

A MENINGITE TUBERCULOSE DO ADULTO

(ASPETOS CLINICOS: A FORMA CEFALALGICA)

Para quem nunca viu uma meningite tuberculosa evoluindo num adulto ha de parecer exagerada e sem razão de ser a distinção categorica, que sempre se tem feito, entre ela e a meningite tuberculosa da criança. Mas, de fato, os antigos autores tinham razão quando afirmavam que „entre a meningite tuberculosa do adulto e a da infancia, tudo é contraste: sintomas, evolução, rapidez, etc. . . ., a discordancia é total. Entre elas só ha um ponto de contato: a morte“ (Jaccoud, Wunderlich).

Si num certo numero de casos tal não se dá, eles estão em minoria, sendo um dos caracteristicos da molestia no adulto e apresentar-se com um quadro clinico frusto e as mais das vezes monosintomaticos.

Dois casos, por nós observados, ha pouco tempo, e que descreveremos no decorrer destas linhas, servirão como mais uma prova dos conceitos emitidos pelos nossos mestres.

Qual a razão destas divergencias tão grandes? Quais as causas capazes de explicá-las, sendo o agente microbiano o mesmo?

1) Em primeiro lugar, a meningite tuberculose do adulto é quasi sempre secundaria a uma tuberculose visceral (pulmonar, renal, etc.), i. é, ela evolve num terreno preparado e exgotado. E' facil compreender que sua evolução deva ser mais rapida do que se atingisse um individuo em boas condições de saude. Além disso, si o tuberculoso estiver em grau adiantado, aniquilado pela febre continua e pela diarréa que o desidrata e enfraquece, o processo meningêo passará perfeitamente despercebido no meio deste quadro tragico, até o dia em que sobrevem bruscamente um colapso, instalando-se o coma que leva o doente em pouco tempo.

2) As meninges mais atingidas no adulto são as que envolvem a convexidade do cerebro, ao contrario da criança em que o processo inflammatorio é principalmente basilar e espinhal.

Si dissermos ainda que o cerebro adulto é um órgão por assim dizer meoprágico, tão grandes são os esforços a que está sujeito pelo maior desenvolvimento de

Pelo dr. Nino Marsiaj, assistente do serviço de prof. Otavio de Souza na Santa Casa de Misericordia.

suas funções mentais, pelas preocupações de ordem moral e afetiva, pelas emoções, composto de celulas enfraquecidas pelos venenos elaborados no proprio organismo e por venenos exogenos, tais como o alcool, o fumo, etc., não é dificil compreender porque o adulto „reagindo sobretudo com o cerebro, fará uma forma cerebral de meningite tuberculosa“ (Ramond).

De acordo com este modo de pensar, a clinica nos mostra a frequencia das formas convulsivas, sensitivas, sensoriais e psicicas observadas no adulto, principalmente as ultimas que quasi não se encontram na criança. Mas, estas formas, dependentes de uma lesão cortico-meningêa, são, via de regra, quasi até ao fim, monosintomaticas, ou ao menos as convulsões, paralisias, etc., permanecem o sintoma dominante no quadro clinico.

A anatomia patologica explica-nos estes fatos, demonstrando ser a meningite tuberculose do adulto quasi sempre, e até uma fase adiantada da molestia, uma meningite em placas, localizada em determinados, e as mais das vezes restritos, territorios anatomicos.

Dentre estas diversas formas monosintomaticas desejamos chamar a atenção sobre todas as outras, mas tambem porque quando bem observada permite um diagnostico precoce, sinão de certeza ao menos de grande probabilidade. Referim-nos á forma cefalalgica.

