

## Considerações sobre um caso de menengite de base aguda syphilitica com paralyrias de nervos craneanos

---

Antes de entrarmos no estudo do caso presente, apresentando um quadro de syptomatologia tão varia, que sem o menor vislumbre de novidade, achamos interessante trazer ao conhecimento dos leitores, desejamos fazer algumas considerações sobre a debatida questão da pathogenia da syphilis nervosa em traços rapidos, á luz de modernos estudos de autores francezes como Sérary, Roussy e Jeanselme, etc.

### PATHOGENIA DA SYPHILIS NERVOSA

Morel Lavellée, em 1899, emittiu a hypothese de uma syphilis neurotropa, sustentada por diversos autores, Nonne na Allemanha, Levaditi e Auprie na França, ao lado de uma syphilis dermatropa. Essa doutrina teve o papel de simplificar grandemente o problema com a criação de dois virus syphiliticos distintos por suas affinidades tissulares: um dermatropo e outro neurotropo, isto é, o primeiro, com affinidades e tendencias para se exteriorisar em manifestações cutaneas e o segundo com affinidades e tendencias manifestas para se localisar sob o systema nervoso.

Achavam-se embaraçados e sem poder interpretar o facto da syphilis nervosa ser tão rara entre os povos do Oriente, exóticos e tão frequente entre os europeus; nestes as formas floridas, de manifestações exuberantes cutaneas cada vez mais se escasseam em contraposição ao que vinham observando entre os povos exóticos que, predominantemente, eram atacados de manifestações cutaneas; assim encontraram nesta theoria da dualidade do virus syphilitico uma explicação clara e simples.

Entretanto, grande numero de autores como Jeanselme, Sicard, Ravaut, Sérary etc., baseados em observações e estudos a respeito não quiseram acceitar esta seductora theoria — para elles o determinismo da

syphilis nervosa era uma questão de "terreno" cabendo á dualidade do virus um papel quasi nullo. Vejamos.

Innumeras duvidas de todos os lados surgiram á cata de explicação e assim perguntava-se porque o organismo dos individuos dos povos exóticos era geralmente refractario a syphilis nervosa, enquanto o organis-

