

6.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis terciária

C. S. (sexta enfermaria). — Manifestações primárias há doze anos. Foi então submetida a um tratamento anti-sifilítico de que nunca mais fez uso. Todos os anos aparece uma erupção cutânea mais ou menos generalizada.

Entrou para o hospital com ulcerações nos grandes lábios. Wassermann no sangue — positiva.

R. — 8^{cc}.

Tensão inicial — 34^{cc}.

Tensão terminal — 25^{cc}.

Noguchi — negativa.

Albumina — 0^{gr},20.

Cloretos — 7^{gr},3.

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

7.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis secundária

J. M. — 24 anos (enfermaria de sífilis). Há dois meses, umas três ulcerações na glânde que se instalam cêrca de vinte dias após um coito suspeito, com adenopatia indolor à esquerda.

Actualmente cefaleia com paroxismos nocturnos. Condilomas perianais e hipertrófia poliganglionar à esquerda, cicatriz na glânde.

R. — 8^{cc}.

Tensão inicial — 48^{cc}.

Tensão terminal — 40^{cc}.

Líquido — cristalino.
Noguchi — negativa.
Albumina — 0^{gr},45.
Cloretos — 6^{gr},9.
Exame citológico — 8 linfocitos por mm.^{cc}
Wassermann — negativa.

8.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis secundária

M. C. B. (enfermaria de sífilis). Há três meses pequena ulceração indolor na glândula sem bubão supurante. Desde algumas semanas cefaleia e disfagia. Atualmente sífilides pápulo-escamosas localizadas aos membros superiores, inferiores e abdomen, adenopatia inguinal à direita. Não foi ainda submetido a qualquer terapêutica específica.

Wassermann no sangue — positiva.

R. — 8^{cc}.

Tenção inicial — 52^{cc}.

Tenção terminal — 38^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Noguchi — negativa.

Cloretos — 7.^{gr}

Albumina — 0^{gr},45.

Exame citológico — 10 linfocitos por mm.^{cc} e 8 por campo microscópico.

Wasserman — negativa.

9.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis terciária

S. S., austriaco (enfermaria de sífilis). Ulceração no penis há uns quatro anos sem bubão supurante, ulceração

que precede de algumas semanas uma extensa dermatose, lesões da faringe, e uma inflamação ocular à esquerda.

Exame directo. Cicatriz apreciável no penis, eritema polimorfo generalizado, anisocória condicionada por sinéquias posteriores à esquerda, alopecia.

Reflexos rotulianos — um pouco vivos.

Reflexos cutâneos — normais.

Restantes reflexos tendinosos — normais.

Sensibilidade — conservada em todas as suas modalidades.

Nenhuma perturbação motora ou sensitiva na esfera de enervação craneana.

Wassermann no sôro — positiva.

R. — 8^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Noguchi — negativa.

Albumina — 0^{gr},20.

Exame citológico — 1 linfocito por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

10.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis terciária

M. I. G.— 27 anos (sexta enfermaria). Nega antecedentes venéreos.

Tem manchas pigmentares no tronco e membros, placas na mucosa bucal e vulvar, alopecia já antiga e hipertrofia bilateral.

Wassermann no sangue — positiva.

R. — 10^{cc}.

Noguchi — negativa.

Albumina — 0^{gr},20.

Cloretos — 7^{gr},4.

Exame citológico — 1,3 linfocitos por mm.^{cc}

11.^a OBSERVAÇÃO

Mielite sífilítica

S. M. — 38 anos natural do F., concelho de Penela (clínica neurológica).

Homem de bons músculos e muito génio, repontão.

A. H. Progenitores sádios.

A. P. Diz nunca ter sofrido de outras doenças e interrogado sobre o seu passado venéreo gabarola-se de «sempre beber água em bôa fonte» e acrescenta em tom terminante «nunca tive nem tenho dessas maleitas».

Doença actual. Há quatro anos, andava trabalhando no campo, quando foi surpreendido por uma trovoada. Para se defender da chuva esteve de cócoras e guarda chuva aberto por cêrca de três horas. Nem a atitude, nem o guarda chuva, evitaram uma grande molhadela. Passada a trovoada, chega a casa escorrendo água, e como não tivesse outro fato enxugou-se à fogueira.

No dia seguinte nova molhadela e pelo mesmo processo procedeu à secagem da roupa. Quando então se estava aquecendo teve a impressão de que a região externa dos membros inferiores, principalmente a do esquerdo, estava em contacto com gêlo; apalpou e encontrou uma temperatura elevada. Quando nesse dia voltou para o campo, a perna esquerda ficava-se um pouco para trás, não tinha a energia da outra. Trabalhou ainda uns meses, mas a impotência da perna esquerda foi aumentando nesse prazo de tempo lenta, e continuamente. Por fim a perna di-

reita entra de imitar a esquerda, e a marcha sem muletas torna-se dentro em pouco impossível.

Recolhe então a êste hospital que habita por uns cinco meses e donde sai consideravelmente melhor. Voltou para a terra, lá agrava-se a situação, e ei-lo novamente a caminho do hospital.

Exame directo. Reflexo rotuliano e aquiliano — exagerados.

Reflexo cutâneo plantar — em extensão.

Flexores da perna — enfraquecidos principalmente à esquerda.

Extensores — conservados.

Abdutores — enfraquecidos.

Adutores — idem.

Reflexos do membro superior — normais.

Fôrça muscular do membro superior — conservada.

Cremasterino — abolido à esquerda.

Abdominaes — conservados.

Sensibilidade — normal em todas as suas modalidades.

Nada de patológico na esfera de enervação craniana.

Wassermann no sangue — negativa.

R. — 10^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Cloretos — 6^{gr},95.

Albuminas — 0^{gr},60.

Noguchi — positiva.

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

Entra novamente no hospital, no mês de novembro de 1914. Apresenta sensivelmente a mesma sintomatologia clínica da primeira vez, apenas mais acentuada.

Exame do liquido céfalo raquidiano:

Aspecto — cristalino.

Albumina — 1^{gr},50.
Cloretos — 6^{gr},9.
Vassermann — positiva.
Exame citológico — 33 linfocitos por mm.^{cc}

12.^a OBSERVAÇÃO

Meningo encefalite sífilítica

Em julho de 1914 veio ao Hospital da Universidade, com o fim de lhe ser feita uma raquicêntese, uma mulher detida na cadeia civil desta cidade, por ter cometido o crime de infanticídio. Nota-se nela a falta de atenção e de idealização, apatia, tristeza e amenésia considerável.

Tem crises convulsivas parciais do tipo braquial sem perda de conhecimento.

Paralisia do facial inferior à esquerda.

Paralisia do hipoglosso à esquerda.

Exagêro do reflexo rotuliano.

Nada no domínio da sensibilidade superficial ou profunda.

Nada de anormal na musculatura interna ou externa dos globos oculares.

Tremor fino das estremidades não influenciado pelos actos voluntários.

R. — 10.^{cc}

Cloretos — 7.^{gr}

Albuminas — 0^{gr},6.

Noguchi — positiva.

Wassermann — positiva.

Exame citológico — 32 linfocitos por mm.^{cc}

13.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis primária

L. D. — Dá entrada na enfermaria de clínica terapêutica, com uma extensa ulceração de fundo consistente, no sulco balano-prepucial; adenopatia bilateral, poliganglionar, indolor e não interessando os tecidos circunvizinhos. Estes fenómenos tiveram o seu início há cêrca de um mês.

Wassermann no sangue positiva.

R. — 10^{cc}.

Aspecto — claro.

Albumina — 0^{gr},45.

Exame citológico — 8 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

14.^a OBSERVAÇÃO

Paquimeningite cervical hipertrófica

M. R. M., 40 annos, casado (clínica neurológica).

A. P. Nega um passado venéreo.

Doença actual. Há uns oito annos, raquialgia cervical violenta de começo brusco com irradiação para os membros superiores, persistindo uns três dias com a intensidade inicial, atenuando-se depois, e prolongando-se assim atenuada por cêrca de seis meses.

Concomitantemente instalam-se perturbações da motalidade e sensibilidade na mão direita (impotência funcional, anestesia à dor). Há uns cinco annos que sofre de perturbações motoras e sensitivas nos membros inferiores; consistindo as primeiras, na diminuição da fôrça muscular, as segundas, em formigueiros, sensação de frio e de aumento de

volume. Há quatro meses após lauta ceia, faltam-lhe subitamente as forças e cai desamparado; tenta levantar-se mas não o consegue. Teve então evacuação involuntária de fezes e urina. Nos dias seguintes profundas perturbações de motilidade nos membros superiores e inferiores e abolição de sensibilidade à dôr no tronco, membros inferiores e superiores. Retenção de urina por uns três dias. Constipação.

Exame directo. Nada na esfera de enervação craniana.

Reflexos tendinosos do braço — exagerados.

Reflexos rotulianos — exagerados.

Reflexos aquilianos — exagerados.

Trepidação epileptoide do pé e da rótula.

Babinski.

Extensores da perna — conservados.

Flexores da perna — enfraquecidos.

Extensores do braço — enfraquecidos.

Flexores do braço — conservados.

Consideravelmente reduzida a força das mãos.

Diminuição da sensibilidade à dôr, calor e frio nos antebraços, cõxa e pé direito, e na perna e pé esquerdo.

Reflexos cremasterinos — abolidos.

Reflexos abdominais — abolidos.

Wassermann no sangue — negativa.

R. — 10^{cc}.

Tensão inicial — 50^{cc}.

Tensão terminal — 30^{cc}.

Noguchi — positiva.

Wassermann — positiva.

Albumina — 0^{gr},55.

Exame citológico — 9 linfocitos por mm.^{cc}

Cloretos — 7^{gr},2.

15.^a OBSERVAÇÃO

Meningo encefalopatia sifilitica

A. F. S., 47 anos, natural de Coimbra (clínica neurológica).

A. H. — sem importância.

A. P. — Há cerca de ano e meio, ulceração na glândula com adenopatia inguinal bilateral indolor e não supurada. Algumas semanas depois, erupção cutânea intensa nos membros, tórax e abdomen; disfagia; alopecia.

Em março de 1914, recidiva das manifestações cutâneas. Há cerca de um mês, dores provocadas pela compressão ou com os movimentos, no membro inferior esquerdo e impotência funcional do mesmo lado.

Alguns dias antes da entrada no hospital, dores espontâneas intensas e de exacerbação noturna na hemiface esquerda.

Wassermann no sangue — positiva.

Exame directo: Cicatriz no sulco balano — prepuçial e hipertrófia ganglionar à esquerda.

Fôrça muscular — conservada.

Reflexo rotuliano — exagerados.

Kernig bilateral.

Reflexo plantar — em extensão.

Reflexos cutâneos — normais.

Reflexos dos membros superiores — normais.

Indemne de perturbações objectivas na esfera de enervação craneana.

R. — 10^{cc}.

Tensão inicial — 54^{cc}.

Tensão terminal 40^{cc}.

Wassermann — positiva.

Albumina — 0^{gr},70.

Cloretos — 7^{gr},1.

Noguchi — positiva.

Exame citológico — 24 linfocitos por mm.^{cc} e 17 por campo microscópico.

16.^a OBSERVAÇÃO

Meningite sífilítica

A. J., 50 anos, casada (clínica neurológica).

A. H. — Os pais tiveram 6 filhos, os três primeiros morreram antes de completar um ano. O marido tem sinal de Westphal e abolição do reflexo aquiliano.

A. P. — 2 abortos.

Doença actual. Em março de 1913, diminuição da agudeza visual. Em outubro, este sintoma agrava-se sensivelmente e iniciam-se à direita, acessos de epilepsia Jacksoniana do tipo braquial, acessos que por vezes se generalizam à face e membro inferior. Da mesma época há a registar, uma violenta cefaleia localizada na região frontal e parietal direita que a pressão não exacerba e um estado nauseoso que duas vezes foi acompanhado de vomito. Amaurose bilateral desde maio de 1914.

Exame directo. Mídiase bilateral. Atrofia parcial da papila.

Reflexo rotuliano e aquiliano — muito vivos.

Reflexos cutâneos — conservados.

Sensibilidade — normal.

Motilidade e reflexos oculares — normais.

Tremor de pequena amplitude nas extremidades.

Exoftalmia congénita. Bócio. Não tem taquicardia.

Wassermann no sangue — negativa.

Foram frustradas as primeiras tentativas de extracção

do liquido céfalo raquidiano; saía uma gota de liquido à mistura com sangue, mas logo se formava coagulo.

Por fim conseguimos extrair 10^{cc}. Líquido xantocromico e coagulando em massa.

Tensão inicial — 58^{cc}.

Tensão terminal — 39^{cc}.

Noguchi — positiva.

Albumina — 3^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},9.

Poucos linfocitos e alguns glóbulos vermelhos.

Segunda R. — 10^{cc}. Líquido xantocromico e coagulando em massa.

