

# Considerações sobre um caso de Tabes dorsalis

pelo

**Prof. LUIZ GUEDES**

**Cathedratico de clinica neurologica e noções de psychiatria**

Defrontamos, por vezes, na pratica, quadros morbidos que se fazem acompanhar de um cortejo symptomatologico tão abundante e caracteristico, que facil é a sua catalogação diagnostica, de tal modo firme e definitiva, que afasta de inicio toda e qualquer hypothese de confusão com outro mal com que, por ventura, se pudesse assimilar. Não vale ahi lidar com o raciocinio clinico para garantir essa diagnose, que por si se impõe, e irrevogavel.

De maior interesse serão outros aspectos com que se esmerilhe a questão. Entre elles, o significado pathogenico dos elementos diversos que constituem a tão rica phenomenologia a que aludimos.

Um caso desses nos foi dado observar na 20.<sup>a</sup> enfermaria da S. Casa de Misericordia do Rio de Janeiro, serviço do prof. Austregesilo, e onde, por algum tempo, trabalhamos.

Tal a messe dos nitidos symptomatas que apresentava a paciente respectiva, que firmámos nella, com segurança o nosso diagnostico de tabes dorsalis classica.

## **Observação**

Trata-se de A. V., branca, viuva, com 44 annos de idade, natural da Russia (Odessa), ha 20 annos residente no Brasil. Entrou para o referido serviço clinico em 3 de Julho de 1916.

Sobre seus *antecedentes hereditarios* nada ha de importancia: seu progenitor falleceu em avançada idade; mãe e irmãos eram fortes e sadios, quando delles se separou. Dois destes falleceram, um de sarrampão, outro de gripe.

Dos *antecedentes pessoais*, conta-nos que em sua primeira infancia gosou sempre bôa saúde; só se lembra de haver tido sarrampão, e gripe com dôres rheumatoides. Aos 12 annos, pela vez primeira, visitou-lhe o regime catamenial; dahi, só após 12 mezes, precisamente, é que lhe appareceu de novo. Depois, sim, foi mensalmente assistida, e com regularidade. Aos 14 annos, teve uma doença de figado, caracterizada por dôr forte, na respectiva região, com vomitos biliosos frequentes e ictericia intensa (angiochoiite catharral?) --o que lhe

perdurou por 2 mezes, cessando finalmente pelo tratamento a que se submetteu.

Casou aos 17 annos. Teve 2 filhos, dos quaes um falleceu em tenra idade, de sequencias de sarampão. Soffreu um aborto, facto que se passou a bordo, em viagem para o Brasil.

Aqui, onde sua vida social não foi muito pura, viveu sem accidente morbido digno de menção, até que, ha 8 annos, mais ou menos, começou a se sentir doente, notando que uma *friagem* e *dormencia* lhe tomavam os pés, a ponto de deixar cair, muitas vezes, os sapatos que calçava, sem que absolutamente dêsse por tal, phenomeno esse que se estendia pouco a pouco pelas pernas acima.

De quando em vez, uma faixa dolorosa ao redor da cintura epigastrica a incomodava muito, acompanhada quasi sempre de imperiosa vontade de evacuar, sem que, no entanto, conseguisse effectual-a. Urinava frequentemente, com dôr e irritação do canal da urethra, o que durou poucos dias.

Por vezes, aparecia-lhe forte cephaléa occipital; outras a assaltava pertinaz tosse coqueluchoide; ora zumbido nos ouvidos a affligia. Nessa ocasião, achava-se em Marnãos: ahi consultou, a respeito. Prescreveram-lhe banhos de mar, farta alimentação, duchas frias, correntes electricas, passeios e tisanas medicamentosas. Não se amainavam com isso os seus padecimentos; entretiveram-se com maior ou menor violencia e já outros phenomenos foram aparecendo: crises diarrheicas, vomitos repetidos, sensação de frio e dormencia nas mãos e no rosto. Os objectos eram vistos, por vezes, duplamente e diminuição da acuidade visual se fazia notar.