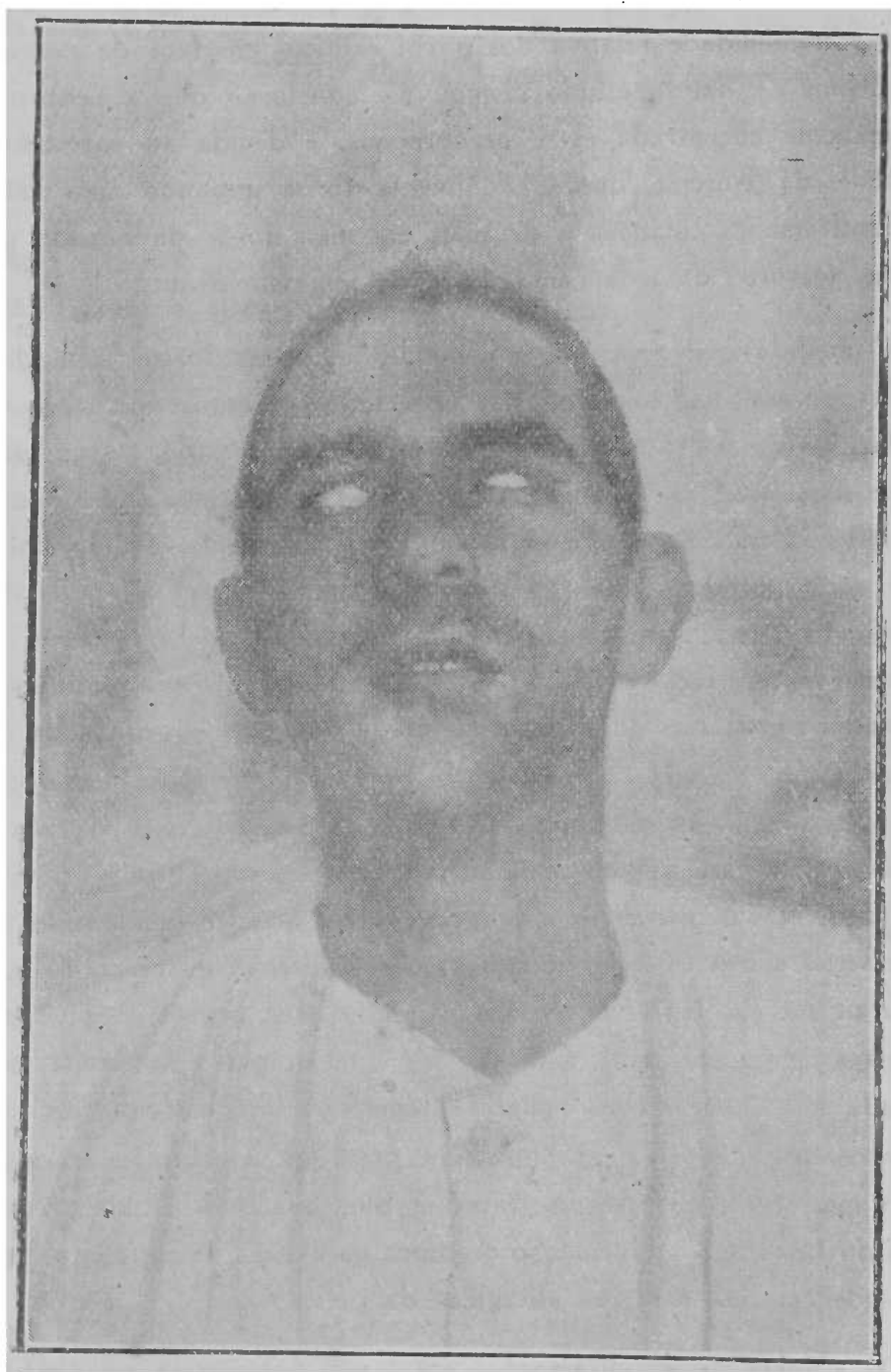


Fig. 1 — Lagophtalmo bi-lateral. signal de negro

mo dos europeus era amiudadamente lesado na trama do seu tecido nobre? Entre os innumerados factores surgidos á guisa de explicação, dois, sobretudo, chamaram a attenção — a civilisação e a raça.

Estudando esses dois factores conjunctamente com outros, Sézary chegou a conclusão de que elles são mais apparentes do que reaes — são antes factores predisponentes — não podendo explicar convenientemente a immuniidade relativa dos povos exóticos em face da neurosyphilis; e depois de detido estudo chegou a conclusão que a neurosyphilis, commummente encontrada entre os europeus, é devida ao envelhecimento da syphilis na Europa, que gradualmente foi-se tornando mais rara nas suas manifestações cutaneas e de mais em mais foi-se deslocando para o systema nervoso; dir-se-ia caminhando de um polo á outro.

A medida que gerações consecutivas europeas foram lutando contra o treponema, nos humores, nos organismos foram-se dando modificações das reacções de immuniidade e creando um estado de allergia hereditaria superficial que attenuou as manifestações cutaneas, de mais em mais, da syphilis. Como os europeus foram hereditariamente syphilisados através de varias gerações, mais concentrada tornou-se esta allergia superficial dando como consequencia menor affinidade pela pelle, e, então, adaptando-se aos tecidos, aonde de longa data, ahi, elle pullulava, determinando lesões, das quaes as mais frequentes são aquellas dos centros nervosos. “Diz Sézary “la fréquence (syphilis nerveuse) chez l'europléens nous semble au contraire le fait de l'ancienneté de la syphilis; chez lui, une certaine allergie ou immunité incomplète, superficielle, pourrait-on dire, puisqu'elle se cantonne à la peau, a été acquise pendant les passages du virus á travers les générations; elle a atténué les reactions cutanées qui aurait pu la renforcer et elle a rendu plus graves et plus rebelles les lésions nerveuses” E J. Golay et A. Steawbinski em recente memoria publicada nos Annales des maladies véneriennes affirmaram “les localisations viscerales sont d'autant plus frequentes que les manifestations cutanées et muqueuses ont été plus rares et plus benignes.” Estas regras decorrem do facto que a vaccinação organica geral está, em primeiro logar sob a dependencia das reacções allergicas da pelle.