Tensão inicial — 83^{cc}.

Tensão terminal — 65^{cc}.

Albumina — 2^{gr},3.

Cloretos — 6^{gr},9.

Poucos linfocitos e bastantes glóbulos vermelhos.

17.^a OBSERVAÇÃO

Sifilis terciária

M. S. puerpera (sexta enfermaria). — Há uns 20 mezes pequena erosão dos grandes lábios com adenopatia inguinal indolor e sem inflamação dos tecidos moles periganglionares. Umás semanas depois, manchas eritematosas generalizadas a todo o corpo à excepção da extremidade cefálica. Fez uso durante algum tempo de fricções mercuriais mas desaparecidas aquelas manifestações, nunca mais se tratou. Entra no hospital com ulceras nos membros inferiores.

Wassermann no sangue — positiva.

Exame do liquido céfalo raquidiano.

Albumina 0^{gr},18.

Cloretos 7^g.4.

Exame citológico — 0,3 elementos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

18.^a OBSERVAÇÃO

Epilepsia

A. H. A mãe tremia muito, era muito nervosa diz a doente.

Uma tia devia ter sido um exemplar de doença de Parkinson.

A. P. — Há uns treze anos teve lugar uma doença de começo brusco e evolução demorada, com raquialgia, cefaleia, vômitos e rigidês de nuca.

Há nove anos, estado tifoide que persiste cêrca de dois meses.

Desde essa época vive com um homem que é tido por sífilítico; tem dêle uma filha muito debil com grandes intervalos dentários, microdontismo do canino direito inferior e do esquerdo superior e assimetria dos incisivos superiores e inferiores.

Desde há três anos, cefaleia com o seu máximo de intensidade à noite e acessos convulsivos freqüentes com tremor dos membros inferiores, perda de consciência, emissão involuntária de urina, mordedura de lingua, respiração estertorosa e amnesia consecutiva.

Amenorreica desde há uns dois anos.

Em janeiro de 1913, diminuição de agudeza visual e durêza do ouvido. Wassermann no sangue positiva.

Exame directo. Focos de coroidite bilaterais.

Reflexos tendinosos, cutâneos e oculares — normais.

Motilidade — conservada.

Sensibilidade — normal.

Força muscular — conservada.

Primeira R. a 20 de fevereiro de 1914. Líquido em jacto.

Albumina — 0^{gr},45.

Noguchi — negativa.

Exame citológico — 12 linfocitos por campo microscópico e 18 por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

Segunda R. — 10^{cc}.

Tensão arterial antes da punção: a máxima 10^{cc} e a mínima 10^{cc}.

Tensão arterial depois da punção: a máxima 17^{cc},5 e a mínima 10^{cc}.

Tensão do líquido céfalo raquidiano a inicial — 52^{cc}, a terminal — 46^{cc}.

Albumina — 0^{gr},60.

Noguchi — positiva.

Wassermann — positiva

Exame citológico — 20 linfocitos por campo microscópico e 30 por mm.^{cc}

Terceira R. 10^{cc}.

Tensão inicial — 54^{cc}, terminal — 49^{cc}.

Albumina — 0^{gr},55.

Exame citológico — 17 linfocitos por campo microscópico e 28 por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

Quarta R. 10^{cc}.

Albumina — 0^{gr},45.

Exame citológico — 19 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

Quinta R. 10^{cc} (dias antes de sair).

Albumina — 0^{gr},30.

Exame citológico — 10 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

Tratamento mercurial, arsenical e iodado intensivo, durante todo o tempo em que esteve internada, com o que melhorou sensivelmente. Entrou com acessos quási diários, por vezes dois e mais por dia, e saiu não tendo já há cêrca de um mês qualquer crise convulsiva.

19.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis terciária

M. do C. — Gravidês de sete mêses (clínica obstétrica).

Há três anos, ulceração nos grandes lábios de que hoje resta cicatriz, seguida de queda de cabelo quási em massa e de faringopatia. Nunca, diz, teve outras manifestações. Nunca foi tratada. Actualmente, ulcera no membro inferior esquerdo. Wasserman no sangue positiva.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão inicial 50^{cc}.

Albumina — 0,8^r45.

Noguchi — negativa.

Exame citológico — 8,6 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

20.^a OBSERVAÇÃO

Hemiplegia

A. G. 48 anos casado (clínica neurológica).

Há 11 anos, ulceração pouco dolorosa na base da glande que leva uns dois meses a cicatrizar e de que hoje se encontram vestígios à inspeção e apalpação.

Há oito anos, durêsa auditiva bilateral.

Há sete anos, íctus seguido de hemiplegia à direita e de disartria.

Desde então já se repetiram outros íctus.

À entrada no hospital apresenta uma hemiplegia orgânica espasmódica à direita, com o membro superior em flexão forçada, documentada pela impossibilidade de movimentos activos e passivos; sinais do polegar, ante-braço, cuticular, flexão combinada da coxa e do tronco, de Pierre Marie e Foix, Raïmiste dos membros inferiores, Strümpel, Babinski e exagêro de reflexo rotuliano e aquiliano.

Wassermann no sangue — negativa.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — cristalino.

Albumina — 0^{gr},6.

Noguchi — positiva.

Cloretos — 7,8^{gr}1.

Exame citológico — 6 linfocitos por mm.^{cc}.

Wassermann — positiva.

21.^a OBSERVAÇÃO

Sifilis secundária

E. da C., solteira, natural e residente no Luso (sexta enfermaria). Antecedentes hereditários sem importância. Nega um passado sífilítico. Não tem estigmas de heredo-sífilis. Exame directo: conjuntivite à esquerda; manifestações papulosas nas regiões do cotovêlo e dos joelhos, tendo já uns meses de existência; adenopatia inguinal à esquerda; não se encontram cicatrizes na região vulvar. Wassermann no sôro — positiva.

Tensão arterial antes da punção, Mx=19^{cc}, Mn=105^{cc}

Tensão arterial depois da punção, Mx=15^{cc}, Mn=9^{cc},5

R. — 10^{cc}.

Tensão inicial — 55^{cc}.

Tensão terminal — 46^{cc}.

Cloretos — 7^{gr},1.

Albumina — 0^{gr},55.

Noguchi — positiva.

Exame citológico — 19 linfocitos por campo microscópico e 17 por mm.^{cc}

R. — 10^{cc} (depois de 2 injeções de Neosalvarsan).

Tensão — 25^{cc}-20.

Wasserman — positiva.

Cloretos — 7^{gr}.

Albumina — 0^{gr},60.

Exame citológico — 43 linfocitos por mm.^{cc}

R. — 5^{cc} (depois de 3 injeções de Neosalvarsan).

Exame citológico — 16 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},45.

Wasserman — positiva.

22.^a OBSERVAÇÃO

Sifilis secundária

R. da C., casada, 50 anos (sexta enfermaria). Ulceração na mucosa dos grandes lábios, em agosto.

Exame directo. Máculas, pápulas de diferentes modalidades — umas escamosas, outras vesiculosas e outras ainda ulcerosas — no tronco e membros. Adenopatia inguinal bilateral indolor.

Tensão arterial antes da punção — 16^{cc}-5^{cc}.

Tensão arterial depois da punção — 15^{cc}-9,5^{cc}.

R. — 10^{cc}.

Tensão — 43^{cc}-32^{cc}.

Noguchi — negativa.

Albumina — 0,8^{gr}20

Exame citológico — 7 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

R. — 10^{cc} (após 2 injeções de 914).

Tensão — 27^{cc}.

Wassermann — positiva.

Exame citológico — 22 linfocitos por mm.^{cc} (80 gotas por mm.^{cc})

R. — 8^{cc} (depois de 3 injeções).

Tensão — 23^{cc}-19^{cc}.

Warsseman — negativa.

Cloretos — 7^{gr},3.

Albumina — 0^{gr},20.

Noguchi — negativa.

Exame citológico — 8 linfocitos por mm.^{cc}

23.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis terciária

A. F., 20 anos, solteiro (enfermaria de sífilis). Há cerca de três anos ulceração da região dorsal do penis, ulceração renitente à terapêutica usada que o doente ignora qual fôsse, ulceração ligeiramente dolorosa e aparecendo uns 15 dias após a última aventura sexual, ulceração acompanhada de adenopatia inguinal bilateral indolôr e não interessando os tecidos moles, seguida de erupção eritematosa e papulosa em diferentes departamentos do corpo, nomeadamente nos flancos e membros inferiores, e ainda de disfagia e cefaleia. Foi então tratado com injeções e pílulas mercuriais. As manifestações aparentes desapareceram com essa terapêutica.

Nos anos seguintes novas erupções pouco persistentes. Não voltou a tratar-se.

Exame directo. Cicatris na região dorsal do penis ou seja no local da ulceração mencionada. Gânglios inguinais

aumentados de volume. Manchas pigmentares e manifestações pápulo-vesiculosas, pápulo-crustosas e pápulo-pustulosas no tronco e membros.

R. — 8^{cc}.

Tensão — 29^{cc}-22^{cc}.

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

Cloretos — 7^{gr},3.

Albumina — 0^{gr},60.

Noguchi — negativa.

24.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis secundária

M. A. da S., 44 anos, solteira, residente em Lisboa (sexta enfermaria). Não tem passado venéreo. Há uns dois meses, notou a existência de uma solução de continuidade circular indolor de fundo consistente, no terço superior e região antero externa do ante-braço esquerdo e algumas semanas depois, cêrca de três ou quatro, cefaleia difusa, erupção cutânea e inflamação nos olhos.

Exame directo: cicatriz apreciável no ante-braço esquerdo; placas mucosas no orifício bucal; roseolas, máculas, pápulas e nódulos aqui e acolá, respeitando apenas a face e as mãos; irido-ciclite à esquerda.

R. — 10^{cc}.

Wassermann — negativa.

Tensão inicial — 36^{cc}.

Tensão terminal — 28^{cc}.

Exame citológico — 18 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},20.

Noguchi — negativa.

Cloretos — 7^{gr}, 1.

R. — 8^{cc} (depois de uma injeção de Neosalvarsan).

Wassermann — positiva.

Tensão inicial — 40^{cc}.

Tensão terminal — 23^{cc}.

Exame citológico — 32 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr}, 20.

R. — 5^{cc} (depois de 2 injeções).

Wassermann — positiva.

Tensão inicial — 38^{cc}.

Tensão terminal — 23^{cc}.

Exame citológico — 30 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr}, 25.

R. — 10^{cc} (depois de 3 injeções).

Wassermann — negativa.

Exame citológico — 10 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr}, 25.

25.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis secundária

T. X., solteiro, 24 anos, carpinteiro, residente nos últimos anos em Marrocos (clínica neurológica). Há 11 meses, grande úlcera no penis, acompanhada de adenite supurada à esquerda. Passadas algumas semanas manifestações cutâneas muito abundantes no tronco e membros que determinam a entrada no hospital. Ultimamente cefaleia e perturbações da deglutição.

Exame directo. Cicatriz no penis; gânglios inguinais hipertrofiados à esquerda; eritema polimorfo e generalizado.

Exame do liquido céfalo raquidiano — 10^{cc}.

Tensão — 28^{cc}-23^{cc}.

Exame citológico — 1,3 linfocitos por mm.^{cc}

Noguchi — negativa.

Cloretos — 7^{gr},4.

Albumina — 0^{gr},15.

Wassermann — negativa.

R. (após 2 injeções).

Wassermann — negativa

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Noguchi — negativa.

Cloretos — 7^{gr},5.

Albumina — 0^{gr},15.

26.^a OBSERVAÇÃO

Tabes

S. A. M., de 46 anos, solteiro, empregado municipal e residente em Coimbra (consulta externa). A mãe vive com 85 anos, teve um abôrto e quatro filhos. Dêstes, três morreram já de idades diferentes. Um deles tinha acessos convulsivos.

Sezonismo aos treze anos; pneumonia aos dezoito; e aos vinte, várias ulcerações no penis de cicatrização demorada; nada de bubões supurantes; ligeiras manifestações cutâneas algumas semanas depois. Remontam à mesma época as placas bucais, e as perturbações da deglutição que o doente acusa no seu passado. Aos vinte e quatro anos, dôres na região gástrica, dôres intensas, dôres intermitentes, dôres que o vômito ou a ingestão de alimentos atenuam. Há 3 anos, cessaram estes sofrimentos. Há uns sete anos, perturbações vesicais (retenção e incontinência de urina), perturbações visuais (moscas volantes, luzes, sombras) e diminuição da agudeza visual à esquerda. Dôres fulgurantes e terebrantes. Impotência genésica.

Exame directo. Argyll Robertson, anisocoria, atrofia da iris, Westphal. Reflexo aquiliano abolido. Cutâneo plantar em flexão. Cremasterino conservado. Abdominaes conservados. Reflexos radial, cubital e tricipital conservados. Fôrça muscular conservada nos membros superiores, excepto nas mãos; conservada ainda nos membros inferiores. Não tem ataxia. Não tem perturbações de sensibilidade superficial ou profunda. Não tem Romberg. Coroidite bilateral, mais intensa à esquerda.