Esta forma, como seu proprio nome o diz, tem como sintoma dominante e muitas vezes unico uma cefaléa tenaz, constante e rebelde a todos os analgesicos habitualmente usados. Esta cephaléa póde atingir qualquer região da cabeça, sendo, no entanto, mais frequente nas regiões frontal e occipital. Ela só é aliviada pela punção lombar, mas mesmo assim por poucas horas. Sendo muito precoce, deve chamar a atenção do medico assistente, que, em face de um tuberculoso que se queixa de dôr de cabeça tenaz e incoercivel, deve sempre pensar, mesmo na ausencia de qualquer outro sintoma, na possibilidade de um processo meningêo que se esteja instalando insidiosamente.

Sob este ponto de vista bastante ilustrativo é o caso que tivemos oportunidade de observar, como amigo da família do paciente, e que esteve em mãos de ilustres colegas da Capital.

Observação resumida. M. M., com 22 anos, branca, casada, residente no interior do Estado.

Nada que interesse nos antecedentes morbidos familiares. Antecedentes morbidos pessoais: Ha 6 anos teve uma hemoptise, tendo sido examinada e rigorosamente tratada por competente especialista desta cidade. Foi então considerada como uma bacilosa. Dois anos após, novamente examinada por outro colega, lhe foi concedida licença para casar, pois estava clinicamente curada. Um ano depois deu á luz um menino robusto e bem desenvolvido, que amamentado por ela continua desenvolvendo-se bem.

Molestia atual: Em Março do corrente ano, após uma gripe, que a prostrou por varios dias, sentiu-se enfraquecida. Transportando-se para cá, afim de tratar-se, o especialista diagnosticou uma tuberculose pulmonar unilateral, em plena evolução, e indicou a colapsoterapia pelo processo de Forlanini. Desde a 1.^a compressão, a 2 de Maio, a temperatura elevou-se a 40° (de 36,8 a 37,5, que era) e sobreveiu uma forte cefaléa fronto-parietal. Chamado o oto-rino-laringologista, este verificou lesões típicas de uma tuberculose laringéa e varias ulcerações bacilosas do faringe, nada encontrando, no entanto, para os seios faciais. A temperatura, muito irregular e elevada, apresentava oscilações bruscas durante o dia. O pulso se mantinha sempre de acordo com a temperatura. Estado geral ótimo.

Alguns dias após sobrevieram as regressas, o que aliviou por algumas horas a dor da cabeça.

A 8 de Maio esta continuava sempre violenta, a ponto de a doente pedir a morte para alivial-a. O estado pulmonar estava melhor e o geral ainda excelente. Exame de urina: normal. R. de Widal: negativa.

Dai por diante a doente começa a emagrecer e sentir-se cada vez mais abatida. A cefaléa sempre terrível continuava, não dando á paciente um minuto sequer de alívio, apesar de todos os analgésicos empregados. Não foi feita a punção lombar.

A 18 de Maio, pela tarde, sobrevem um colapso. A doente, convenientemente medicada, reanimou-se. A' noitinha novo colapso; a paciente entra em coma. Até então não havia, a não ser a cefalalgia, nenhum sinal clinico de comprometimento meningêo.

Na manhã seguinte: rigidez de nuca, esboço de Kernig, carfologia.

A 20 de Maio: Bronco-pneumonia, Kernig acentuado, estrabismo convergente franco. A 21 a paciente morreu.

Apesar dos dados laboratoriais serem bastante escassos, cremos ser indiscutível o diagnostico clinico de comprometimento meningêo de origem tuberculosa ou tuberculose meningéa, seja qual fôr o tipo anatomo-patologico da lesão.

Assim sendo é de interesse notar que durante 19 dias consecutivos, sem uma hora sequer de interrupção, o unico sinal clinico do processo inflamatório meningêo foi a cefaléa.

Pudessemos nós ter feito a punção lombar e teriamos não só encontrado a chave do diagnostico, como também teriamos praticado um ato de caridade, aliviando a paciente do martirio a que foi submetida.

Si num grande numero de casos a molestia evolve deste modo, existem outros em que, além deste, se ajuntam outros sinais de reação meningéa. Mas, mesmo assim, nesta, como em outras formas clinicas, o quadro apresentado pelo doente é sempre frusto. Si o clinico fôr esperar pelas fases classicas da meningite tuberculosa, quando tratar de um adulto, ou não fará o diagnostico ou quando o fizer o paciente já estará á morte.