Os estudos e as observações entre nós feitas parecem confirmar o acerto desta theoria das localizações visceraes da syphilis. Paiz novo

ainda, o Brasil, onde o caldeamento do sangue de tres raças está constituindo uma nova raça revigorada pelo sangue europeu de incessante corrente immigratoria que aqui se fixa, não formou ainda um typo ethnico padrão — não se observa com a frequencia que se nota na Europa a syphilis visceral, apesar do tributo que pagamos ser grande. Explica-se, nossa raça formada pela contribuição do sangue de duas raças indennes cruzada com a raça branca soffreu o contagio luetico e como não tivesse ainda creado este estado de "allergia hereditaria" a molestia manifestou-se, de preferencia, com tendencia ás localisações cutaneas. Só depois com o augmento da immigração, quasi toda européa é que começou a crescer o numero de doentes portadores da syphilis visceral, notadamente nervosa, avultando nas estatisticas sem contudo ter attingido ao nivel que se observa entre os povos civilizados da Europa.

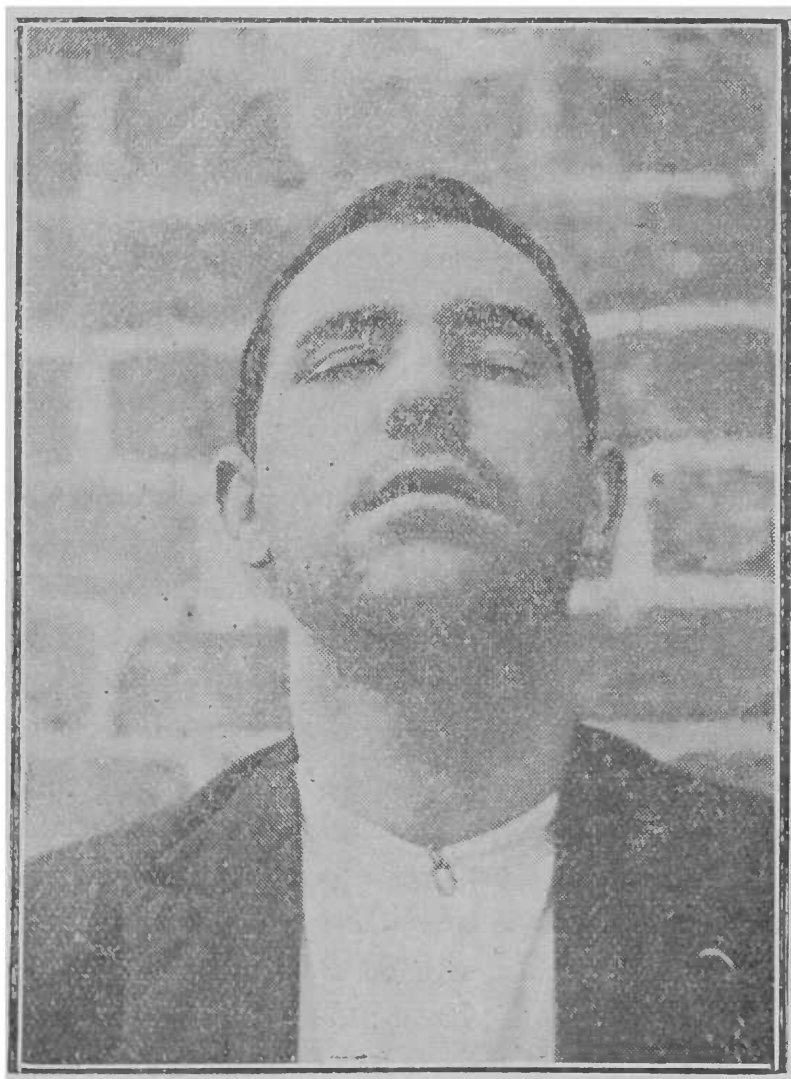


Fig. 2 — Lagophtalmo mi-lateral direita — Um mez depois da sahida da Enfermaria

Compreende-se como tende a augmentar a neurosyphilis, no Brasil, aonde os meios de prophylaxia são rudimentares, com governos em geral indifferentes aos problemas vitaes da saúde publica e com um povo atrasado, sem recursos, incapaz de comprehender os perigos dessa terrivel molestia, proteiforme nas suas manifestações.