Teve já umas cinco dúzias de injecções de iodeto mercúrico e umas dez dúzias de enesol; duas injecções de 606 e por várias vezes xarope de Gibert.

R. 10^{cc} — Líquido claro.

Tensão inicial — 56^{cc}.

Tensão terminal — 29^{cc}.

Exame citológico — 263 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},80.

Noguchi — positiva.

Cloretos — 7^{gr}.

Wassermann — positiva.

27.^a OBSERVAÇÃO

Tabes

C. S. 36 anos (clínica neurológica). Tem quatro filhos, o mais novo dos quais nascido já depois de se ter declarado a actual doença, é muito fraco e tem um grande tumor no pescoço, diz o doente.

Há uns treze anos, ulceração no prepúcio sem coexistir com adenopatia inguinal apreciável pelo doente.

Nada de dermatoses nos primeiros meses e anos consecutivos a êste incidente, nada de faringopatia, nada de

perturbações oculares ou auditivas, nada de alopecia, nada de cefaleia.

Há cinco anos, após uma molhadelha, alterações da motilidade iniciando-se pelo dedo grande do pé esquerdo, não o podia estender ou flectir, passando depois aos braços, e quasi logo à coxa, perna e pé de ambos os lados. Cêrca de mês e meio depois, alterações da sensibilidade subjectiva «eram facas a picá-lo aqui e acolá em todo o corpo quasi constantemente, só pedia que o matassem». Este episódio doloroso teve tres dias de duração. De quando em quando repetem-se estes fenómenos algicos.

Ao segundo mês, retenção de urina e desde então, diz o doente, «comecei a emagrecer a olhos vistos apezar de me alimentar como noutros tempos».

Ao terceiro mês, impotência genésica.

Ao quinto mês, diminuição de agudeza visual, primeiro à esquerda e logo à direita, seguida de discromatopsia. Tinha então na sua janela, umas plantas com fôlhas verdes e flores encarnadas, deixou primeiro de reconhecer a côr das fôlhas e logo em seguida a das flôres e passou a ver tudo escuro. Pouco depois, hemianopsia bilateral heterónima «via só pela metade dos olhos encostada ao nariz» e por fim a cegueira.

Exame directo. Atrofia muscular considerável em todo o corpo, sem contracções fibrilares. Pé equino, dedos em garra (fig. 13). Hipotonia. Ataxia notável nos membros superiores e inferiores. Abolição do reflexo aquiliano e rotuliano. Hiperestesia cutânea. Atrazo na percepção das sensações dolorosas e termicas. Erro de localisação das sensações nos membros superiores e inferiores. Reflexos cutâneos normais.

Analgesia testicular. Midriase bilateral. Anisocoria. Atrofia papilar bi-lateral.

Wassermann no sangue-positiva.



Fig. 13 — Tabes. Atrofia muscular. Pé boto equino varus, dedos em garra, flexão plantar extrema do dedo grande do pé direito

1871

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILL.

Exame do líquido céfalo raquidiano

Cloretos — 7^{gr},2.

Albumina — 0^{gr},6.

Noguchi — positiva.

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

28.^a OBSERVAÇÃO

Tabes

D. M. 35 anos, solteiro (fig. 14), (clínica neurológica).

A. P. Esteve no Brazil onde sofreu de febre amarela.

Há dez anos, três cancrós em volta do sulco balano-prepucial, que diz serem moles e que se acompanharam de bubão bilateral supurante.

Há oito anos, diminuição de agudeza visual.

Há sete anos, dôres no raquís lombar, dôres contínuas, dôres que ao cair da tarde se exacerbam, dôres que irradiam para o abdomen.

Há dôse meses, acentuam-se as perturbações visuais e desde então diplopia temporária.

Há dez meses formigueiros nos pés e muita canceira nas pernas «só tinha vontade de estar sentado», por esta época o joelho direito aumentou rápidamente de volume sem causa aparente.

Há quatro meses dôres violentas «como facas» nos membros inferiores.

Exame directo. Anisocoria e Argyll e Robertson. Abolição do reflexo aquiliano à esquerda e diminuição à direita. Analgesia testicular. Confusão das sensações ao contacto, dôr e temperatura. Artropatia indolor, com derrame intra-articular, aumento do volume da rótula, possibilidade de atitudes anormais da perna e amplitude desusada dos movimentos normais desta. Quando o doente toma a posição

vertical a coxa forma com a perna uma curvatura de convexidade interior.

Wassermann no sangue — positiva.

R. — 10^{cc}.

Tensão inicial — 48^{cc}.

Tensão terminal — 35^{cc}.

Noguchi — positiva.

Albumina — 0^{gr},5.

Exame citológico — 17 linfocitos por mm.^{cc} Plasmazellen.

Cloretos — 6^{gr},9.

Wasserman — positiva.

29.^a OBSERVAÇÃO

Tabes

L. de Penacova (clínica neurológica). Desde há anos que sofre de violentas dôres na região gástrica, dôres que aparecem bruscamente e sem causa precisa, dôres como queimaduras, dôres seguidas de abundantes vômitos biliosos muito afflictivos dôres que passam com o vômito. Há grandes períodos de acalmia. Possui bom apetite e não tem predileção por êste ou aquele alimento. Estas crises dolorosas são apiréticas e nunca veem acompanhadas de icterícia ou qualquer disfunção hepática apreciável.

Tem cefaleia persistente.

A mulher da única vez que engravidou teve um parto prematuro.

Exame directo: Sinal de Westphal.

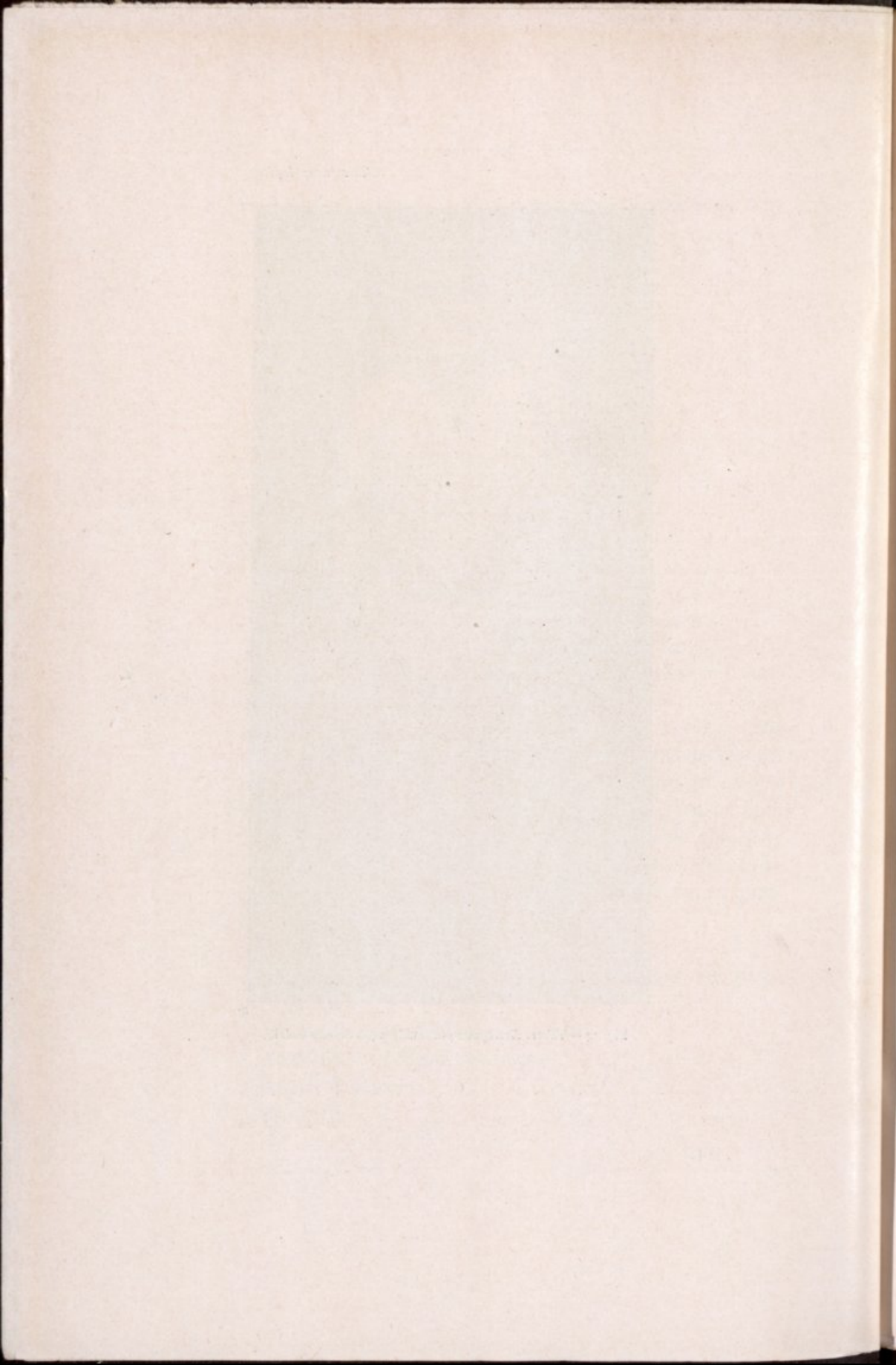
Abolição do reflexo aquiliano.

Argyll Robertson.

Romberg.



Fig. 14 — Tabes. Artropatia com subluxação fêmuro tibial.



Perturbações esphincterianas.

Perturbações de sensibilidade objectiva.

Exame do liquido céfalo raquidiano.

Albumina — 0,870.

Exame citológico — 16 linfocitos por mm.^{cc}.

Wassermann — positiva.

30.^a OBSERVAÇÃO

Paraplegia sifilitica

A. da P. solteira de 35 anos (clínica neurológica).

A. H. o pai faleceu há treze anos com quarenta e oito de idade.

A mãe vive ainda, ficou grávida dezasseis vezes. O 1.^o filho morreu aos três anos; o 2.^o é a doente; o 3.^o morreu aos dezasseis meses; o 4.^o aos vinte anos; o 9.^o vive com vinte e quatro anos, é fraco; o 10.^o morreu aos dois anos; o 11.^o vive com dezanove anos; o 12.^o morreu de onze meses; o 13.^o morreu de seis mezes; o 14.^o morreu de três mezes «não tinha ceo da boca» e várias outras anomalias na face; 15.^a e 16.^a são raparigas saudáveis e vivem ainda; 5.^a, 6.^a, 7.^a e 8.^a gestações terminaram por abortos, entre o 4.^o e o 5.^o mês.

A. P. Variola aos cinco anos e reumatismo aos treze.

Foi menstruada aos catorze e desonrada aos dezanove.

Teve vários abortos e partos prematuros com feto morto. Assim, da 1.^a gravidês, aborto de dois meses ao qual se seguem parto prematuro de sete meses, feto morto, um parto a termo, recém-nascido que morreu ao fim de dois dias, um outro a termo que vive quatro meses, um aborto de tres meses e por fim uma rapariga que hoje vive «rouca e doente dos olhos».

Doença actual. Há cêrca de três anos sobreveio-lhe uma cefaleia continua e violenta e apareceu com a pálpebra

direita caída, o olho vesgo e a bôca ao lado: ou seja com paralisia do óculo motor comum e do facial. Datam dessa ocasião algumas perturbações da sensibilidade, a meia parecia-lhe lixa, a roupa molhada, formigueiros, etc.

Logo depois e no espaço de cinco dias, instala-se a paralisia do membro inferior esquerdo, começando pelo dedo grande do pé e a seguir a do membro direito em cêrca de vinte dias; concomitantemente retenção de fezes e urina. Quando da extração da urina, não sentia a sonda na uretra.

Exame directo. Membros inferiores em flexão (fig. 15).

Reflexos rotulianos e aquilianos exagerados. Clonus do pé.

Reflexos abdominais abolidos.

Anestesia ao contacto dôr e temperatura desde, aproximadamente, a região umbilical.

Há rigidês muscular intermitente que dificulta e por vezes impede os movimentos passivos.

Há movimentos dos membros inferiores amplos, involuntários, espontâneos ou provocados por um ligeiro atrito da pele, movimentos que voluntariamente a doente não pode produzir e que são tanto mais amplos quanto mais longe da raiz do membro se dá a excitação.

Há anisocoria e Argyll Robertson.

Wasserman no sangue -- positiva.

Teve antes de ser executada a raquicêntese, várias injeções de 606 e muitas duzias de mercúrio.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — claro.

Albumina — 0^{gr},7.

Noguchi — positiva.