Foi, então, a Buenos-Ayres (já 2 annos após o inicio de seu mal) onde se submetteu a tratamento: em vão. Diagnosticaram-lhe polyneurite.

Peorou muito, sobrevieram-lhe acentuadas perturbações da marcha, de tal modo que dentro em pouco foi-lhe impossivel caminhar, por si. Teve de embarcar em bra-

ços, quando ha 4 annos, transportou-se para o Rio, ahi descendo no mesmo genero de conducção.

Recolheu-se ao Hospital da S. Casa, 21.<sup>a</sup> enfermaria, onde fez applicações de duchas de agua salgada, injeccões mercuriaes e iodeto de potassio. Poucos dias depois teve alta.

Continuando seu mal a progredir sensivelmente, voltou ao Hospital, indo para a 20.<sup>a</sup> enfermaria. Ahi recebeu injeccões de salvarsan, neo-salvarsan, calomelanos e oleo cinzento, com o que se sentiu, algum tempo depois, regularmente melhorada.

Regressando ao lar, entreteve o tratamento com mészinas, persistindo as suas melhoras, sem que, comtudo, desaparecessem os disturbios que a affligiam.

Em 1916, porém, novas complicações lhe surgem: avolumam-se os joelhos, com dôres rapidas, fulgurantes, ora demoradas, nas articulações respectivas. Augmenta a dormencia das pernas, é um formigar constante. Dôres fugazes ou duradouras a visitam na região cervico-dorsal. Vomitos frequentes, faceis, de quando em tempo. Notando que novamente peora, volta, em busca de recursos, á 20.<sup>a</sup> enfermaria, onde está ha mais de cinco mezes.

Actualmente, queixa-se, mais ou menos, do mesmo quadro descripto: ferroadas, pruridos, dôres rapidas na região cervico-dorsal, por todo o corpo. Ora vomitos, desejo de ir á *banca*, sem conseguir evacuar. Diminuição do poder visual, moscas volantes e phosphenas. Marcha difficil. Não obstante, sente-se melhor do que quando entrou para o serviço, devido ao tratamento que tem feito. Nega antecedentes syphiliticos e habitos imoderados de bebidas alcoolicas.

Passando a *examinál-a*, do que pudemos apurar, damos, a seguir, pormenorizados informes:

E' a paciente mulher de média idade, estatura meã, bôa compleição physica, em regular estado de nutrição.

*Facies*, tronco, membros superiores, sem mostrarem, á primeira vista, nenhuma anormalidade. Ha, porém, leve atrophia dos

membros inferiores, certo gráo de achata-mento das côxas, grande volume das articulações dos joelhos, mórmente do Esquerdo, apreciavel desvio da perna para fóra do eixo da côxa ambos os lados, bem como accentuado equinismo dos pés (valgus equinus), com os grandes pedartículos tendendo a flexão, e desaparecimento do concavo plantar.

E' impossivel a posição vertical, e ainda mais de cócoras, sem ter um apoio a protegel-a, alargando assim a base de sustentação e firmemente amparada em alguma cousa. Com bastante nitidez, então, se desenhham as deformações articulares do joelho e se evidencia pronunciada curvatura, de concavidade anterior, com maxima accentuação na junção articular, sobretudo á E. (*genu recurvatum*). Deitada ou sentada, percebe-se restricção do movimento dos membros pelvicos.

Paro estes é falha, desaparecida, a noção das posições segmentares. Imprecisa, por vezes, para os superiores. Conserva a noção do corpo no espaço.

Si ao convite medico, cerra as palpebras e justapõe os pés, quando na posição vertical, ha logo forte oscilação e consecutiva queda si, de prompto, não se amparar (*Signal de Romberg*). Tambem de olhos abertos, e sentada, embora menos, aprecia-se nitidamente o phenomeno.

Ha franca hypotonia da musculatura dos membros inferiores, do quadril e dorso. Facilmente leva os pés a tocar na cabeça, ou esta a encontrar aqueles. E' notavel a hypotonia do tricipite sural, sobretudo o E.: mantendo-se a côxa na posição horizontal, fixando-se o joelho sobre o leito, pôde-se de tal modo elevar a perna, que estabelece com a côxa um accentuado angulo obtuso e que se revela na curvatura percebida na posição vertical (*phenomeno de Orchanski*).