## MENINGITE

Não é commum se observar o ataque das meninges no decurso de uma infecção luetica no periodo secundario, seguindo de perto as manifestações exanthematicas. A meningite syphilitica aguda do periodo secundario primeiramente foi descripta por Vidal e Ravaut em 1900, após exames do liquido cephalo rachidiano, cabendo-se os conhecimentos anatomicos aos estudos recentes de Sicard e Roussy.

Os estudos e conhecimentos novos sobre a composição do liquido cephalo rachidiano e valor das reacções serologicas vieram demonstrar a frequencia das reacções meningéas diffusas a syphilis, principalmente quando não tratada.

Entre os accidentes mais frequentes da neurosyphilis está a meningite, que entra com grande contingente e a próva nos é dada com os exames do liquido cephalo rachidiano que dia a dia vão-se tornando mais generalizados, apesar dos enormes inconvenientes e difficuldades em se conseguir na pratica corrente.

As meningites latentes são reconheciveis pelas modificações biologicas, chimicas e cytologicas do liquido cephalo rachidiano. Podem affectar um typo agudo precoce como no nosso caso ou então um typo chronico, principalmente quando ocorre no periodo terciario, comportando prognostico severo pela terminação frequente na tabes e paralysisa geral.

Na meningite syphilitica aguda, precoce do periodo secundario dá-se, hystologicamente um processo de meningo-vascularite com hypersecreção do liquido cephalo rachidiano, apresentando as meninges uma infiltração embryonaria, diffusa, intensa, notadamente peri-vascular, com endo e peri-vascularite interessando tanto as arterias como as veias.

As meningites syphiliticas, segundo Balzer, assestam-se de preferencia na base do craneo, no espaço inter-peduncular e na scisura de Sylvius e tem como caracteristicos de serem parciaes, circumscriptas e muitas vezes assymetricas.

Assim nos casos de meningite da base comprehende-se, como ao lado das perturbações meningéas se ajuntam frequentemente as affecções dos nervos craneanos, cujos nucleos e raizes se acham contiguas as meninges, determinando processos de nevrite por compressão ou irritação.

O presente caso illustra muito bem o acommetimento dos nervos craneanos concomitantemente a uma meningite de base dando um quadro tão complexo.

### DIPLEGIA FACIAL PERIFERICA

Si procurarmos nos livros de neuro-patologia o capitulo das diplegias parciais pouca coisa encontraremos e entretanto convem salientar ser muito rara a diplegia parcial como recentemente affirmaram Lery, Molin e Teis-