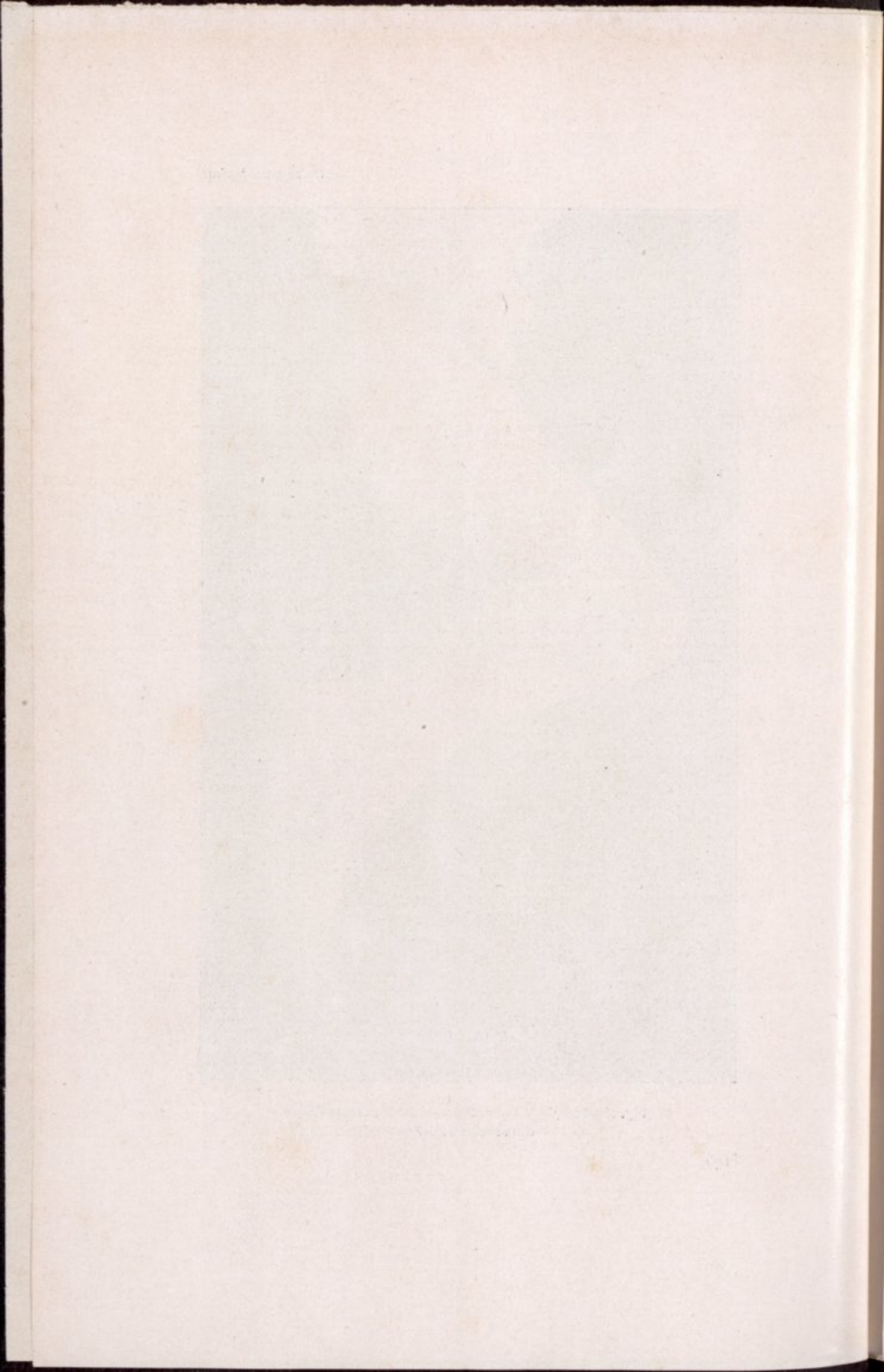
Cloretos — 7^{gr},1.

Exame citológico — 15 linfocitos por campo microscópico.

Wassermann — positiva.



Fig. 15—Paraplegia espasmódica em flexão, com exaltação dos reflexos de defeza



Segundo exame feito cêrca de um ano depois.

Albumina — 0^{gr},5.

Noguchi — positiva.

Cloretos — 7^{gr},3.

Exame citológico — 6 linfocitos por campo e 8 por mm.^{cc}

Wassermann -- positiva.

31.^a OBSERVAÇÃO

Sífilis secundária

J. R., de 26 anos, casado, sapateiro (enfermaria de sífilis). Há 10 anos, Neisserose. Há 4 anos, bubão supurante à esquêrda, precedido de seis ulcerações na glande.

Doença actual. Há uns dois meses, pequena escoriação de glande que mais tarde aumenta em profundidade e extensão; enfartamento ganglionar indolor bilateral; perturbações da deglutição; afonia; dermatose generalizada; cefaleia e alopecia.

Exame do doente. Úlcera do penis em volta do prepúcio, do sulco balano-prepucial e da base da glande. Poliadenite bilateral, indolôr, não interessando os tecidos moles circumvizinhos. Roseolas, máculas e pápulas nos membros, tronco, pescoço e face. Blefarite escamosa e conjuntivite. Alopecia ciliar. Condilomas peri-anais Não foi ainda tratado.

R. 8^{cc} — Líquido claro.

Albumina — 0^{gr},55.

Cloretos — 7^{gr},1.

Tensão inicial — 50^{cc}.

Tensão terminal — 39^{cc}.

Exame citológico — 12 linfocitos por campo microscópico e 16 por mm.^{cc}

Wassermann — negativo.

32.^a OBSERVAÇÃO

Sifilis secundária

A. S., de 19 anos, solteiro, pintôr, natural e residente em Coimbra (enfermaria de sífilis). Há cêrca de dois mezes duas ulcerações, uma no penis, outra na região supra púbica. Há 15 dias, disfagia cefaleia e erupção cutânea, o que motiva a sua entrada no hospital.

Exame directo. Cicatriz no penis e região supra púbica. Gingivoragias fáceis e freqüentes. Pápulas no territorio perianal. Soluções de continuidade interdigitais nos membros inferiores. Gânglios inguinais enfartados. Não foi ainda tratado. Wassermann no sôro — positiva.

R. — 8^{cc}.

Wassermann — positiva.

Albumina — o^{gr},60.

Exame citológico — 14 linfocitôs por mm.^{cc}

33.^a OBSERVAÇÃO

Tabes

J. S., do concelho de Figueiró dos Vinhos, de 47 anos, casado, sapateiro, com um passado alcoolico acentuado e indemne de taras nevropáticas (clínica neurológica). Aos 35 anos estando no Brazil, ulceração da glande de cicatrização fácil, não acompanhada de bubão supurante e seguida de perturbações de motricidade que um tratamento anti-sifilitico fez desaparecer. Aos 42 anos, estrabismo temporário, cefaleia, dôres constrictivas, dôres fulgurantes e dificuldades na marcha.

Pouco a pouco, outros symptomas veem associar-se a estes. Impossibilidade de caminhar às escuras ou com os

olhos fechados; dificuldade na micção; prisão de ventre alternando com incontinência de féces; impotência; discromatopsia; diminuição de agudeza visual; dôres vesicais; zonas de anestesia documentadas por sugestivos episódios que o doente narra. Assim: dirigindo-se para casa de um freguez afim de cortar sola, com uma faca no bolso do casaco, notou ao chegar a casa daquêle que estava ensanguentado, sem todavia ter sentido o traumatismo que originou esta hemorragia; por várias vezes extraiu pregos dos pés cuja introdução lhe tinha passado despercebida, etc.

Exame directo. Agyll Robertson. Atrofia da iris bilateral e da papila à esquerda. Discromatopsia para o verde. Apêrto do campo visual e diminuição de agudeza visual. Conservação da fôrça muscular. Abolição do reflexo aquiliano. Abolição do reflexo rotuliano. Abolição do reflexo cutâneo plantar. Conservação do reflexo cremasterino. Conservação do reflexo abdominal. Conservação do reflexo tricripital. Diminuição do reflexo radial. Romberg. Incoordenação dos movimentos, mais acentuada nos membros inferiores. Zonas de hipoestesia (face externa da perna e pé). Parestesias (atraso e confusão das sensações termicas e dolorosas). Hipoestesia testicular e traqueal. Grosseiras perturbações da sensibilidade articular óssea e muscular; não tem a noção da posição dos membros nem a das atitudes segmentares, nem a sensação do esforço muscular dispendido e não sente as vibrações de diapasão apoiado sôbre a tibia, cúbito e peroneo.

R. — 10^{cc}.

Noguchi — negativa.

Exame citológico — 40 linfocitos por mm.^{cc}.

Albumina — 1^{gr},20.

Cloretos — 6^{gr},9.

Wassermann — negativa.

34.^a OBSERVAÇÃO

Tabes

A. P., 55 anos, casado, empregado comercial residente no Pôrto.

A. P. Não tem filhos. *In venere*: aos 35 anos, ulceração na glande, com adenite bilateral supurada; aos 36, segunda ulceração sem bubão supurante; aos 37, blenorragia.

Nunca teve dermatoses, nem cefaleia, nem perturbações visuais ou auditivas.

História da doença actual. Há cêrca de dezoito meses dôres fulgurantes e há uns seis, ptose palpebral temporária à direita.

Há uns três meses iniciam-se perturbações motôras e sensitivas após uma marcha a cavalo de 50 quilómetros.

Desde então sente formigueiros no pé e face posterior da perna esquerda, e quando marcha tem a impressão de que esta perna cai mais depressa do que êle quer.

Exame directo. Miosis; Argyll Robertson; sinal de Westphal; abolição do reflexo aquiliano; abolição do reflexo cremasterino; não tem dôr à pressãõ nem nos testículos, nem no epigastro e tendão de Achyles; fôrça muscular conservada.

Não tem perturbações da sensibilidade objectiva quer superficial, quer profunda; provas de Fournier negativas; não tem ataxia. Wassermann no sôro — positiva.

R. — 10^{cc}.

Tensão — 48^{cc}.

Côr — xantocromia.

Albumina — 2^{gr}.

Noguchi — positiva.

Cloretos — 7^{gr}.

Exame citológico — 34 linfocitos por mm.^{cc} e alguns plasmazellen.

Wassermann — negativa.

O LÍQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO NA SÍFILIS

A raquicêntese tem no capítulo da sífilis nervosa uma das suas mais brilhantes páginas. Era de todos os dias o constatar de casos em que a sífilis se complicava duma sintomatologia nervosa e de todos os dias era o registrar de novos sinais que mais facilmente permitissem concluir por esta determinação mórbida. Ignorava-se no entanto quasi tudo. Como se comportava o sistema meningo-encefalo-medular uma vez que o organismo acusava pela ulceração inicial—verdadeiro grito de alarme— a sua invasão pelo spirochaeta de SHAUNDINN e HOFFMANN?

Tomaria parte na contenda ou olharia indiferente para o invasor, como o deixava prever o silêncio sintomático que naqueles estados se verifica?

E no caso de compartilhar do insulto, qual a intensidade e duração das lesões; seriam efêmeras, ou evolutiriam lenta, surda, insidiosa mas continuamente até ao momento em que uma terapêutica eficaz lhe sustasse a marcha? Como precisar essa terapêutica?

E depois quanta sífilis ignorada ou propositadamente oculta! Como pronunciar-nos por uma tal afeção em presença de uma nosopatia onde se não verifiquem os sinais reveladores de sífilis? É tão polimorfa a sintomatologia da avariose!...

E os indivíduos em que a sífilis é incontestada e incontestavel, não poderão ser portadores de uma afeção nervosa de outra natureza? Como distinguir então?

E numa doença nervosa de reconhecida etiologia sífilítica, como acompanhar a evolução das lesões anatómo-patológicas?

Outras tantas perguntas que jámais conseguiriam resposta sem a prática da raquicêntese; com esta, tornando-se-nos possível interrogar em qualquer doente e em qualquer momento o conteúdo dos espaços infra-aracnoidianos, nós podemos avaliar da existência, natureza e evolução das lesões dos órgãos que com êste tenham íntimas relações. Não é tudo o que se pretende? É facto, mas é já muito se atentarmos no pouco que se conhecia e na simpatia especial que esta infecção tem pelos tecidos citados.

Isto posto, vejamos os comentários que as nossas observações suscitam e para dar uma certa ordem à exposição, analisemos primeiro alguns dos elemen-

tos semiológicos a que já fizemos referência ou seja a tensão, o aspecto e côr dos elementos celulares, as albuminas e os cloretos, e façamos em seguida algumas considerações sôbre a reacção de Wessermann.

Tensão

A tensão eleva-se de alguns centímetros sempre que a infecção sifilítica atinge o sistema nervoso central em relação com o líquido céfalo raquidiano e esta hipertensão é tanto mais acentuada quanto mais agudo fôr o processo mórbido.