A marcha é impossivel sem apoio. Este-reotypa-se loge consideravelmente ataxica. A paciente não só bambolêa o corpo todo ao leval-o para frente, como atira desmedidamente a perna, dirigindo o pé para

fóra, pousando no solo primeiro com o calcanhar, para depois sental-o todo inteiro.

A ataxia revela-se tambem nitida nos movimentos solicitados dos membros inferiores. Muito leve, quasi se não nota nos membros superiores.

Força dynamometrica (dyn. Colin)—pressão á E. 29, á D. 32.

Não se assignalam tremores, tiques, espasmos, contracturas etc.

Apreciaveis disturbios se referem ás modalidades várias da sensibilidade geral.

A paciente acusa, o que já foi referido, dormencias, founicações, dôres, sensações de frio etc. (paresthesias).

Regular compromisso ha na sensibilidade tactil, que é diminuida, quasi abolida, ausente em alguns pontos, nos membros pelvicos, abdome e thorax, até quasi o terço superior deste, sempre mais perceptivel no lado E. Por vezes, a localisação das impressões tacteis é inexacta: a doente percebe em outro sitio, que não o de facto, a impressão recebida (*alochiria de Obersteiner* ou *alesthesia de Longet*). Não raro transforma as sensações tacteis (*metamorphose das sensações*).

Para os membros superiores ha leves disturbios, se espressando mais pela demo-ra em receber as impressões (*atrazo na conducção do estímulo*).

Diminuida se acha a sensibilidade dolorosa. A thermica, ao quente está integra; exaltada, ao frio.

Essas desordens da sensibilidade se delin-eam, francamente, em zonas segmentares (distribuição radicular).

E' impossivel distinguir as impressões duplas pelo compasso de Weber, cujos circulos de afastamento chegam ao maximo até nos membros thoraxicos.

Identicos disturbios se verificam para a sensibilidade muscular, ossea, articular — predominantemente no lado E.

A pressão forte sobre o nervo cubital E. na goteira olecraneana interna não determina dôr (*Signal de Biernacki*). O mesmo se regista para o sciatico popliteo externo,

junto a cabeça do peroneo, nos dous membros. (*Signal de Bechterew*).

A sensibilidade visceral diminuída em relação ás visceras do abdome. E' indolor a compressão dos seios.

Abolida em alguns pontos, diminuída noutros, é a sensibilidade baresthesica, explorada com o baresthesiometro de Verdin.

Esterognose — bôa. Noção do sentido muscular e articular, no tocante ás posições segmentares, movimento activo e passivo, fracamente comprometidas nos membros inferiores.

No que se refere á sensibilidade especial, ha a assignalar enfraquecimento do poder visual (*amblyopia*).

Olfacção, gustacção, audiçção — nada apresentam digno de mencionar-se. Prova de Rinne negativa; de Weber—com leve lateralização para o ouvido D.

Quanto á *reflectividade*:

a) superficial—Ausentes os reflexos plantidigitaes, plantitibiaes, planticruraes e os abdominaes. Presentes—o pharyngeo, o da cornea e o conjunctival.

b) profunda — A ausencia completa dos rotulares de ambos os lados (*Signal de Westphal*).

Ausente o achyleo. Os da munhêca, bicipite, tricipite — existem, mas diminuídos á D. Normal o do masséter.

Não comparecem o phenomeno de Babinski e variantes.

Reflexo papilar photomotor desaparecido, com persistencia da acomodacção á distancia (*Signal de Argyll — Robertson*).

Pesquisados o consensual, o doloroso, o psychico—que não se apresentam.

Para a *trophicidade* importa referir:

Flacidez da pelle; tecido celulo-gorduroso, escasso; leve amyotrophia—tudo das pernas e côxas, mais notadamente nestas e á E.

Arthropathia deformante do joelho E., que é volumoso, e tambem do D., menos apreciavel.