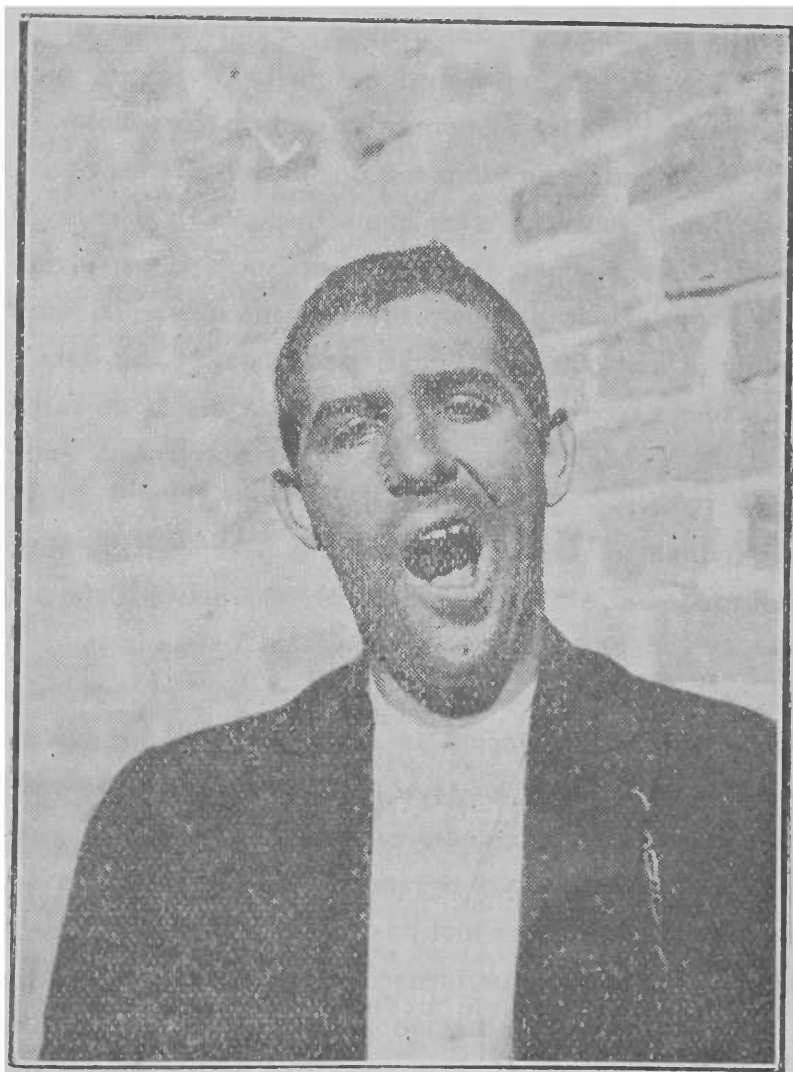


Fig. 3 — Paralysis facial direita — A paralysis do lado esquerdo cessou com o tratamento

sier "le nombre de semblables cas est encore fort restreint" e sendo de idêntica opinião os professores Enjolras Vampré e Almeida Prado, que raramente tem observado casos semelhantes.

Si bem que Aloysio de Castro, em seu notavel trabalho sobre a diplegia facial, affirme o contrario, citando numerosos casos que observou em seu serviço de clinica medica na Policlínica do Rio de Janeiro; e é principalmente para a paralyasia facial dupla de origem periferica que este autor contesta a raridade, pois a paralyasia de origem central bilateral é rara e geralmente attinge a porção inferior do rosto (diplegia facial inferior). O diagnostico differencial pôde ser feito pelos signaes phisicos; sabe-se de um modo geral que a paralyasia facial nos hemiplegicos (origem central) recahe sobretudo sobre o facial inferior; Conigt e Simoneau demonstraram a participação do orbicular da palpebra, ás vezes, na hemiplegia vulgar e seria este signal para Bard um dos melhores elementos de diagnostico entre a diplegia facial de origem central e aquella de origem periferica. A. Lery mostrou que na hemiplegia organica as perturbações motoras são infinitamente mais accentuadas no dominio do facial inferior, ao passo que no territorio do facial superior, eram muito menores. E Pierre Marie mostrou sêr a innervação voluntaria notavelmente mais desenvolvida no musculo frontal e no orbicular das palpebras e bem menor no musculo orbicular dos labios e nos outros musculos peribucaes. Ora, dahi se vê que a paralyasia do facial superior é mais pronunciada que a do inferior, sendo esta desigualdade um dos signaes classicos do diagnostico entre a paralyasia de origem periferica áquella de origem central.

Diversas hypotheses tem sido aventadas para explicar esta desigualdade de intensidade entre a paralyasia de origem periferica e a de origem central.

O professor Charles Foix procurou dar uma explicação ao facto; assim diz elle, na paralyasia facial de origem central, acompanhando frequentemente uma hemiplegia, ha lesões graves dos nucleos centraes, séde dos influxos nervosos da motilidade voluntaria, que pela consequente degeneração descendente dos feixes pyramidaes não podem levar esses influxos motores aos musculos da motilidade voluntaria, principalmente dos braços e pernas, acarretando perturbações profundas dos movimentos voluntarios e, em compensação, attingindo muito pouco os musculos de innervação involuntaria como os da face, que são pouco comprometidos, resultando uma paralyasia neste caso facial, de pequena intensidade.

Inversamente na paralyasia facial de origem periferica, são attingidos intensamente os musculos da face dotados de motilidade involuntaria, enquanto os musculos sob a dependencia da motilidade voluntaria pouco ou nada soffrem, porque não ha lesão ou lesão pequena dos nucleos centraes e dos feixes pyramidaes. Dest'arte fica satisfactoriamente explicado porque a paralyasia facial de origem periferica é mais intensa que a paralyasia de origem central.

