

EM TORNO DE UM CASO DE POLYNEURITE LUEITICA

Dr. Sarmiento Leite Filho,
adjunto da 16.ª Secção do Hospital

(CLINICA NEUROLOGICA)

De observação clinica vulgar são as polyneurites; de marcha aguda ou chronica, apresentam-se como entidades nosologicas perfeitamente distinctas e autonomas, destacando-se com feição propria do intrincado da neuroiatria.

Dentre as multifarias causas que as engendram, avultam na scena morbida as infecções e intoxicações, constituindo o ethylismo o mais commum factor efficiente dellas; e com tal frequencia e insistencia se manifesta na pratica que a elle se filia a maior parte dos casos de neurites periphericas. E de feito, é o principal responsavel. A lues, que, variada e pluriforme, desempenha papel de destaque em pathologia, maximé em pathologia nervosa, raramente ha sido incriminada como geradora de neurites periphericas, a ponto de autoridades no assumpto assegurarem, com evidente exagero e quiçá desculpavel leviandade, «desconhecer exemplos indiscutíveis de neurites syphiliticas, pelo menos sob a fórmula ordinaria das polyneurites». 1) Mal avisado andaria, pois, o clinico inexperiente que, apegado a taes doutrinas, perscrutasse allures à causa de um morbo obs-

curo, quando ella tão perto está, visível e patente. De resto, a argucia do clinico é desafiada a cada passo, ao esquadrinhar, como em emaranhado inextricavel, a natureza de tal syndrome ou affecção, e se apura de continuo ao contacto constante e familiaridade assidua com a neuropathologia.

O caso que ora apresento, trivial na especie, de observação costumeira, interessa, no entanto, sob o ponto de vista etiologico: «polyneurite luetica, de fórmula mista», apparentando o simile da neuro-tabes peripherica». Corriqueiro, embora, é digno de menção e de registro. Com justeza assevera Miguel Couto: 2) «Não ha caso banal em clinica do qual se não extraia uma nota interessante». É o meu se enquadra nessa categoria, pelas circumstancias por ventura excepcionaes da etiologia insolita. Passo a relatar, com minucias, após esse exordio, o caso clinico gerador destes rabiscos.

OBSERVAÇÃO

Nome : M. C.

Idade : 23 annos

Naturalidade : deste Estado

Profissão : cozinheira

1) *Traité de Médecine* — Enriquez, Lafite, Bergé, Lamy — T. IV, pag. 619 (*Maladies du Système nerveux*).

2) Miguel Couto — *Clinica Medica*, pg. 70.

Sexo: feminino
 Nacionalidade: brasileira
 Estado civil: casada
 Raça: preta

ANAMNESE

Antecedentes da familia: Mãe falecida de doença ignorada; pai morto do coração (sic). Possui 6 irmãos e 6 irmãs, vivos todos, gosando bôa saúde relativa.

Antecedentes pessoas: Em criança era acometida, seguidamente, de *ataques de nervos*, com perda dos sentidos, apresentando-os ainda depois de adulta. Regrada aos 17 annos, sempre surgiu com irregularidade a menstruação. Teve 4 abortos; e 2 filhos, ambos mortos em tenra idade, parece que de meningite. Após o ultimo parto é acometida de infecção puerperal, da qual passou muito mal. Foi atacada pela gripe epidêmica, que lhe deixou como resquicio feridas pelo corpo. Nega formalmente a existencia de antecedentes venereos; faz uso moderado de bebidas alcoolicas, excedendo-se por vezes, sem, todavia, embriagar-se; fuma de quando em vez.

Historia da doença actual. De evoluer rapido e progressivo, o mal que ora a empolga, foi preludiado por cephalalgia, tonteiras, vomitos, calefrios e febre. Logo surge fraqueza das pernas e satellites della dôres atrozes, lancinantes, fulgurantes, nos membros cruaes, mais intensas nas plantas dos pés e panturrilhas, impedindo-a de se ter em pé e caminhar, tão forte serem; contemporaneamente os pés, como que adorentados, causando-lhe a sensação de pisar em algodão, ao mero contacto com o solo,