Ausencia de muitos dentes, ainda são, que caíram, facilmente, sem se acompanhar de dôr. Deformacção dos pés (achatamento).

Predominam na paciente phenomenos *va-gotonicos*: A' prova da pilocarpina—franca sudacção e salivacção, disturbios intestinaes, dôres no peito, vomitos. A prova da adrenalina (*sympathicotonia*) dá resultado negativo.

O exame de olhos feito no serviço do Prof. Abreu Fialho, revela: paresia do recto externo do olho D., dando logar a phenomenos de diplopia. Pupila antes em mydriase, com franca desigualdade (*anisocoria*), a E. maior do que a D. Não ha nystagmo.

Quanto aos diversos orgãos e aparelhos e exames complementares:

Aparelho respiratorio — nada de importancia;

Aparelho circulatorio—Clangor do 2º tom do fóco aortico, com propagação para a axila D.; batimentos da aorta na furcula esternal (dilataçção aortica). Pulso 98.

Aparelho digestivo — desordens já referidas no historico da paciente.

Aparelho genito-urinario: ha já 8 annos que não lhe aparece o menstuo (*amenorrhœa*). Aprecia-se notavel diminuição da sensibilidade da bexiga, á distensão, tanto assim que a doente passa muitas horas, um dia até, sem sentir necessidade de urinar. Exame de urina—não revela anormalidade.

Estado mental — bom.

A pesquisa das reacções de Nonne deu o seguinte resultado: Wassermann no sangue—positivo; negativo no liquido cephalo-racheano. Ha neste franca albuminose, raros lymphocitos.

Ainda requeremos uma radioscopia na paciente, que foi feita no serviço de Radiologia das Clinicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e que revelou: regular augmento da aorta na crossa e na porção descendente. Zona de espessamento e zona maior de rarefacção na epiphyse do femur e tibia, sobretudo á E., onde ha notavel afastamento do espaço inter-articular.

Com esses numerosos elementos clinicos, se impõe de tal sorte a diagnose de *tabes dorsalis classica*, que não ha cogitar, no

caso, em nenhuma outra afecção que possa vir á baila para della se distinguir.

Nessas condições não ha que permanecermos aqui.

Deixemos de parte tambem a questão etiologica da tabes, a qual no consenso talvez unanime dos autores contemporaneos, secundando outros muitos de epochas anteriores, é sempre de origem luesica.

Tomemos em consideração, porém, como inicialmente prometemos, outra face do assumpto. Procuremos explicar a pathogenia dos diversos elementos symptomatologicos que se encontram na paciente de nossa observação.

Não é facil a tarefa, pois nem sempre satisfazem as interpretações diferentemente admitidas pelos diversos autores.

Assim com as *arthropathias*, tão vezeiras na ataxia locomotora, e que se apontam na nossa doente. Varias são as opiniões que querem interpretal-as.

*Strümpell* pensa que são devidas a localizações tardias da syphilis. *Verneuil* vê nessas desordens manifestações da diathese arthritica. Para *Virchow* tratar-se-hia de arthrite rheumatismal chronica.

Outros autores dão responsabilidade aos nervos dos ossos e articulações, que se affectam de processo inflammatorio (neurites).

Alguns, como *Vollmann* crêm que independem as *arthropathias* de alterações do systema nervoso e incriminam o traumatismo como capaz de produzil-as, tanto mais que ha no tabido abolição da sensibilidade dolorosa, o que favorecerá, de certo modo, maior intensidade daquele. Comtudo isso não é muito forte argumento, pois que averigua-se, por vezes, que os pacientes absolutamente não traumatizam seus membros e, todavia, comparecem as deformações aludidas.

*Charcot* e *Joffroy* admitiam, com reserva, uma lesão concomitante da substancia cinzenta dos cornos anteriores da medula, provavelmente por propagação da esclerose do cordão posterior.

*Hadden* e *Buzzard* imaginavam uma lesão do bolbo, justamente por observar a

incidencia de crises gastricas e laryngéas com as *arthropathias*.