Visto a divisão das diplegias faciaes em: de origem central e de origem periferica, podemos ainda subdividi-las em duas variedades: primeiro a conjenita, por alguns autores erradamente considerada a mais commum e segundo a adquirida, mais frequentemente encontrada, sendo que o typo mais vulgar é a diplegia facial periferica adquirida. E como affirma A. Castro que tomamos como guia de nosso modesto trabalho, numerosos casos de paralyasia facial simples acompanham-se transitoriamente, no começo, no lado opposto da face de um esboço de paralyasia, logo desvanecida, antes que o exame a tenha revelado.

Afóra os casos conjenitos as prosopodiplegias se verificam em duas situações distinctas:

Primeiro como epiphenomeno no curso de uma polinevrite.

Segundo installando-se evoluendo-se por si.

No primeiro caso installa-se ao lado de uma polinevrite generalizada, podendo-se confundir com a paralyasia bulbar asthenica (myasthenia bulbo espinhal) em que ao lado de paralyasia de outros territorios musculares póde acommeter a face reproduzindo o quadro da prosopodiplegia.

No segundo caso, da diplegia facial isolada, mais communmente encontrada e condicionada pelas mesmas causas productoras da paralyasia facial unilateral. E' justamente nestas formas que o factor syphilis tem uma grande porcentagem que attinge, na estatistica de Aluisio de Castro a 95 0|0. Sem contar a paralyasia facial dupla de causa medicamentosa, com tratamento antiluetico, arsenio mercurial intempestivo.

Outro facto que convem salientar na diplegia é que ella raramente installa-se simultaneamente em ambos os lados da face; sóe acontecer attingir primeiramente um lado, passando ao opposto, num periodo mais ou menos longo, variando de horas a dias. E em relação a intensidade do ataque observa-se quasi sempre, no periodo de estado da molestia, ser



maior num dos lados, como se mostra claramente no nosso doente, e este predomínio se dá de preferencia no lado em que installou em primeiro lugar a paralytia. Para verificarmos esta desigualdade de intensidade do ataque recorreremos aos signaes physicos que servem para nos mostrar esta differença; encontramos forte prova no signal de Negro (commum na paralytia facial periferica) descripto como phenomeno hipercinetico bulbo palpebral; traduz-se pela manifesta desigualdade na posição dos olhos, mandando o doente olhar para cima, descrevendo o lado mais paralytido uma rotação maior, attingindo assim, a nivel superior ao do lado opposto.

Dão-se movimentos de substituição ou compensação, pelos allemães chamados "erzatzbewegungen" cuja interpretação corresponde a dos movimentos associados ou syncenesias, devido a paralytia do musculo frontal.

Outro signal é a lagophthalmia bilateral, ficando a fenda palpebral do lado mais attingido menor que a do outro lado. No signal de Charles Bell encontramos outro apoio a nossa asserção assim como no maior desvio da bocca do lado mais paralytido observado no nosso doente.

A regressão nunca se dá contemporanea e uniforme nos dois lados, sempre a principio num delles, facto este que observamos no citado doente que sob a influencia de um tratamento especifico entrou a melhorar rapida e mais accentuadamente do lado menos lesado e esta regressão da paralytia se processou primeiramente pelos orbicularis oculi com progressiva diminuição da lagophthalmia, depois pela contracção do musculo frontal, descendo em seguida aos musculos da face que foram readquirindo sua tonicidade normal, de accordo com os resultados das observações de A. Castro.

Decorrido um mez da sahida do doente da enfermaria, tornamos a vel-o e confirmando o que acima dissémos, notamos que a paralytia facial do lado esquerdo cedera completamente ao tratamento, desapparecendo todos os signaes de paralytia enquanto do lado direito persistem os

signaes de paralysis, pouco proveito obtendo, dando a impressão a quem o olhar pela primeira vez tratar-se de paralysis facial periferica unilateral.

O tempo de regressão varia em regra de dias a mezes conforme os casos. Raramente se observa a terminação por contratura e ainda mais rara é por espasmo facial.

---

### Observação do nosso caso

Nome, T. C.; Nacionalidade, hespanhol; Profissão, trabalhador; Côr, branca; Edade, 24; Estado civil: solteiro; Domicilio, rua Santa Clara, 55; Procedencia, S. Paulo; Data da sahida: Alta á pedido melhorado á 19-4-926.