As maiores tensões por nós registadas cabem respectivamente a um exemplar de meningite de fórma grave e a alguns dos exemplares de coroido-meningite secundária; ora estes estados, são precisamente os que, dentre os que examinámos, apresentam fenómenos clínicos e laboratoriais mais agudos.

A hipertensão pode existir sem que se traduza por qualquer sintoma apreciavel, ordinariamente porém quando elevada vem acompanhada de cefaleia.

A hipertensão pode constituir o único sintoma apreciavel de uma ligeira irritação do sistema nervoso central de origem sifilítica, mas é mister para que essa hipertensão tenha um relativo valor diagnós-

tico que seja dotada de um certo caracter de persistência.

Creemos que uma tal expressão sintomática contemporânea do período secundário, deve ser condicionada por uma irritação da glândula coroideia, irritação não suficiente para provocar a aparição doutros elementos semiológicos.

De maneira que segundo nossa opinião, em matéria de sífilis, hipertensão raquidiana desacompanhada doutros sintomas — significará coroidite.

Aspecto e côr

O liquido céfalo raquidiano dos sifilíticos é por via de regra, a menos que se trate de contaminação hemorrágica accidental, cristalino, embora sejam extensas as lesões com que entre em contacto ou quasi infinita a quantidade de elementos celulares que contenha em suspensão.

Apenas encontramos um exemplar que faz excepção e na qual o liquido é xantocromico.

Exame citológico

No liquido céfalo raquidiano dos sifilíticos encontra-se frequentemente uma linfocitose pura, só raras

vezes aparece mesclada com um ou outro elemento polinuclear ou mastzellen.

Como se comporta o sistema meningo-encéfalo medular no decorrer da infecção sífilítica?

Periodo secundário — O exame sistemático do líquido céfalo raquidiano nestes estados, permite-nos fazer a afirmação de que, desde os primeiros tempos da septicémia, quando ainda nenhum sintoma nervoso ou mesmo manifestação cutânea se verifica, podem existir já alterações anatómicas do sistema coroido-meningeo, documentadas por dentre outros fenómenos — a linfocitose.

Discordamos pois da opinião até hoje seguida, de que a linfocitose é sempre contemporânea das manifestações cutâneas. A observação 13.^a a isso nos autorisa.

É facto, que a reacção leucocitária é em regra proporcional à intensidade da dermatose, mas isso não obsta a que a linfocitose possa existir sem dermatose, ou a que uma linfocitose intensa acompanhe discretas lesões cutâneas, ou a que um líquido céfalo raquidiano normal coexista com intensas e generalizadas sífilides.

Se ordinariamente esse paralelismo existe, não é porque as manifestações cutâneas comandem a lin-

focitoraquia, mas porque ha comunidade de causas, para ambos os fenómenos.

O que importa conhecer, é que existem no período secundário lesões latentes de sífilis nervosa, que não podem ser reveladas senão pela raquicênese; é indispensavel que esta noção não seja ignorada por todos quantos pretendem cuidar de sífilíticos, visto que na ausência de todo o signal clínico, ninguem poderá suspeitar de que afecções nervosas essas lesões serão o prelúdio. É necessário pois que êsse elemento seja aproveitado para orientar eficazmente a terapêutica; enquanto persistir a linfocitose, a terapêutica tem de ser intensiva.

Período terciário. — Sempre que neste período se não constate qualquer sintomatologia nervosa, embora apagada, seja qual fôr a extensão ou intensidade das lesões cutâneas, o exame do liquido céfalo raquidiano não revela em regra linfocitose.

Era lógico que assim fôsse: tendo já sido elaborados os anticorpos nesta fase da doença, não é possível como no período secundário a pululação dos germens e sua disseminação no organismo, e antes teem estes de se localisar em regiões circunscritas. Em tais circunstâncias, as lesões não são tão extensas mas são mais profundas. De maneira que, a infec-

ção ou se localisa aos centros nervosos, e então vem acompanhado de sintomatologia clínica apreciável, ou deixa estes ilesos e nessa hipótese, não ha qualquer alteração do liquido céfalo raquidiano.

Casos ha porém que, sem fenómenos clínicos apreciáveis, apresentam grosseiras linfocitoses. As observações 13.^a e 19.^a são disto exemplo.

Na primeira ha 5 linfocitos por mm.^{cc}, na segunda ha 8,6 no mesmo volume de liquido.

É nossa convicção que estes casos só aparentemente constituem uma excepção ao que fica dito, porquanto, aquella linfocitose deve ser considerada não como condicionada pelo terciarismo, mas como um *reliquat* do período secundário. Vem em abono desta nossa opinião, a circunstância de ter sido a terapêutica na observação 3.^a pouco perseverante e na observação 19.^a nula.

As manifestações nervosas da sífilis quasi sempre se acompanham de linfocitose, em regra superior à que vimos existir no período secundário e isto em consequência da natureza das lesões que são mais mordentes, mais profundas e quiçá mais extensas.

A cefaleia do período terciário implica quasi sempre linfocitose ao contrário do que succede com a do período secundário que pode traduzir-se apenas em

semiologia raquidiana por hipertensão. É que na cefaleia do período terciário deve existir a par duma hiperfunção coroideia, lesões destructivas desta glândula e das meninges e na cefaleia do período secundário deve tratar-se apenas dum aumento de secreção por irritação coroideia.

Todas as observações da sífilis nervosa que registamos à excepção de uma ou duas, apresentam linfocitose.

A linfocitose embora não seja um sintoma patogénico de sífilis nervosa, tem no entanto muito valor ao lado da restante sintomatologia, para o diagnóstico destes estados.

Haja em vista o que se passa com a doente das fig. 16 e 17. Trata-se de uma rapariga com hemiplegia orgânica, apresentando uma contractura no domínio do facial inferior e extensão permanente do dedo grande. Era de suspeitar que não sendo ela uma cardíaca, a sífilis fosse a causa desta afecção, mas sucessivas punções e o exame consecutivo do líquido céfalo raquidiano, conjuntamente com o exame clínico, levam-nos a excluir esta hipótese.

Casos ha como nas paraplégicas espasmódicas, em que a linfocitose tem um lugar preponderante no seu diagnóstico; com auxílio desse elemento e

com o conhecimento das albuminas, podemos em regra fazer a diagnose diferencial entre um paraplegia sifilítica e uma compressão medular de qualquer

(Clínica neurológica)



Fig. 16. — Hemiplegia orgânica.
Contratura no domínio do facial inferior do lado paralisado.

natureza. Na primeira a linfocitose é acentuada e a albuminose moderada, na segunda é aquela nula ou discreta e esta muito notável.

Na tabes, a linfocitose é a regra; o citodiagnós-

tico terá por isso capital importância na diagnose da tabes precoce ou frustré. A linfocitose é todavia muito variavel nestes estados podendo ir de uns três linfocitos até alguns centos por mm^{cc} .

(Clínica neurológica)



Fig. 17. — Hemiplegia orgânica. Extensão permanente do dedo q.

Fórmula citológica das reacções leucocitárias —

Como dissemos o linfocito é o elemento predominante no liquido céfalo raquidiano dos sífilíticos. No entanto, na sífilis secundária mórmente após a administração de neosalvarsan abundam os médios e grandes mononucleares. Em alguns casos de tabes encontramos alguns plasmatzellen.

Médios e grandes mononucleares e plasmatzellen

parece constituirem a expressão de uma maior intensidade das lesões.

Evolução das reacções citológicas. — Á excepção da evolução das lesões no período secundário que acompanhamos, não pudémos pelo limitado tempo que medeia entre o começo das nossas observações e o momento actual, obter dados pessoais que nos permitam pronunciar sôbre êste assunto; preencheremos essa lacuna fazendo uma resenha das noções correntes a esse respeito.

A linfocitose do período secundário exacerba-se após a introdução no organismo dos agentes anti-sifilíticos, nomeadamente o salvarsan ou neosalvarsan e atenua-se em seguida para desaparecer depois, com a continuação do tratamento. É esta a conclusão que se infere das nossas observações. Não são em regra suficientes as três injeccões iniciais de neosalvarsan que nalgumas clínicas se costumam administrar; para conseguir aquêle *desideratum* é necessário uma terapêutica mais intensa.

A reacção celular que coincide com um acidente nervoso, tem geralmente uma evolução paralela a esse acidente.

A reacção celular contemporânea duma lesão sistematisada do sistema nervoso, persiste durante

toda a duração da doença sem que seja influenciada pelo tratamento.

Albumina

Na sífilis, em qualquer das suas modalidades o exame químico fornece elementos adjuvantes para a elaboração do diagnóstico, entre esses elementos merece em clinica especial menção a *albumina*.

Frequentemente nos foi dado registar em doentes sífilíticos doses de albumina superior ao normal. A hiperalbuminoraquia que coexiste frequente senão constantemente com as afecções nervosas de origem sífilítica foi por nós encontrada ainda em outras fases desta infecção.

Assim, no período secundário e no período terciário encontramos líquidos céfalo raquidianos com hiperalbuminose.

A hiperalbuminoraquia não é elemento constante na tabes.

A hiperalbuminose exacerba-se com o tratamento anti-sifilítico e atenua-se com a regressão das lesões.

A hiperalbuminose sífilítica gosa da particularidade de ser constituída quasi só à custa das globulinas, daí o pretender-se identificar esta infecção pelas

reacções que caracterizam a hiperglobulina raquidiana.

Será de facto a reacção de Noguchi específica de sífilis nervosa.

Orientando as nossas investigações nesse sentido obtivemos os resultados que constam do quadro seguinte :

Doenças em que foi pesquisada a reacção de Noguchi	Observações	Albumina por litro	Resultados das reacções
Meningite cerebro espinhal epidémica.	1. ^a	14gr	positiva
— — — —	2. ^a	2gr	»
— — — —	3. ^a	2gr,5	»
Meningite tuberculosa.	1. ^a	1gr,2	negativa
— — — —	2. ^a	1gr,5	»
Mal de Pott	1. ^a	0gr,6	negativa
— — — —	2. ^a	0gr,5	»
— — — —	3. ^a	5gr	positiva
Saturnismo.	1. ^a	0gr,20	negativa
— — — —	2. ^a	0gr,40	»
Sífilis secundária	21. ^a	0gr,55	positiva
— — — —	31. ^a	0gr,55	negativa
— — — —	24. ^a	0gr,60	positiva
Sífilis terciária	3. ^a	0gr,50	negativa
— — — —	6. ^a	0gr,20	»
— — — —	10. ^a	0gr,20	»
Sífilis com manifestações nervosas	2. ^a	0gr,8	positiva
— — — —	4. ^a	0gr,80	»
— — — —	11. ^a	0gr,60	»
— — — —	14. ^a	0gr,55	»
— — — —	15. ^a	0gr,70	»

Doenças em que foi pesquisada a reacção de Noguchi	Observações	Albumina por litro	Resultados das reacções
Sífilis com manifestações nervosas	16. ^a	3gr	positiva
— — —	18. ^a	ogr,6	»
— — —	20. ^a	ogr,60	»
— — —	26. ^a	ogr,80	»
— — —	27. ^a	ogr,6	»
— — —	30. ^a	ogr,70	»
— — —	33. ^a	ogr,6	»

Estes resultados permitem-nos as seguintes conclusões.

1.º A reacção de Noguchi é positiva em todas as afecções em que a hiperalbuminoraquia é consideravel.

2.º Uma reacção de Noguchi negativa exclue a hipótese de sífilis nervosa.

3.º Uma reacção de Noguchi positiva, com uma hiperalbuminose moderada, é uma séria presunção em prol de sífilis nervosa.

Estes resultados estão de acôrdo com o que era legitimo supôr, dada a natureza da reacção de Noguchi, e a qualidade da hiperalbuminoraquia nas diferentes afecções. Sendo a reacção de Noguchi uma reacção das globulinas quando existentes em certo grau, e caracterisando-se a hiperalbuminose sifilitica pelo

augmento da globulina, mas havendo também na hiperalbuminose de etiologia não sifilítica quando elevada, um aumento da globulina suficiente para tornar positiva a reacção de Noguchi, era lógico que assim sucedesse.

Cloretos

Procedemos a pesquisas dos cloretos em quasi todas as observações que registamos e mesmo nos casos em que o citodiagnóstico foi positivo, encontramos uma ligeira ou nula redução da quantidade dos cloretos.

Reacção de Wassermann

Ao método do citodiagnóstico e do albuminodiagnóstico empregados ha já uma duzia de anos para o diagnóstico de sífilis nervosa, veio associar-se ultimamente, graças aos trabalhos de A. MARIE, LEVADITI em França; WASSERMANN PLANT, NEISSER BRUCK e outros na Alemanha, um novo elemento semiológico baseado na pesquisa dos anticorpos sifilíticos no líquido céfalo raquidiano.