pouco firmes e embaraçados, sobretudo lhe disturbavam o andar. A seu turno, e em curto praso, comprometem-se os membros thoracicos, attingidas primeiro as mãos, doloridas e dormentes; experimentava grande dificuldade em agarrar os objectos que lhe escorregavam das mãos, como que faltas de vida, mal intentavam a elles se apegar. Pouco e pouco são affectados antebraços e braços e os outros segmentos dos membros pelvicos que se tohem nos movimentos. Edemacias surgem no dorso dos pés e mãos. Dôres em cinta, gastralgia, arthralgias violentas ensombram a scena morbida. Insomnia tenaz, occasionada pelas fortes doras que teimam em accentuar-se para a noite, reubando-lhe o socego e o somno. Formigueiros lhe percorrem as pernas; picadas, ferroadas quaes agulhadas martyrisam-na; vezes outras é uma sensação bizarra de linguas de fogo a lhe lamberem os membros.

Micção e evacuação normaes. Não apresentando melhoras com os remedios caseiros, resolveu baixar ao hospital, tres dias após o começo de seu mal, a 15 do fluente, sendo então recolhida á 16^o Secção (Clinica neurologica).

EXAMES

A observada é uma rapariga de estatura mediana, de compleição franzina, regularmente nutrida. Da impressão de conjunto, denota-se de prompto o soffrimento que a empolga, estampado na facies, melancolica e angustuada, pelas atrozes dôres que a torturam. Ansiosa e oppressa, geme e balbucia de continuo, victima de terebrantes algias. Na face, afóra essa ex-

pressão de agonia, nada de anormal a assinalar, no que tange á musculatura e innervação. A lingua, projectada para fóra da fenda oral, é animada de leve tremulação. No tronco nenhum desvio. A' inspecção e á apalpação da columna vertebral nenhuma saliência que desperte a attenção; a pressão e a percussão não provocam dôr. Avulta no scenario morbido, como phenomeno saliente e primacial, o compromettimento dos membros que, tollidos e preguiçosos, trahem, a attento exame, a paresia que os entrava. Caracteristico e frisante é o aspecto que revelam, mormente nas extremidades.

As mãos, edematicas, semi-flectidas sobre os ante-braços, os dedos recurvados, apparentam por essa configuração o simile das da paralytia saturnina.

Aprehensão dos objectos é muito disturbada. Os dedos embaraçados, represados, intentam agarral-os; porêm, mal os tocam, como que faltos de vida, mallogram seu designio. A doente não sente os objectos, nem os reconhece, olhos oclusos. Convidando-a a levar a mão a um ponto qualquer, como ao nariz, pela manobra classica, nota-se evidente incoordenação dos movimentos. E' flagrante a ataxia, e mais pronunciada si os olhos se fecham. Bem typico tambem é o aspecto dos pés. Pendentes e virados para dentro, exibem em ligeiro debuxo o pé varo equino. Signal esse que com maior evidencia, comparece, quando, assentada a paciente na borda do leito, os membros sem apoio se abandonam ao proprio peso. Edemas lhe mascaram os relevos osseos. Em summa, o que se depreheende do estudo da motilidade

activa voluntaria é a existencia de perturbações pareticas, compromettendo symetricamente os quatro membros. Mais accentuadas nas extremidades, onde attingem o fastigio (mãos e pés), as desordens motoras se vão delindo para as raizes dos membros: ahi os estímulos externos encontram resposta a seu appello. Facto importante, e quiçá pathognomonic, transluz ainda desses estudos: o predominio das desordens paralyticas sobre o systema dos musculos affectos á extensão, com relativa integridade dos flexores, em ambas as bandas. Não se denunciam convulsões, contracturas ou tremores, tanto nos membros superiores como nos inferiores.

Investiguemos a marcha. Pelo que precedeu, logico é vel-a conturbada. O andar vacillante, tropego, titubeante, explicavel em parte pela anesthesia das plantas, simula de perto a ataxia tabida; os olhos oclusos, o equilibrio se turba; não a sustentem e a paciente cairá. Esboça-se o Romberg. Com o evolver do mal, mais e mais se disturba o andar e agora só o consegue amparada. Em leve bosquejo desenha-se a marcha *escarvante*.

Sensibilidade geral. Subjectiva: algo alterada, pois além de paresthesias — dôres formigantes, sensações esquisitas de linguas de fogo a lamberem-lhe os membros, picadas — accusa a paciente dôres intoleraveis á apalpação e á pressão das massas musculares dos ante-braços e panturrilhas, sobretudo, e dos trajectos nervosos do peroneiro, tibial posterior, dôres insupportaveis e exasperadas pelos movimentos passivos impressos aos membros, resaltando bem nitido o signal de Laségue.