*Anamnése* (a) antecedentes de familia:

Mãe viva e forte. Pai fallecido na epidemia de grippe. Tem quatro irmãos em bom estado de saúde e um falecido na infancia.

(b) antecedentes pessoais:

Nega toda a molestia peculiar á infancia. Aos nove annos teve uma erysipela na face, curada facilmente. A pouco mais de quatro mezes, decorridos doze dias de um coito infectante, appareceu-lhe um corrimento blenorragico urethral e cinco dias após uma ulceração na mucosa prepucial, de côr acinzentada e de fundo brilhante; cauterizou com nitrato de prata. E decorrida uma semana da apparição da ulceração manifestou-se por todo corpo uma erupção constituida por manchas lenticulares de côr acinzentada; tomou quatro injecções de 914 e duas caixas de injecções de um composto mercurial. O exanthema com esta medicação desapareceu gradualmente. Coincidindo com a erupção cutanea appareceu-lhe cinco cancos molles, que vieram acabar de cicatrizar, aqui, na enfermaria.

### MOLESTIA ACTUAL

Após o exanthema sentia-se muito fraco, indisposto, sem que, contudo, deixasse de se entregar á faina quotidiana, ha um mez (justamente decorridos tres mezes do apparecimento do cancro syphilitico) foi, em

meio do seu trabalho acometido de intensa cephalea, seguida de vomitos continuos. Recolheu-se ao leito, agravando-se a cephalea, que se estendeu a região da nuca e parte posterior do pescoço, com persistencia dos vomitos, nada parando no estomago. Ao lado disso foi tomado de insomnia e perturbações da vista com diplopia. Tinha tremores nos membros superiores e inferiores. Passou sete dias neste estado, sem febre, começando, então, a delirar, a não reconhecer as pessoas que o rodeavam. No dia 26 de Março (dez dias após o inicio da molestia) foi removido para o Hospital de Isolamento com o diagnostico, de febre typhoide, suspeita. No Hospital pensaram se tratar de um caso de meningite cerebro espinhal; entretanto os exames de laboratorio repetidos neste sentido foram negativos e conseguiram obter uma reacção de Wassermann positiva. Removeram então, o doente para a primeira enfermaria de medicina homens da Santa Casa, onde ficou debaixo de nossos cuidados. O doente entrou no estado acima descripto, sem febre.

## EXAME PHYSICO

Trata-se de um individuo moço, bem constituido, de boa compleição physica e normal desenvolvimento do paniculo adiposo e do tecido muscular. Cabeça bem conformada, apresentando uma pequena cicatriz no lado esquerdo, sobre o osso frontal. Ouvidos normaes.

Face: pela inspecção notamos uma face de mascara, inexpressiva com desaparecimento dos dois sulcos naso-labiaes e ligeiro desvio obliquo oval da bocca para a esquerda quando o doente abre a bocca. Não consegue assobiar, nem contrair os masseteres, nem sorrir, nem dilatar as azas do nariz. Não consegue enrugar a testa do lado direito, enquanto do esquerdo ha um esboço de enrugamento. Tem ligeiro desvio da lingua e da uvula para a esquerda.

Fala arrastado, com muita difficuldade, principalmente na pronunção das labiaes. No começo da molestia teve ligeira perturbação na deglutição, succedendo, as vezes, regurgitar alimentos pelo nariz. Tem um ligeiro afastamento dos labios.

Olhos: reflexos á luz e á accomodação normaes. Pupilas eguaes, redondas, normalmente dilatadas. Desvio convergente do olho para o nariz (estrabismo convergente). Nyctagmus espontaneo. Paralysis do muscu-

lo orbicular direito comparsia do esquerdo. Musculos reto externo direito e esquerdo paralyzados, não podendo elevar o globo occular para cima e para fóra. Lacrimejamento ou epifora mais intensa a esquerda do que a direita. Reflexo naso palpebral abolido a esquerda. Ligeiros tremores nas palpebras.