Êste exame, usado primitivamente para o diagnóstico de tabes e paralisia geral, foi a partir de 1908 com os trabalhos de LEVADITI, RAVAUT e YAMANOUCHI aplicado também a outros estados sifilíticos.

Foi investigada a reacção de Wassermann em quasi todos os doentes por nós estudados, sifilíticos e não sifilíticos; e dos resultados obtidos concluimos:

a) Que a reacção de Wassermann é por vezes positiva no período secundário da sífilis.

b) Que êste fenómeno teve logar nos exemplares portadores de reacção leucocitária e albuminosa.

c) Que a administração endovenosa de neosalvarsan torna positivas reacções que anteriormente o não eram.

d) Que a aparição desta reacção coincide com a exacerbação das reacções leucocitária e albuminosa.

e) Que esta reacção se torna negativa uma vez que a linfocitose e a albuminose deixam de existir.

f) Que as outras afecções não possuem reacção de Wassermann positiva pelo facto de ter sido tratadas pela neosalvarsan.

g) Que a reacção de Wassermann no líquido céfalo raquidiano é positiva em muitos casos de sífilis nervosa em que é negativa no sôro.

h) Que quasi sempre a reacção de Wassermann é positiva nas afecções nervosas sifilíticas.

i) Que a reacção de Wassermann é com frequência negativa na tabes.

j) Que as elevadas quantidades de albumina pro-

vocam por vezes uma reacção de Wassermann positiva.

k) Que a reacção de Wassermann pode ser positiva na lepra.

Algumas destas conclusões são muito interessantes umas (a.b.j.k.), pelo reduzido número de casos congêneres que se encontram descritos, outras (c.d.e.f.), pela novidade que contêm.

É certo que o facto que elas traduzem estava já registado no sôro sanguíneo, mas não nos consta, que o tivesse sido no líquido céfalo raquidiano.

No jornal *of the American medical association* de 6 de setembro de 1913 aparece formulada essa pergunta; mas nem os números consecutivos deste jornal, nem qualquer outra revista do nosso conhecimento, contêm a resposta que hoje fornecemos.

MENINGITE CÉREBRO ESPINHAL EPIDÉMICA

1.^a OBSERVAÇÃO

J. A. d'O, 17 anos. Entra para a clinica neurológica na noite de 3-2-914 (fig. 18).

A 1, estava trabalhando em uma fábrica quando pela meia tarde, sentiu bruscamente arrepios violentos, e quasi logo cefaleia difusa muito intensa e vômitos continuados.

A 2, instala-se o delírio que persiste até a entrada para o hospital. Não voltou a obrar desde que adoeceu

A 3 à noite, apresenta herpes labial; opistotonos; rigidez vertebral; impossibilidade de movimentos com a cabeça; pernas e coxas flectidas; estrabismo convergente; rigidez pupilar; carfologia; sinais de Guillain, Kernig, Brudzinski, e nuca com uma intensidade pouco vulgar; reflexos rotulianos abolidos; reflexos tricipitae abolidos também.

Temperatura 40°,8. Pulso 118. Ciclos respiratórios 52.

R. 40^{cc}. — Líquido puriforme, muito espesso.

Exame citológico — muitissimos polinucleares em grau avançado de histolise e com reduzida afinidade para as matérias córantes.

Albumina — 14^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},2.

Exame bacteriológico — imensos meningococcus de Weichselbaum.

Banhos a 38°. Capacete de gelo.
Injecção intra-raquidiana de 30^{cc} de sôro anti-meningo-
cócico.

(Clínica neurológica)



Fig. 18. — Meningite cérebro espinhal epidémica.

A 5, já não há delírio nem rigidez pupilar, persiste o estado de inconsciência e a restante sintomatologia. Clister evacuante.

Temperatura de manhã 38°,8 à tarde 39°,9.

R. 30^{cc}. — Líquido correndo com dificuldade, xantocrômico, coagulando em massa.

Exame citológico — polinucleares alterados, alguns linfocitos e alguns glóbulos vermelhos.

Exame bacteriológico — muitos meningococcus intra e extra-celulares.

Albumina — 24^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},4

Injecção de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 6, aproximadamente a sintomatologia clínica e laboratorial da vespera. Extráem-se com grande dificuldade e só depois de sucessivas punções, 20^{cc} de líquido cefaloraquidiano.

Líquido xantocrômico de coagulação massiça.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 7, continua a mesma situação dos dias anteriores.

R. 40^{cc}. — O líquido sáe mais fácilmente, mas ainda xantocrômico e coagulando em massa depois da adição de algumas gotas de sangue.

Exame citológico — já não era tão intensa a lise dos leucocitos, linfocitos, glóbulos vermelhos.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 18^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},4.

Clister evacuante, injecção hipodérmica de 1^{cc} de sôro e injecção intra-raquidiana de 20^{cc}.

A 9, a temperatura é menos elevada: manhã 38^o,2, tarde 38^o,8; não há estrabismo, persiste a inconsciência e a mais sintomatologia clínica citada.

R. 40^{cc}.

Exame citológico — polinucleares pouco alterados e bastantes linfocitos.

Albumina — 10^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},8.

5^{cc} de sôro em clister e 1^{cc} em injeção subcutânea.

Injeção intra-raquidiana de 20^{cc}.

A 10, o doente responde já às perguntas que se lhe formulam embora com certa morosidade. Temperatura: manhã 38^o,1, tarde 38^o,8.

R. 40^{cc}. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares e linfocitos à mistura.

Albumina — 6^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},8.

Administram-se 5^{cc} de sôro em clister e 1^{cc} em injeção hipodérmica.

Injeção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro.

A 11 viva cefaleia. Não tem dejecções há três dias.

Temperatura: manhã 37^o,6, tarde 38^o,3.

Clister evacuante. Capacete de gélo.

R. 20^{cc}. Líquido menos turvo.

A 12, o estado geral melhora sensivelmente; já não há cefaleia, dejecções espontâneas.

Temperatura: manhã 37^o,4, tarde 38^o,2.

A 14, agrava-se a situação. Cefalalgia violenta, dôres nos membros inferiores, diarreia.

R. 40^{cc} — Líquido em jacto mais turvo que na vespera.

Exame citológico — bastantes polinucleares, alguns linfocitos.

Exame bacteriológico — muitos meningococcus extracelulares.

Albumina — 6^{gr}.

Cloretos 6^{gr},7.

Temperatura: manhã 38^o,2, tarde 39^o,1.

Sôro anti-meningocócico em clister (5^{cc}) e em injeção subcutânea (1^{cc}) e 1/2 hora depois injeção intra-raquidiana de 30^{cc} do mesmo sôro.

A 16, novamente se acentuam as melhoras, fenómenos dolorosos menos intensos.

Temperatura — manhã 37^o,6, tarde 38^o,4.

R. 30^{cc}. — Líquido xantocrômico e pouco turvo.

Exame citológico — mais linfocitos que na vespera.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 4^{gr}.

Cloretos 6^{gr},9.

Clister de 5^{cc} de sôro e 1/2 hora depois injeção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro.

Nos dias 17, 18, 19 e 20, o doente vai sucessivamente melhorando.

Já não tem cefaleia nem qualquer outra modalidade de dôres; persistem as contraturas; a temperatura já não ultrapassa os 38^o. R. quási quotidiana.

A 21, exacerbação da sintomatologia anterior, predominando a cefaleia e as dôres abdominais. Excitação.

Temperatura: manhã 38^o,2, tarde 39^o,6. Capacete de gêlo, banhos a 38^o.

R. 30^{cc}. — Líquido ligeiramente turvo.

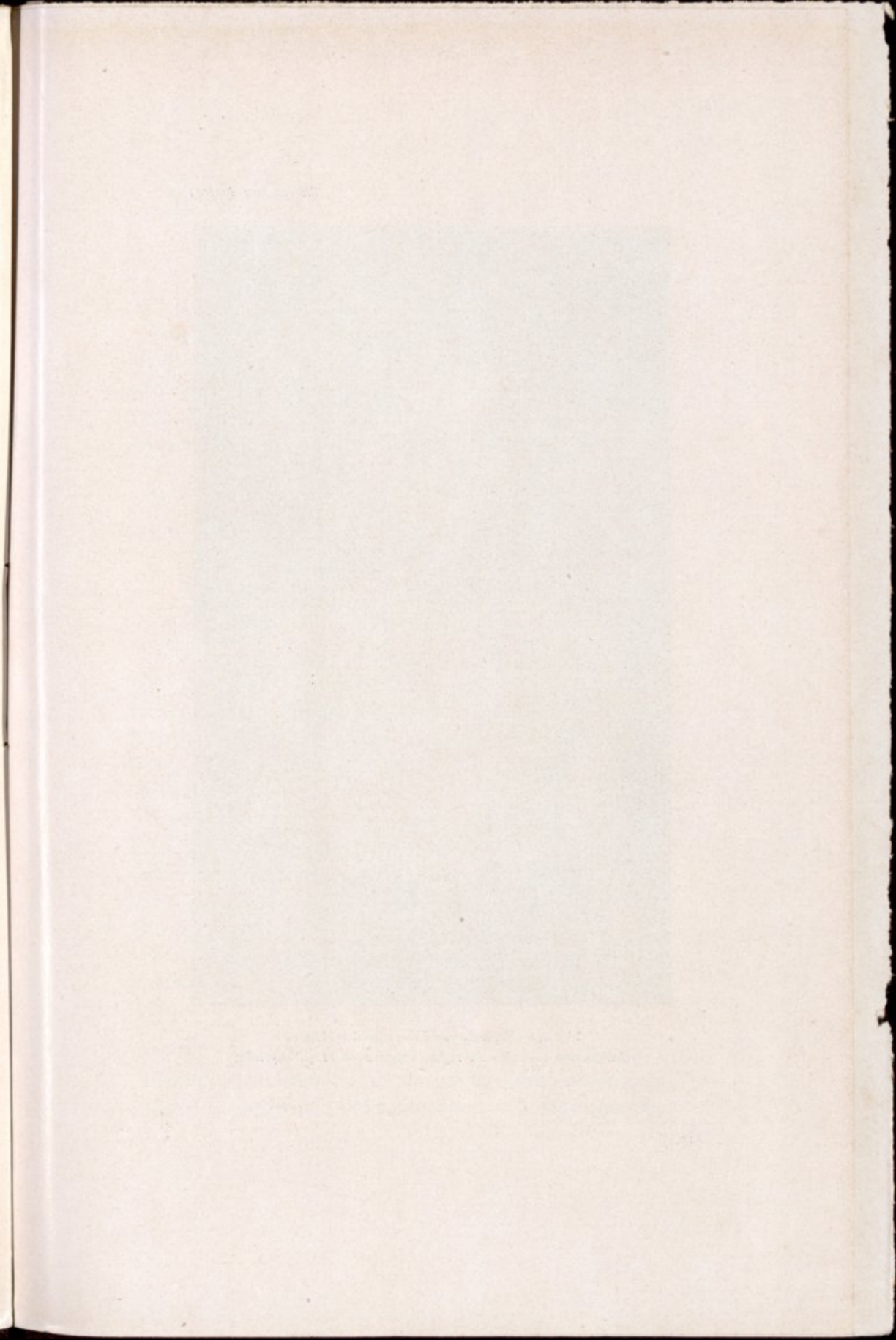
Exame citológico — polinucleares e linfocitos.

Exame bacteriológico — alguns meningococcus.

Albumina — 3 gr.

Cloretos — 6^{gr},8.

A 22, regressão dos fenómenos morbidos.



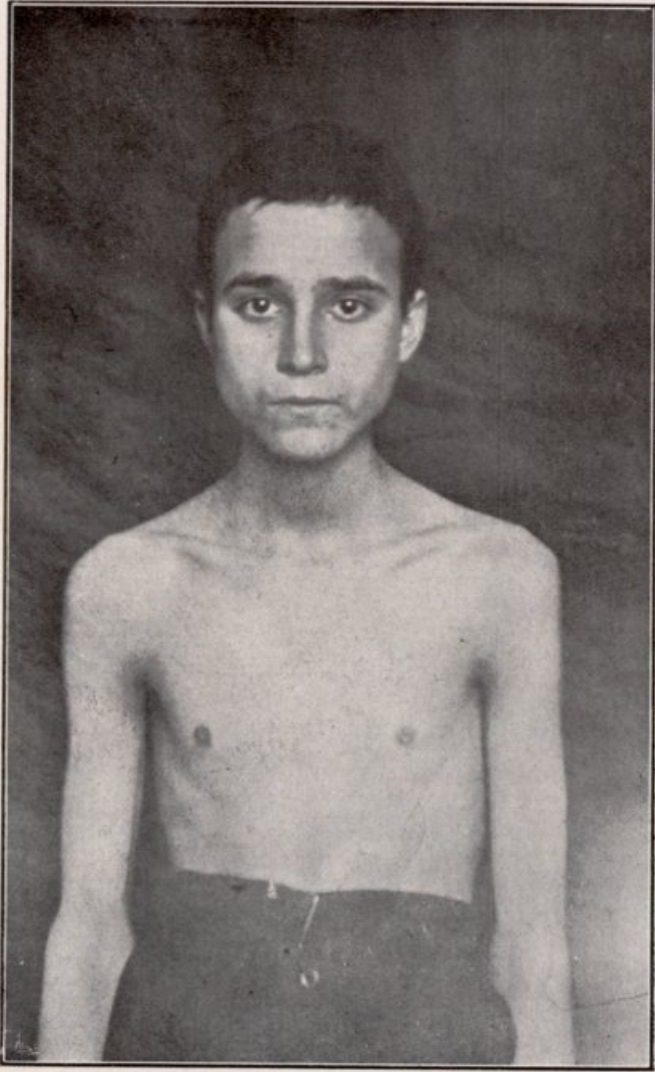


Fig. 19 — Meningite cerebro-espinhal epidêmica
(Atrofia dos músculos da região superior do braço esquerdo)

R. — 10^{cc}.

Exame citológico — linfocitose quási pura.

Albumina — 1^{gr},6.

Cloretos — 6^{gr},9.

Nos dias seguintes a doença continúa a evolucionar para a cura e a R. feita de vez em quando confirma esta favorável evolução.

A 26, as contraturas são ligeiras e os mais sintomas desapareceram já.

R. 6^{cc}.

Exame citológico — 16 linfocitos por campo microscópico.

Albumina — 0^{gr},7.

Cloretos — 7^{gr},3.

A 27, como o doente tentasse levantar com o braço esquerdo a roupa que tinha caído para o mesmo lado da cama, notou que o não podia desviar do côrpo; chamando a nossa atenção para o facto, constatamos uma paralisia que lembrava a do tipo Duchenne Erb; a atrofia era já perceptível (fig. 19).

Esta paralisia não foi precedida nem se acompanha de fenómenos sensitivos. A mobilisação passiva é inteiramente fácil e indolor. Não há perturbações da sensibilidade superficial ou profunda. Reflexo tricipital abolido. Movimentos do ante braço conservados.

Sáe do hospital com alguns movimentos do braço embora limitados.

2.^a OBSERVAÇÃO

A. M. 7 anos (fig. 20).

Entra para a enfermaria de 1.^a (clínica médica a 28-2-914).

Adoece subitamente a 25 com cefaleia, vômitos e agitação.

A 26, sonolência, grita ao mais ligeiro contacto.

A 28, hiperestesia; opistotonos; rigidez da coluna vertebral; pernas flectidas sôbre as côxas e as côxas sôbre a bacia; Kernig; risca menígea persistente; sinal da nuca; Brudzinski á direita; reflexos rotulianos consideravelmente enfraquecidos. Temperatura 39^o,2, pulso 115.

R. 30^{cc}. — Líquido lactescente.

Exame citológico — polinucleares de contôrno irregular, núcleo scindido e de protoplasma fixando com dificuldade as matérias còrantes. Poucos linfocitos.

Exame bacteriológico — alguns meningococcus de Weichselbaum intra e extracelulares.

Cloretos — 6^{gr},9.

Albumina — 2^{gr}.

Glicose — 0^{gr},20.

A 1 de março, persiste a sintomatologia clínica da vespera.

R. 30^{cc}. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares alterados.

Exame bacteriológico — meningococcus de Weichselbaum.

Cloretos — 6^{gr},8.

Albumina — 2^{gr},20.

Tratamento preventivo dos fenómenos anafiláticos.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc}.

A 2, o estado geral começa de melhorar e a somnolência atenua-se. A temperatura vespéral máxima não vai além de 38^o,2 e o pulso de 104.

R. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares menos irregulares

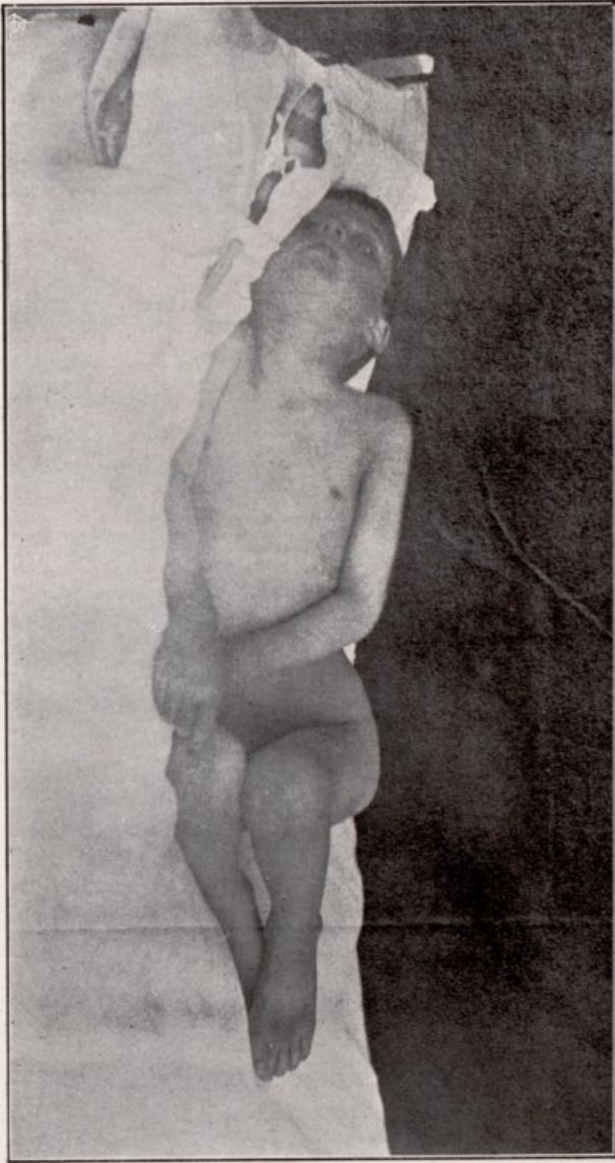


Fig. 20 — Meningite cerebro-espinhal epidémica

tomando já as matérias corantes e muitos linfocitos.

Exame citológico — negativo.

Cloretos — 7^{gr}.

Albumina — 1^{gr},6

Glicose — 0^{gr},20.

Clister de 5^{cc} e injeção subcutânea de 1^{cc} de sôro.

1/2 hora depois 20^{cc} de sôro em injeção intra-raquidiana.

A 3, continúa a acentuar-se a regressão da sintomatologia clínica e laboratorial.

R. 30^{cc}. — Líquido pouco turvo.

A 4, não há alteração apreciável.

R. — Líquido ligeiramente turvo.

Exame citológico — polinucleares integros e linfocitose intensa.

Albumina — 1^{gr},2.

Cloretos — 6^{gr},8.

A 5, face ruborisada, delírio, temperatura 39^o,5, pulso 118.

R. 30^{cc}. — Líquido mais turvo que no dia anterior.

Exame citológico — poucos polinucleares e poucos linfocitos.

Exame bacteriológico — imensos meningococcus de Weichselbaum contrastando com a penúria celular.

Albumina — 1^{gr},5.

Cloreto 6^{gr},8.

Clister de 5^{cc} e injeção hipodérmica de 1^{cc} de sôro anti-meningocócico e 20^{cc} do mesmo sôro em injeção intra-raquidiana.

A 6. Acalmia, concordantes a análise clínica e a laboratorial.

R. 30^{cc}. — Líquido ligeiramente turvo.

A 7, apirexia. O doente pede de comer.

R. 20^{cc}. — Líquido claro.

Exame citológico — um ou outro polinuclear, muitos linfocitos.

Albumina — 1^{gr},20.

Cloretos — 7^{gr}.

A 13, não há já nenhum sintoma clínico de meningite.

R. 10^{cc}. — Líquido claro.

Exame citológico. — 13 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},80.

Cloretos — 7^{gr},2.

O doente sáe com diminuição da acuidade auditiva, persistindo o enfraquecimento dos reflexos rotulianos.

3.^a OBSERVAÇÃO

M. P. S. de 7 anos.

Entra no hospital a 1-5-914.

A 30 de abril apresenta somnolência e prostração.

A 1 de maio acorda com cefálea intensa, dôres abdominais, muito calôr por todo o cõrpo e quási logo aparecem vômitos. Não voltou a obrar desde o dia anterior. O exame directo fornece os seguintes elementos: ventre retraído; cabeça em extensão forçada e impossibilidade de exercer com ela movimentos; pernas flectidas sôbre a côxa e estas sôbre a bacia; risca meningeia; fotofobia; sinal de Kernig, nuca e Brudzinski; reflexos rotulianos abolidos.

Temperatura: 39^o,8, pulso 118.

- R. 40^{cc}. — Líquido puriforme.
Tensão inicial 64^{cc}.
Tensão terminal 26^{cc}.
Exame citológico — polinucleares alterados.
Exame bacteriológico — negativo.
Albumina — 2^{gr},4.
Cloretos — 6^{gr},4.
Glicose — 0^{gr},20.
Tensão arterial antes da punção: sistólica 18^{cc},
diastólica 10^{cc}.
Tensão arterial depois da punção: sistólica 15^{cc},5,
diastólica 10^{cc}.
Tensão arterial depois da injeção: sistólica 17^{cc},5,
diastólica 10^{cc}.

Capacete de gelo. Injeção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 2, não há mudança apreciável na sintomatologia.

- R. 30^{cc}. — Líquido turvo.
Tensão 57^{cc}.
Exame citológico — polinucleares alterados.
Exame bacteriológico — alguns diplococcus intra-celulares.
Albumina — 2^{gr},8.
Cloretos — 6^{gr},5.

Clister de 4^{cc} de sôro anti-meningocócico e 1^{cc} dêste produto em injeção subcutânea, meia hora depois injeção intra-raquidiana de 30^{cc} do mesmo sôro.

A 3, o estado do doente está sensivelmente melhor; não há fotofobia, nem cefaleia; 5^{cc} de sôro em clister e 1^{cc} em injeção hipodérmica e meia hora depois 20^{cc} em injeção intra-raquidiana.

A 4, instalam-se fenómenos dolorosos espontâneos e

provocados na articulação escápulo humeral direita; impotência do membro superior desse lado; não ha alteração da côr ou volume da região doente; não há perturbações da sensibilidade superficial.

Exame citológico — muitos linfocitos, poucos poli-nucleares com núcleo não dividido.

Albumina — 1^{gr},3

Cloretos — 7^{gr}.

Injecção hipodérmica de 10^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 5, permanecem os fenómenos sensitivos e motores; temperatura: manhã 37^o,1, tarde 37^o,8. Injecção subcutânea de 10^{cc} de sôro.

A 6, rubôr e ligeiro aumento de volume da articulação doente. Injecção subcutânea de 10^{cc} de sôro.

R. 20^{cc}. — Líquido claro.

A 9, as dôres diminuem; os movimentos de pequena amplitude são já possíveis; temperatura: manhã 36^o,6, tarde 36^o,8.

A 11, o doente entra em franca convalescença.

R. — Líquido claro.

Exame citológico — 8 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},6.

Cloreto — 7^{gr},4.

São completamente curado.

4.^a OBSERVAÇÃO

S. G. 18 anos deu entrada no hospital na tarde de 8-5-914 (clínica neurológica).

A 28-4, andava trabalhando no campo quando sentiu subitamente arrepios, raquialgia, e um mal estar pronunciado que o força a recolher a casa.

Na manhã de 29, tudo tinha passado, o doente sente-se bem e volta para o trabalho. À mesma hora do dia anterior, novos arrepios seguidos de raquialgia e prostração.

A 30, repetem-se estes fenómenos.

A 4 do mês seguinte, o estado agrava-se; já se não levanta, tem inapetência, vômitos frequentes e fáceis, não consente que lhe toquem. Não tem dejecções desde 29.

Nos dias seguintes persiste este quadrado sintomático, mas com agravação progressiva.

A 8, herpes labial, estupor; opistótonos; estrabismo convergente; pressão dos globos oculares dolorosa; sinais de Kernig nuca e Brudzinski; abolição dos reflexos rotulianos; plantar em flexão; carfologismo.

R. 50^{cc}. — Líquido lactescente.

Exame citológico — Polinucleares muito alterados, células epiteliais.

Exame bacteriológico — muitíssimos meningococcus de Weichselbaum.

Albumina — 3^{gr},5.

Cloretos — 6^{gr},4.

Glicose — 0^{gr},25.

Temperatura: manhã 38^o,2, tarde 39^o,6. Injecção intraraquidiana de 40^{cc} de sôro anti-meningocócico.

Capacete de gêlo.

A 9, estado de inconsciência, excitação, hiperestesia.

Temperatura: manhã 39^o,1, tarde 39^o,4. A R. difícil, exige para ser levada a efeito que 4 criados segurem o doente.