Sensibilidade objectiva superficial: — Tactil abolida; thermica e dolorosa presentes, exagerada a ultima. Esta dissociação das sensibilidades — anesthesia tactil e integridade da sensibilidade á dôr, que é antes exaltada — phenomeno dito da *anesthesia dolorosa*, — resalta patente.

Objectiva profunda: muscular, ossea, troncos nervosos, articular, vicerál — presentes, com leve exaltação. Estereognose: abolida, a paciente não reconhecendo os objectos, os olhos cerrados. Noções do sentido muscular (n. das posições segmentares, do movimento activo e passivo, etc.) — inalteradas.

A topographia das perturbações sensitivas merece meditada. Parallelas ás desordens motoras, as perturbações sensitivas affectam uma feição toda propria. Attentae em sua distribuição e vereis que ellas obedecem ao typo peripherico, isto é, seguem o rumo dos troncos nervosos periphericos, superpondo-se á distribuição anatomica delles. Mais pronunciadas nas extremidades, decrescem regular e progressivamente do pé para a perna e para a coxa, e da mão para o ante-braço, e são tanto mais leves quanto mais nos approximarmos das raizes dos membros, até se esvaecerem de todo.

Quanto á sensibilidade especial (visão, audição, olfação e gustação) nenhuma alteração importante a assignalar.

Reflexividade. Superficial: reflexos plantares, planti-tibiaes, planti-cruraes, abdominaes ou de Rosembach, etc. exaltados ao primeiro exame, abolidos de todo aos subseqüentes, excepto os abdominaes.

Profunda: reflexos patelares, achylleos, da munhéca, do tricipite, do bicipite, e outros, exagerados ao primeiro exame. Aos seguintes, feitos em dias successivos: abolidos completamente os rotulares, os achylleos, da munhéca; diminuidos os do bicipite e tricipite, em ambas as bandas. Phenomeno de Babinski e variantes: negativos. Clono do pé, mão, rotula, não se verifica.

Especial: pupillar preguiçoso á luz, reagindo bem á accommodação á distancia, convergente, consensual e doloroso. Salienta-se, pois, em ligeiro bosquejo, o signal de Argyll-Robertson.

Trophicidade: algo affectada. Com o evolver do morbo, lento e progressivo, desenham-se atrophias nos muscululos conquistados pelo processo morbigeno e o emaciamento dos membros se inicia.

Como phenomenos vaso-motores: edemas do dorso dos pés e das mãos.

Estado mental. Nada de anormal a assignalar para o lado da mentalidade. Fala regularmente, o sufficiente para se fazer comprehender; nenhuma desordem no que toca á linguagem falada.

Precisa bem a noção do lugar, meio e tempo. A capacidade e nivel mentaes de accordo com a rudimentar instrucção recebida. Sempre bem humorada. Associa regularmente as idéas e quanto á attenção e memoria, nada de anormal. Não se lhe notam delirios nem allucinações.

Orgãos dos sentidos: visão — musculatura externa e interna do globo ocular, normaes; — audição, olfação e gustação: desordem alguma digna de menção.

No que tange aos outros appa-
relhos da economia: aparelho circu-
latorio, respiratorio, digestivo, genito-
urinario, nenhuma anomalia se veri-
fica. Esphincteres intactos. Tempera-
tura axillar oscillante entre 36° 8 e
38° 3; pulso: 90 a 112 batimentos por
minuto.

Exames de laboratorio. Exame
de sangue: Reacção de Wassermann
francamente positiva + + +.

*Exames do liquido cephalo — ra-
cheano:* de tensão normal, de aspecto
límpido, transparente, incolor, cristal
lino como agua de rocha.

Cytologia: lymphocytose mode-
rada. Reacção de Nonne: albuminose
negativa. Reacção de Wassermann
no liquor: francamente negativa 0 0 0,
mesmo com a dose de 3 c. c. de liquido.

Exame de urinas: Exame com-
mum.

Volume remettido: 100 c. c.

Aspecto: turvo.

Côr: amarello-clara.

Cheiro: fetido.

Consistencia: fluida.