Signal de Charles Bell bilateral; signal de Negro ou da rotação mais accentuada para cima do globo occular do lado mais paralyzdo, neste caso lado direito. Lagophthalmia bilateral ou signal de Mingazini; signal de Dupuis, Destemps e Cestan; signal de Legendre; signal de Ravillot; abolição do reflexo corneo conjuntival do lado direito.

Signal de Brodzinsky ou de rigidez da nuca; signal de Kernig; Lasegue bilateral; signal de Romberg positivo; ventre escavado em batel; não apresenta a raia de Trousseau.

Reflexos patelares, cutaneo plantares, achillianos, cremasterino e cutaneo abdominaes presentes; reflexos dos membros superiores normaes; não apresenta modificação ou alteração da sensibilidade.

Ligeira hyposensibilidade no territorio enervado pelo ramo superior do trigemio de ambos os lados.

Marcha: Quando entrou na enfermaria não conseguia-se manter de pé devido ao estado vertiginoso e tinha uma marcha ataxica. Com o tratamento melhorou a marcha, mas ficou arrastando um pouco a perna direita. Tinha tendencia a latero pulsão esquerda.

Apparelho respiratorio: Normal:

Apparelho cardio vascular :bulhas bem audiveis em todos os focos com ligeira retumbancia do segundo tom no fóco aortico. Area de macciez cardiaca normal.

Apparelho digestivo e genito-urinario: normaes.

## EXAMES DE LABORATORIO

Urina: Albumina e assucar não contem; sedimento com muitos leucocytos e alguns cylindros e hyalinos.

Sangue: Reacção de Wassermann fortemente positiva.

Liquido cephalo racchiano: Reacção de Wassermann fortemente positiva.

(Dezesseis lymphocytos por millimetro cublico.

Durante a permanencia no Hospital de Isolamento o doente foi punccionado tres vezes; a primeira punção, feita no dia 21 de Março, foi retirado um liquido turvo; no dias 23 e 25 tornou a ser punccionado dando sahida a liquido ligeiramente hemorrhagico. As reacções para meningite cerebro-espinhal foram todas negativas; a reacção de Wassermann foi fortemente positiva.

Temperatura: Durante o tempo em que permaneceu no Hospital de Isolamento a temperatura não se elevou acima de trinta e sete graus e meio. Na enfermaria dois dias após ter entrado teve trinta e nove graus de febre; fora disso a temperautra oscillou sempre em redor de trinta e sete graus.

## DIAGNOSTICO

Meningite Syphilitica de base aguda com diplegia facial periferica, paralysis bilateral do musculo occulo motor esterno, hyper sensibilidade do ramo vestibular do nervo acustico e hyposensibilidade do ramo frontal do nervo trigemio, ou melhor perturbações de alguns nervos craneanos de forma polynevritica, modalidade Frankl-Hochwartz — foi o diagnostico que fizemos fundamentado in totum, na anamnese, nos signaes phisicos concordantes, nos exames de laboratorio confirmadores e no brilhante resultado da therapeutica bismutho arsenical intensiva empregada.

## PROGNOSTICO

Estribados na regressão rapida do ataque as meninges e nos nervos craneancs pelo tratamento especifico intensivo, bismutho-arsenical, em periodo relativamente curto, de perto de um mez, tempo que o doente permaneceu sob nossa observação e cuidados, na enfermaria, podemos affirmar o restabelecimento do doente, caso longe dos nossos cuidados persista por mais tempo no uso da therapeutica que vinhamos com successo empregando. Por tanto fazemos um prognostico favoravel quanto

a volta a normalidade de sua molestia actual; entretanto, toda a syphilis nervosa, como a do nosso doente, comporta um prognostico reservado quanto a futuras localizações graves, nervosas, irremediaveis.

### THERAPEUTICA

O tratamento que instituímos para nosso doente constou de injeções semanaes, em doses progressivas, de 914 (0.15-0, 30-0, 45 centigramos) e de injeções quotidianas de bismuthoidol. Alem disso fez uso das formulas 176-369-323 do formulario da Santa Casa.

*A. de Moura Albuquerque Filho*

#### LABORATORIO DE QUIMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLINICAS

ANALYSES EM GERAL VACCINOTHERAPIA

Dr. Oscar M. de Barros

Dr. Mendonça Cortez

RUA DIREITA, 35 - 1.º

Telephone: Central, 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO