proporcional á hyperthermia; rythmo respiratorio irregular, revestindo o typo de Cheyne Stokes. No 10º dia foi feita a punção lombar; hypertensão accentuada, o liquido, limpido, jorrava em jacto arterial; por prudencia, extrahiram-se apenas 40 cc. que foram confiados ao Laboratorio. Iniciou-se nesse dia o quadro ophthalmoplegico caracteristico da paralysisa do 3º por craneano; começou pelo olho esquerdo; mydriase, abolição

dos reflexos pupillares, ptose da palpebra superior; o mesmo aconteceu, posteriormente, com o olho direito. O exame de fundo de olho não deu resultado, por causa da relutancia da enferma. Estado geral estuporoso, emmagrecimento rapido, delirio continuo, completa obnubilação intellectual, incontinençia de urina e fézes, attitude em decubito lateral, com os membros inferiores em flexão forçada, contractura rija da nuca, hyperthermia, rythmo de Cheyne Stokes.

Resultado do exame da urina satisfactorio.

Exame micro-biologico do liquido cephalo-racheano : de aspecto citrino, era limpido, não formando sedimento no recipiente ; reacção de Wassermann fracamente positiva ; reacção de Nonne fortemente positiva; lymphocytose accentuada ; microscopia directa do bacillo de Koch e de outros germes microbianos negativa ; a inoculação em cobaia tambem deu resultado negativo.

DIAGNOSTICO

Tomando em consideração os anamnesticos, occorreu-nos, nas primeiras 24 horas, a hypothese de uma enxaqueca ; mas, em face da aggravação dos signaes iniciaes, e ante a manifestação ulterior de novos symptomas, enveredámos decididamente para o terreno escabroso da meningite aguda.

Uma assistencia assidua e meticulosa permittiu-nos não só registrar methodicamente a evolução symptomatologica do caso clinico, como mesmo nos deu aso de presentir e prevêr o surto de symptomas que nem bem se debuxavam.

E da observação attenta da moles-

tia, desde o seu inicio, quasi sem prodromos, até o epilogo fatal, resultou-nos a impressão de que assistiamos a um caso, *clínicamente typico*, de meningite aguda, tuberculosa, fórma infantil.

Tratava-se, indubitavelmente, de um processo meningítico ; mas, qual o seu factor etiologico ?

Em abono da meningite *tuberculosa*, temos : nos antecedentes, a existencia de uma pleurite aguda, com derrame abundante, reabsorvido espontaneamente ; a terminação da molestia pela morte ; a evolução clinica do caso, com a successão classica dos varios periodos : o periodo de excitação, com a cephalaea, os vomitos, a constipação, a hyperestesia, a photophobia, as contracturas musculares ; o periodo de depressão, em que a hyperexcitabilidade cede a vêz ao entorpecimento, á attenuação dos phenomenos dolorosos, ao desapparecimento dos vomitos, e marca o inicio da febre e do delirio ; o periodo paralytico, com a lesão do 3º par craneano ; e, por fim, o periodo comatoso, que põe termo á molestia, e com ella, á vida da paciente.

Depõem contra : a falta absoluta de antecedentes hereditarios, descendentes e collateraes ; a raridade, quasi excepcional, da fórma infantil no adulto ; a subitaneidade inicial, pois mal se póde tomar a conta de prodromos o estado lipothymico que precedeu de 48 horas a eclosão da molestia, quando o periodo prodromico, arrastado e insidioso, da meningite tuberculosa tem uma significação toda especial ; a ausencia do bacillo de Koch no liquido, verificada quer pela microscopia directa, em rei-

teradas pesquisas, quer pela inoculação em cobaia.

Ha nos anamnesticos a citação da *influenza espanhola*, mas a meningite explodiu seis meses depois, tendo de permeio um periodo de franco restabelecimento.

As meningites agudas, *não tuberculosas*, raras vezes primitivas, surgem, como episodios, no decurso da grippe, pneumonia, febre typhoide, otite aguda, etc. ; estas ficam excluidas pela propria exposição do caso clinico, e, ainda, pela ausencia dos seus agentes microbianos no liquido cephaloracheano.

Contra a presumpção de uma meningite *cerebro-espinhal*, fallam a falta do signal de Kernig, o aspecto limpo do liquido, a não coexistência de casos similares na mesma localidade ; a ausencia do meningococco de Weichselbaum no liquido.

Quanto á meningite *syphilitica*, a fórma aguda, tal-qualmente acaba de ser descripta, é muito rara, mas esta hypothese vem fortemente amparada nas razões que seguem: marido syphilitico, com Wassermann fortemente positivo, e com a aggravante de não ter sido tratado; um aborto; uma prenhez dupla, com morte prematura dos gemeos; um Wassermann positivo, embora fracamente, no liquido cephaloracheano; ainda temos a reacção de Nonne fortemente positiva e uma lymphocytose abundante, elementos estes, alias, de sómenos importancia, por não serem de significação exclusiva.

O tratamento especifico, mixto, intensivo, instituido desde o inicio da molestia, foi totalmente inefficaz.