Reacção: levemente acida.

Densidade a + 15° C: 10° 9, 3.

Albumina: não tem.

Pseudo — albumina: traços leves.

Assucar: não tem:

Pigmentos biliares: não tem.

Acidos biliares: traços leves.

Sedimento: Regular quantidade
de côr branca suja; ha diversas cel-
lulas epitheliaes, poucos leucocytos
granulos de phosphato amorpho e
cristaes de acido urico.

DISCUSSÃO DIAGNOSTICA

Como interpretar esse caso? Que
rotulo appor á symptomologia tão
vasta, exuberante e rica? Tres hypo-

theses tomam logo a dianteira na
senda diagnostica, a desafiar a pers-
picacia do clinico: polyneurite peri-
pherica, poliomyelite anterior aguda
do adulto, tabes aguda. Não é de
todo facil á primeira olhada extre-
mar essas tres individualidades noso-
logicas. Tão semelhantes são ellas
e tal parecença affectam por vezes,
que só meros matizes as distinguem.
Mas, attentae bem na symptomatologia,
perquiri, esmiuçae os signaes pro-
prios de cada qual, e de prompto re-
saltam os sainetes que as apartam.
Pendo para a primeira conjectura e
darei porque. Evolução lenta e pro-
gressiva dos accidentes, predominio
nas extremidades (mãos e pés) das
paralysias que vão minguando para
as raizes dos membros, apparecer tar-
dio das amyotrophias, perturbações
intensas da sensibilidade subjectiva
e objectiva, como paresthesias, dôres
violentas e fulgurantes, formigamen-
tos e entorpecimentos, de séde habi-
tual nos pedarticulos e dedos, dôres
á pressão e á apalpação dos muscu-
los e troncos nervosos, o phenomeno
dito da *anesthesia dolorosa*, verdadei-
ramente diacritico, a conservação pos-
sivel da reflectividade tendinosa e o
exagero dos cutaneos, eis, em rapido
escorço, os principaes caracteres cli-
nicos que militam em prol de uma
polyneurite, toxica ou infectuosa.

Na paralysisa espinhal aguda do
adulto, ao envés, sobre ser o inicio
brusco, direi mesmo brutal, as para-
lysias começam pelas raizes dos mem-
bros, onde adquirem o auge, nem
sempre são symetricas, as amyotrophias
são precoces e irremediaveis, uma vez
installadas jamais regressam, e em
pouco espaço se constitue inteiro o

quadro clinico. A reflectividade tendinosa é abolida nos membros paralisados e atrophiados, nunca ha exa-gero dos reflexos cutaneos.

As perturbações da sensibilidade são insignificantes e a pouco se reduzem; o papel desenpenhado por ellas é muito apagado.

Bastas analogias assemelham o morbo, atrás descripto, á *doença de Duchenne*. É de feito, marcha incoordenada, embaraçada, ataxia dos movimentos, signal de Romberg, abolição da reflectividade superficial e profunda em quasi totalidade, zonas anestheticsas, perturbações do sentido muscular e do sentido estereognostico, dôres fulgurantes e em cinta, escorço de Argyl-Robertson, são outros tantos phenomenos que estreitam o parentesco entre as duas affecções. Si a andadura da observada se aproxima da ataxia tabida, á primeira vista, pela manifesta incoordenação, della se afasta, no entanto, pela feição escarvante, ao esmerilhar attento da marcha. Além do mais, a distribuição topographica das anestheticsas, obedecendo ao typo peripherico, a absoluta integridade dos esphincteres, a relativa conservação das sensibilidades profundas, a integridade das sensibilidades especiaes, tudo isso, em summa, exclue a hypothese graciosa da tabes central, de marcha aguda, e evidencia a pseudo-tabes peripherica. Até o Argyl-Robertson, que existe em bosquejo no meu caso, si mais vezes é contradicho na tabes, della, no entanto, não é pathognomonic; em affecções outras se revela e, para Babinski e Charpentier, nada mais significa que mera função de syphilis. De tudo o que antecedeu, transluz, pois, evidente

o diagnostico de "polyneurite peripherica, de padrão misto, com predominancia dos phenomenos sensitivos".

Deslindado o diagnostico, resta agora indagar da etiologia do morbo, noção importante para uma therapeutica adequada e racional.