Para *Vulpian*, varios factores as determinariam: desordens vaso-motoras, enfraquecimento, perversão e exaltação da influencia trophica que a medula exerce sobre as articulações, a diminuição da sensibilidade, o contacto reciproco e continuo dos mesmos pontos das superficies articulares etc.

Modernamente, porém, e graças ao conhecimento mais exacto das lesões anatomopathologicas da tabes, bem assim de sua origem exclusivamente luesica, harmonisam-se autores, em grande numero, entendendo que as *arthropathias* provêm de arterites especificas rarefacientes que dão maior fragilidade aos ossos, cooperando para fracturas intracapsulares e deformações, frequentemente observadas.

Esse mesmo conceito pathogenico é applicado á deformação (achatamento) do pé, que descrevemos: é ella consequente a tal vasculante especifica.

O efluinismo, a especial apresentação do grande dedo, semi-flectido, se devem antes a uma amyotonia dos musculos extensores. Demais, para *Joffroy* o peso constante do cobertor seria o responsavel pelo abaixamento daquele pedarticulo.

A hypotonia muscular, que permite maior extensão dos movimentos do tabido, e que é factor do achatamento da côxa (phenomeno de Heilbronner) e do desvio do eixo dos membros inferiores (phenomeno de Orchanski) tem a sua razão de ser em uma perturbação do *arco reflexo*. Experiencias demonstram ser a tonicidade uma acção reflexa que desaparece no musculo após a secção das raizes posteriores.

O mesmo mecanismo é invocado para interpretar a abolição dos reflexos tendineos, osseos e periosteos. E' que a via centripeta, que promana dos cordões posteriores da medula, lesados, está impossibilitada de conduzir as sucitações recebidas da periphéria. Dahi o signal de Westphal, encontradiço na tabes.

Ao *signal de Romberg*, que interpreta,

muita vez, lesão do aparelho labyrinthico, se confere outra explicativa quando são presentes desordens da sensibilidade. E' devido á perda da orientação ou do equilibrio pelas perturbações varias da sensibilidade, que se vão reflectir nos centros nervosos. Mas na tabes, é razoavel a hypothese de que taes disturbios se associem a lesões do labyrintho, frequentes nessa afecção.

Como o tabido precisa ver para se orientar melhor — *os olhos são as muletas do tabido*, disse *Althaus* — quando os fecha, augmenta a falta de equilibrio.

Importante elemento, raramente em folha na ataxia locomotora, é o phenomeno pupilar de *Argyll-Robertson*, que, ao lado dos dous ultimos de que realmente falamos, constitue uma triade pathognomica dessa doença. Como explical-o?

Das diversas hypotheses apresentadas, nenhuma nos dá satisfactoria solução.

Assim, alguns autores pensam que resulta o signal da ruptura entre as communicações que unem o nervo optico, tuberculo quadrigemeo e o corpo geniculado com o nucleo pupilar photomotor do terceiro par.

Para *Déjérine* e *Thomas* é motivado o facto pela interrupção das fibras do nervo optico, que vão ter ao nucleo do esphincter iriano.

*Marina* acredita que seja devido á lesão do ganglio ciliar ou á degeneração dos curtos nervos ciliares.

Sérias objecções se contrapõem a esses conceitos pathogenicos. *André-Thomas* demonstrou, em trabalhos de autopsia, a integridade dos curtos nervos ciliares, do ganglio ciliar e das raizes que este recebe do terceiro e quinto pares craneanos, em casos averiguados de tabes, em que era presente o signal aludido.

Por outro lado, como conciliar a perda do reflexo luminoso com a persistencia da acomodação e da convergencia, si as fibras destinadas ao musculo da acomodação e as que fazem contrair o esphincter iriano,

durante a convergencia, passam igualmente pelos nervos curtos ciliares?

Tal é a pergunta que fazem *Déjérine* e *Thomas*.

Como se vê não ha uma plausivel explicação para esse valioso phenomeno clinico, que, via de regra, si não sempre, testifica a presença da syphilis.

A *amblyopia* parece provir de lesão do nervo optico, tão facilmente tocado pela lues; Tambem como a diplopia.

Na demonstração pathogenica da *ataxia* tabida, extremam-se algumas theorias.