Um outro caso por nós observado e estudado no serviço do prof. Octavio de Souza nos dará uma ideia, não só do valôr diagnostico da cefaléa persistente e insuportavel, mas também da evolução bastante atípica da meningite tuberculosa do adulto.

Observação resumida. F. P. B., com 29 anos, solteiro, branco, motorneiro, deste Estado, Av. Terezopolis n.º 2.

Antecedentes morbidos familiares: nada que interesse.

Antecedentes morbidos pessoais: Aos 13 anos, sarampo. Aos 16, coqueluche. Em 1918: a gripe hespanhola. Aos 19 anos cancro duro e gonorréa. Sofre, ha algum tempo, de uma tosse pertinaz, sem expectoração.

Molestia atual. Ha uns vinte dias, após uma gripe, começou a sentir uma violenta cefaléa fronto-parietal que não cedeu com nenhum dos analgésicos que costumava tomar. Ha uns 3 dias sobrevieram vomitos. Seu estomago não suportava alimento de especie alguma, inclusive a agua. Só vomitava quando comia ou bebia. Perdurando este estado de coisas, resolveu baixar ao hospital, onde foi designado para a Enf. Dr. Otavio L. 14 Pap. 4007.

Habitos. Fuma e bebe moderadamente.

A 1 de Maio o doente baixa com uma violenta cefaléa. Acha-se prostrado, emagrecido. Alguns ganglios inguinais enegrecidos, duros e roliços. Temperatura 37,52. Pulso regular, cheio: 54 p. min. Tensão arterial: Mx. 13 Mn. 9. Sensibilidade e reflexos integros. Inapetencia e raros vomitos alimentares. Ha prisão de ventre. Ap. respiratorio: Respiração rude e alguns estertores finos para o apice direito. Respiração soprosa em todo o hemitorax esquerdo.

A 3 de Maio, o estado do paciente agravou-se. Os vomitos desapareceram. A cefaléa continuava intensa. Esboço de Kernig. Leve rigidez da nuca. E' praticada uma punção lombar.

A 9 de Maio, o doente ainda sente os beneficios da punção. A cefaléa continua menos intensa. Sobrevem delirio.

A 12, a cefaléa voltou com toda a intensidade. Delirio. Incontinencia de urina.

A 13, hematuria e hemoptise.

A 14, inconciencia completa. Carfologia.

Dia 15, pela noite, entrou em coma e horas depois morreu.

Exames de laboratorio:

Urina: normal.

Sangue: R. de Wassermann: negativo 000.

Desvio de complemento para a tuberculose: positivo nitido (Lab. Geyer).

R. de Widal: negativa.

Hemocultura: negativa.

Globulos vermelhos: 4.805.300 p. mm³.

Globulos brancos: 13.125 p. mm³.

Polin. Neutrofilos: 84,80 %.

Gr. e med. mononucl.: 8,10 %.

Limfocitos: 7,10 %.

Dosagem de hemoglobina: 57 %.

Liquido cefalo-raqueano: Aspeto limpido. Cór clara. Não tem coagulo, nem sangue.

Albumina total 1,52. Prova de Ravaut: positivo intenso.

R. Nonne Appelt: positivo.

R. Ross-Jones: positivo.

R. Pandy: positivo.

R. Weichbrodt: positivo.

Chloretos: 5,382.

R. De Takata e Ara: Coloração rosea imediata.

R. de Lange. Curva de Eicke. Violeta 1/320 — 1/640.

R. de Meinicke: negativo.

R. de Wassermann: negativo.

Exame citologico: 302 p. mm³. Limfocitose predominante.

Exame bacterioscopico: negativo.