Dentre as numerosas causas procriadoras de polyneurites, qual dellas se acha em jogo? Uma ou varias? Infecção? Intoxicação? Eis o que ha mistér descortinar. Quem de relance considerar o caso, vislumbrará de prompto o ethylismo como o factor determinante delle, tão caracteristica é sua physionomia e de tão perto lembra a polyneurite alcoolica dos classicos. Mas, será por ventura elle o unico responsavel desse vasto complexo symptomatico? Certo que não. Razões preciosas e de valor inibem aceitar semelhante hypothese, com exclusão de qualquer outra. Pelo menos assim o entendo no caso vertente. Compulsando o passado morbido da paciente, tão parco em vestigios toxicos ou infectuosos, desvenda-se, além de habitos alcoolicos moderados e sem repercussão sobre o estado geral, a existencia de tremenda syphilis, verificada e confirmada pela reacção de Wassermann francamente positiva no sangue (+++). Pelo exame attento não se denota estigma algum de alcoolismo chronico, perceptivel aos meios clinicos vulgares. Bem ao contrario, visivel e indelevel é o ferrete impresso pela lues em sua marcha invasora e destructiva: cephalalgia de maximo vesperal, dôres *osteocópas*, como esternalgia, tibialgia, arthralgias, polyadenites chronicas, indolentes, manifestando-se nos signaes de Ricord e de Amicis, etc., escorço de Argyl-Robertson,

etc. Relegando, pois, o alcoolismo para plana secundaria, sou inclinado a considerar, em que pese o conceito classico, o estado morbido em litigio como foreiro da lues. „As neurites syphiliticas não são frequentes“. (1) Pouco importa. Não impede isso que em alguns casos, raros embora, a lues, caprichosa ao extremo em suas pluriformes manifestações, despreze o systema nervoso central e venha localizar-se nas terminações nervosas periphericas, para sobre ellas exercitar toda a sua acção destructiva e nefasta. E o alcool poderá haver contribuido para isso em grande monta, e o creio bem, pelo seu poder deprimente, debilitante, não como factor determinante unico, efficiente, e sim como factor predisponente. Amanhado o terreno, debilitado o systema nervoso, torna-se elle mais vulneravel á acção malefica e nefaria de um agente morbigeno qualquer. E' uma noção banal adquirida de muito. E não são tão corriqueiras na pratica diaria as associações de alcoolismo e syphilis? Estes dois grandes venenos do mais nobre systema da economia animal não andam, bastas vezes, de parceria, de mãos dadas, em sua faina destruidora, quaes tetricos comparsas? Tudo é verosimil e possivel. E' nesta questão controvertida, em favor das considerações exaradas, accorre mais uma prova, e de peso, a prova do tratamento. „A polynevrite syphilitica tem sido

muita vez incriminada á conta de intoxicações concomitantes e do tratamento mercurial. Casos ha, entretanto, *de indiscutivel origem luetica*, surgindo a polynevrite pouco espaço após o cancro inicial, antes de qualquer tratamento. *A medicação especifica será pedra de toque na especie*, um de cujos traços é a benigna evolução“. (2)

E' de feito, sob a influencia da therapeutica especifica intensiva (injecções intra-musculares quotidianas de biódeto de mercurio, injecções endovenosas de oxycyaneto de hydrargyrio pelo methodo de Abadie, iodeto de potassio *per os* em alta dose diaria, em concomitancia com a medicação classica anti-algica), apaziguam-se as dôres, cede a pyrexia,olvem o somno e o bem-estar, as desordens motoras se attenuam grandemente, a ponto dos movimentos já serem mais desembaraçados, mais desenvolto, detêm-se as amyotrophias em sua marcha invasora, o quadro clinico trespudra-se, em summa. Persista essa melhoria e se intensifique, o que é licito esperar, e poder-se-á prognosticar para futuro não muito longinquo o guarecer completo da paciente. Confirmar-se-á então, ainda uma vez, o vetusto aphorismo hippocratico que com acêrto proclama: «*Naturam morborum curationes ostendunt*».

E ali está porque julguei interessante o caso que ora apresento aos estudiosos da neuiriatria.

Porto Alegre, Fevereiro de 1920.

1) Maurice de Fleury. Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux, pg. 687.

2) Aloysio de Castro. Tractado de Semiótica nervosa, pg. 454.