Assim, ou a atribuem a um centro espinhal de coordenação dos movimentos, que é lesado; ou a alterações cerebraes, especialmente dos centros co-ordenadores e das vias de associação. (*Jendrassik*); ou a perturbações psychicas — da consciencia, imaginação etc. (*Raymond*).

Alterações da sensibilidade cutanea, disturbios funcçoes dos centros, cuja acção é regularizada pelos excitantes periphericos, perturbações ou supressão dos movimentos reflexos e hypotonia muscular — constituem a theoria sensitiva da medula.

Melhor parece-nos, porém, e com ella nos conformamos, a interpretação que apresenta *Déjérine*: é antes devido á orientação, é o resultado de uma solução de continuidade nas vias que transmitem as impressões periphericas aos diferentes centros co-ordenadores, vias essas representadas pela sensibilidade tactil, muscular, ossea e articular. Ainda faz notar esse autor que, consequentemente a taes desordens, ha modificações na medula.

Esses disturbios do bolbo, cerebelo e cerebro-sentido muscular e articular são responsaveis tambem pela perda da noção das posições segmentares, que anotámos em nosso caso.

As perturbações vesicaes que apontámos são a consequencia das lesões das raizes posteriores, que conduzem as impressões emanadas do orgão.

As desordens dos esphincteres obedecem a lesões das raizes anteriores — radiculites — que, com frequencia se processam na tabes.

No mecanismo das crises gastricas alguns aceitam uma hypersecreção do caldo gastrico, com hyperacidez (Sahli); outros, como Roux, incriminam lesões nervosas da mucosa; Ainda ha quem opine ser o facto devido á dyspepsia anterior ou á dyspepsia medicamentosa. Afigura-se-nos aceitavel a hypothese de se tratar de uma localisação da *lues*, que tanta preferencia tem pelas mucosas, o que tambem podemos invocar em relação ás crises laryngéas.

Para estas, tem-se admitido lesões do laryngeo superior e dos centros do *vago* e *accessorio*. Mas *Schlesinger* demonstrou que tal hypothese era sem fundamento, pois verificou em autopsia estar intacto o centro do pneumogastrico e laryngeo. Existia, sim, neurite do pneumogastrico e do recorrente.

As crises visceraes dolorosas dependem da irritação das raizes posteriores e dos nervos periphericos; e as paresthesias, de que tanto se accusa a nossa doente correm por conta do processo degenerativo de taes raizes e nervos.

As desordens dissociadas da sensibilidade encontram sua logica interpretação nas vias de conductibilidade particular para cada especie della, podendo haver lesão de umas (tactil e dolorosa) e integridade de outras (thermica).

A ausencia da conductibilidade da vibração, através dos ossos, importa, no consenso de alguns autores, em grande usura

de phosphatos nos referidos ossos, alterando-os.

A facil quéda dos dentes é ocasionada por lesão syphilitica alveolo-dentaria, no entender de Galippe. Alguns pensam ser devido o facto ao mal perforante, por lesão do trijemeo.

A atasia aortica é produzida, em quasi totalidade, pela syphilis. Por isso, a sua frequencia na *tabes*.

Finalmente, a amenorrhéa, que não acha em nossa paciente nenhuma lesão dos órgãos respectivos para explical-a, é a nosso ver um phenomeno ligado á vagotonia, predominantemente encontrada na doença de Duchenne.

Temos assim procurado dar a pathogenia possivel do cortejo symptomatologico que compareceu exuberantemente em a doente de nossa observação, permitindo a afirmativa de *tabes dorsalis classica*.

Pelas razões espostas, não nos detivemos em considerações diagnosticas. Aproveitamos o ensejo para trazer o que nos foi dado encontrar relativamente a essa face da questão, isto é, a pathogenia dos signaes.

Como vimos, nem todos elles são sufficientemente interpretados. Mas o que ha a respeito, sempre nos esclarece e facilita a comprehensão dessa tão frequente entidade nosologica do systema nervoso, admiravelmente descripta, pela vez primeira, por Duchenne de Boulogne.