Si atentarmos nestes dois casos que tivemos oportunidade de observar, veremos qão diferente é o quadro clinico da afecção em se tratando de adultos. Nestes o diagnostico se torna bem mais difficil. Si na criança faltam-nos os elementos subjetivos, a respeito dos quais as informações são sempre nulas ou escassas, no adulto a precariedade do quadro obriga o medico a jogar, com uma observação acurada e interpretação prudente, com os poucos sintomas que se lhe apresentam. Si entre estes a cefaléa tem grande importancia diagnostica, é preciso, no entanto, não lhe exagerar o valôr, rotulando como meningite tuberculosa toda a dôr de cabeça sobrevinda num baciloso. Mas tambem é fôra de duvida que, dentre de todos os sintomas de comprometimento meningêo no adulto, a cefalalgia ocupa o 1.º lugar em precocidade e em frequencia. Entretanto, antes de afirmar a existencia de um processo meningêo será de absoluta necessidade excluir as cousas provaveis no caso de produzir a dôr de cabeça e em seguida estribar-se nos exames laboratoriais. Só então o diagnostico de meningite tuberculosa, diagnostico terrivel de que nos afastamos insensivelmente, deve vir ao nosso espirito e servir de base á nossa ação.

Aqui, mais do que nunca, fica de pé o preceito de Cardarelli:

Observatio et Ratio.

Diante do tudo que foi dito, comentará um espirito cético: de que vale o diagnostico precoce da meningite tuberculosa, si a morte é inevitavel e certa?

Só poderá falar assim quem nunca viu o sofrimento e os horrores por que passa um tuberculoso atingido por uma lesão

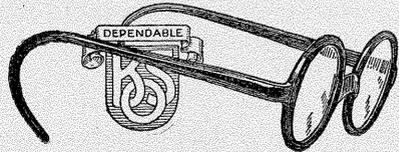
meningéa. A dôr de cabeça que o atormenta, assim como os outros sintomas de hipertensão craneana, valem bem o esforço do medico em procurar uma solução para o caso, o mais depressa possível.

Ele a tem na mão: é a punção raqueana, que si não traz consigo a cura, traz a luz, traz o alivio momentaneo, é verdade, mas que pôde ser repetido, mantendo o infeliz que se debate nas garras da morte que se aproxima a passos largos, na doce ilusão de uma cura possível.

A função hematopoiética, isto é, a formação dos elementos figurados do sangue, é com efeito difusa no embrião. Durante o primeiro mês, as hemátias nucleadas que dão origem às anucleadas do sangue normal por perda do seu núcleo, reproduzem-se por divisão nuclear nos capilares da vesícula biliar e do fígado. No segundo mês, este processo se atenua para desenvolver-se na polpa do baço. Pela sexta semana a função mieloide está localizada no fígado e no baço. Só mais tarde é que ela se desenvolve na medula dos ossos. No nascimento, medula osseo e baço apenas fabricam hemátias, e, durante o primeiro ano, o baço perde a facultade de produzir globulos vermelhos." L. Tixier "Les Anémies". Pags. 10, Paris 1933. Lab. Clin. — 73/74.

OPTICA MODERNA FOERNGES IRMÃOS ANDRADAS 1504 - PORTO ALEGRE

ESPECIALISTAS NO PREPARO DAS LENTES RECEITADAS PELOS SNRS. MEDICOS-OCULISTAS



COMPLETO SORTIMENTO de
LENTES BI-FOCAES que combinam

dous focos em uma só lente; um para longe e outro para perto.

Lentes ZEISS-PUNKTAL

que produzem imagens nitidas em todas as direcções que se olhe.

LENTES CROOKES que eliminam prati-

camente os raios Ultra-Violeta e reduzem a intensidade da luz.

:: Termometros Casella - Olhos artificiaes ::

INSTITUTO DE RADIOLOGIA

DR. NESTOR BARBOSA



DIRETOR DO GABINETE DE RADIOLOGIA
DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

Com curso de especialização em Paris e Berlin



CONSULTORIO:

Galeria Chaves / R. dos Andradas



TELEFONE 5239