Extraem-se 40^{cc} de líquido muito turvo. Injecção intraraquidiana de 30^{cc} de sôro, precedida da medicação preventiva dos fenómenos anafiláticos. 2 banhos a 38^o. Gêlo na cabeça.

Exame do líquido céfalo raquidiano idêntico ao anterior.

A 10. A inconsciência e agitação deixam de existir e a doente sente-se bem; temperatura: manhã 37°,3, tarde 38°,1.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Exame citológico — polinucleares pouco alterados, alguns linfocitos, células epiteliais.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 2^{gr},6.

Cloretos 6^{gr},9.

A 11, acentuam-se as melhoras; temperatura: manhã 36°,9, tarde, 37°,7. Injecção de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico por via intra-raquidiana.

A 12, apirexia e regressão notável de toda a sintomatologia contracturas inclusive.

R. 20^{cc}. — Líquido quasi claro.

Exame citológico — linfocitose abundante, alguns polinucleares.

Albumina — 1^{gr},2.

Cloretos — 6^{gr},8.

A 13, persiste um ligeiro opistotonos, Kernig à direita, abolição dos reflexos rotulianos; tudo o mais deixou de existir.

A 16, apenas se nota abolição dos reflexos rotulianos.

R. 10^{cc} — Líquido cristalino.

Exame citológico — 8 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0,6.

Cloretos — 7^{gr},2.

Glicose — 0^{gr},40.

Saiu completamente curado.

5.^a OBSERVAÇÃO

J. M. 7 anos. Entra no hospital a 5-3-914 (clínica neurológica).

A 4, cefaleia violenta, difusa e vômitos.

A 5 pela manhã, prostração, cefaleia, epistaxis e vômitos.

Exame directo. Nada de Kernig, nada de opistótonos; nada de contracturas nos membros inferiores ou superiores; nada de signal da nuca ou Brudzinski; nada de perturbações sensoriais sensitivas ou motoras; nada na esfera de enervação craniana; ligeira rigidez da nuca; prisão de ventre; temperatura 37^o,9, pulso 94^o.

R. 30^{cc} — Líquido turvo.

Exame citológico — alguns polinucleares pouco alterados e alguns linfocitos.

Exame bacteriológico — campo microscópico coberto de diplococcus não tomando o Gram.

Albumina — 1^{gr},4.

Cloretos — 6^{gr},8.

Capacete de gelo, calomelanos em dose purgativa; injecção intra-raquidiana de 30^{cc} de sôro.

Pela tarde acentua-se a rigidez da nuca, esboça-se o Kernig e constata-se o Brudzinski em ambas as suas modalidades.

À noite, os membros inferiores tendem já a tomar a attitude de flexão e a temperatura atinge 39^o.

A 6 o quadro meningeo é completo. A temperatura de manhã 37^o,6 e à tarde 39^o,7.

R. — Líquido muito turvo.

Exame citológico — polinucleares em grande quantidade.

Exame bacteriológico — poucos diplococcus e quasi todos intra-celulares.

Albumina — 1^{gr},4.

Cloretos — 6^{gr},7.

Clister e injeção de sôro na dose habitual e cêrca de meia hora depois uma injeção intra-raquidiana de 10^{cc}.

A 7, os fenómenos gerais atenuam-se, tem já uma evacuação espontânea de fezes. Temperatura; manhã 37^o,2, tarde 38^o,4.

R. — Líquido menos turvo.

Exame citológico — polinucleares e linfocitos.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 1^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},7.

Clister de 5^{cc} e injeção hipodérmica de 1^{cc}, de sôro anti-meningocócico; meia hora depois injeção intra-raquidiana de 20^{cc} do mesmo produto. Capacete de gêlo.

R. — Líquido bastante turvo.

Exame citológico — muitos polinucleares e um ou outro linfocito.

Exame bacteriológico — meningococcus extra celulares.

Albumina — 0^{gr},8.

Cloretos — 6^{gr},7.

Novo clister e injeção hipodérmica seguidos de injeção intra-raquidiana de 20^{cc}, de sôro anti-meningocócico. Dois banhos a 38^o. Capacete de gêlo. Clister evacuante.

A 8, há agravamento do estado do doente. A cefaleia localisa-se na região occipital e torna-se muito violenta; agitação; delírio. Temperatura de manhã 37^o,8, à tarde 39^o,2.

A 9, a temperatura de manhã atinge $39^{\circ},2$; o doente profere palavras incoerentes, carfologia.

É-lhe administrado um banho quente a 38° que provoca uma notável acalmia. À tarde pelas duas horas volta a agitação e a temperatura sobe a $39^{\circ},7$; segundo banho, depois do que dorme socegradamente.

Às 4 horas, 1^{cc} de sôro em injeccção subcutânea e às 4 e $\frac{1}{2}$ injeccção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro.

A 10, regressão dos fenómenos mórbidos. Temperatura de manhã 37° , de tarde $38^{\circ},1$.

R. 20^{cc} .

Aspecto — menos turvo.

Exame citológico — muitos linfocitos e alguns polinucleares.

Glicose — $0^{\text{gr}},25$.

Albumina — $0^{\text{gr}},8$.

Cloretos — $6,8^{\text{gr}}$.

A 11, continúa a doença a evolucionar favoravelmente.

R. 20^{cc} . — Líquido pouco turvo.

A 13, há novo rebate, volta a cefaleia a temperatura sóbe a $38^{\circ},6$.

Clister e injeccção preventivos dos fenómenos anafiláticos.

Injeccção intra-raquidiana de sôro anti-meningococcus.

R. 30^{cc} . — Líquido mais turvo.

Exame citológico — bastantes polinucleares e linfocitos.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 1^{gr} .

Cloretos — $6^{\text{gr}},8$.

Glicose — $0^{\text{gr}},20$.

A 14, notam-se sensíveis melhoras. Já não há cefaleia e a temperatura não ultrapassa 37^o,6.

R. 20^{cc}. — Líquido opalescente.
Exame citológico — linfocitose quasi pura.
Albumina — 0^{gr},7.
Cloretos — 6^{gr},9.
Glicose — 0^{gr},25.

A 16 as contracturas quasi não existem e a restante sintomatologia desapareceu por completo.

R. — 10^{cc}.
Exame citológico — 14 linfocitos por mm.^{cc}.
Albumina — 0^{gr},5.
Cloretos — 7^{gr},3.
Glicose — 0^{gr},45.

O doente sáe completamente restabelecido.

6.^a OBSERVAÇÃO

M. J. de 22 anos, dá entrada na enfermaria de clínica neurológica a 25-5-914.

Há 15 dias, quando trabalhava em uma fábrica de bolacha, foi bruscamente acometida por uma violenta cefaleia frontal, arrepios, e pouco depois teve vertigens seguidas de ictus.

Esteve cêrca de 1/4 de hora sem poder falar, mas tinha a noção de tudo o que se passava em volta.

Nos dias seguintes, sente dôres por todo o côrpo, muito calôr, cefaleia intensa, anorexia.

A 25, apresenta herpes labial, ventre retraído, opistotonos, Kernig, hiperestesia.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 26, persistem os fenómenos da vespera, temperatura: manhã 37°,8, tarde 39°,3.

R. 30^{cc}. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares pouco alterados.

Exame bacteriológico — não se encontram bactérias; fazem-se culturas.

Albumina — 0^{gr},9.

Cloretos — 6^{gr},8

Glicose — 0^{gr},30.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 27, há melhoria do estado geral; temperatura: manhã 37°,2, tarde 38°,8.

R. 30^{cc}. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares, bastantes linfócitos.

Exame bacteriológico — nada de bactérias; as culturas da vespera estéreis; fazem-se novas culturas.

Albumina — 1^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},7

Sôro anti-meningocócico em clister e em injecção hipodérmica, como medida profilática dos fenómenos séricos.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} do mesmo sôro.

A 28, há ligeira exacerbação dos fenómenos morbidos e o doente queixa-se de violentas dôres nos membros inferiores após a administração do sôro, dôres que persistem por cêrca de duas horas. Temperatura: manhã 37°,8, tarde 39°,1.

R. de 30^{cc}, líquido turvo, precedida do tratamento preventivo dos fenómenos séricos. Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

O exame laboratorial fornece resultados identicos aos da vespera. As culturas feitas a 26 e 27 não accusam a existência de bactérias; procede-se a terceiras culturas.

A 29, não há regressão apreciável da sintomatologia clínica. Tratamento sérico segundo a técnica usual.

Exame citológico e químico sensivelmente semelhantes aos dos dias anteriores.

Exame bacteriológico. Encontra-se em uma das culturas meningococcus de Weichselbaum.

A 30, agrava-se o estado do doente — cefaleia intensa, delirio, crises convulsivas e tremor. Temperatura: manhã 37°,9 tarde 39°,4.

R. — Líquido muito turvo.

Exame citológico — polinucleares mais alterados, poucos linfocitos.

Cloretos — 6^{gr},7.

Albumina — 1^{gr},3.

Banhos quentes; capacete de gelo.

Clister de 5^{cc} e injeção sub-cutânea de 1^{cc} de soro anti-meningocócico; 1/2 hora depois injeção intra-raquidiana de 20^{cc} do mesmo medicamento.

A 31, há uma ligeira remissão, deixando de existir as crises convulsivas; nota-se ainda um sub-delirio. A temperatura reveste um tipo inverso, manhã 39°,4, tarde 38°,6.

R. de 35^{cc} precedida do habitual clister e injeção sub-cutânea. Injeção intra-raquidiana de 20^{cc} de soro anti-meningocócico.

Não ha modificação alguma nos sintomas laboratoriais.

A 1 do mês seguinte não se nota que tenham progredido as tendências que se esboçaram de vespera. A temperatura continúa inversa: manhã 39^{gr},6, tarde 38^{gr},9.

R. de 30^{cc} líquido turvo, precedida de clister e injeção

subcutânea preventivos. Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 2, já não há delírio mas existem ainda violentas dôres por todo o corpo, nomeadamente na cabeça e membros inferiores. Temperatura ainda do mesmo tipo; manhã 39^o,4, tarde 38^o,9.

R. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares e linfocitos em quantidades aproximadamente iguais.

Albuminas 1^{gr},42.

Cloretos 6^{gr},9.

Nos dias seguintes ha uma lenta melhoria da situação.

A 14, nota-se já uma franca convalescença.

A 20. — R. Líquido cristalino.

Exame citológico — 20 linfocitos por mm^{cc}.

Glicose — 0^{gr},5.

Cloretos — 7^{gr},3.

Sai pouco depois completamente curada.

7.^a OBSERVAÇÃO

A. P. 21 anos, soldado de infantaria 23. Recolhe ao hospital a 27-5-914; encontrava-se na parada do quartel quando caiu sem sentidos.

Exame do doente: estado comatoso; espuma no orificio bucal; cabeça em extensão forçada e imóvel; braço direito flectido e oferecendo resistência aos movimentos passivos; pernas flectidas e voltando a esta posição após a extensão provocada—que é difficil; respiração estertorosa; midriase; não tem reflexo luminoso nem consensual; abolição do reflexo rotuliano.

Sinais da nuca, Kernig, Brudzinski e Guillain; incontinência de fezes; temperatura $39^{\circ},6$ e pulso 119. Duas horas depois instala-se uma agitação violenta, são necessários seis criados para o segurar.

Após várias tentativas conseguimos fazer uma R. e extrair embora com dificuldade, 35^{cc} de líquido. Injecção intra-raquidiana de 40^{cc} de sôro anti-meningocócico.

Banho muito quente antes da R.

Pela tarde adiante repetem-se as crises de excitação que se acalmam com banhos quentes, demorados.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — líquido turvo e esverdeado.

Exame citológico — imensos polinucleares alterados.

Exame bacteriológico — não se encontram bactérias.

Albumina — $3^{\text{gr}},5$.

Cloretos — $6^{\text{gr}},4$.

Glicose — $0^{\text{gr}},15$.

A 18, não há já estado comatoso; pupilas reagindo bem à luz e com dilatação normal; herpes nasal e labial; cefaleia difusa; dôres abdominais; temperatura: manhã $37,4$, tarde $39^{\circ},2$.

R. 40^{cc} . — Líquido igualmente turvo, esverdeado, mas já menos espesso. Injecção intra-raquidiana de 30^{cc} de sôro anti-meningocócico.

O exame do líquido céfalo raquidiano não fornece novos elementos.

A 29, continuam a cefaleia e as dôres abdominais mas o estado geral é mais consolador e a temperatura vespéral não vai além de $38^{\circ},6$.

R. — Líquido turvo.

Exame citológico — polinucleares menos alterados e com afinidade já para as matérias córantes.

Exame bacteriológico — um ou outro diplococcus de Weichselbaum.

Albumina — 2^{gr},4.

Cloretos — 6^{gr},8.

Glicose — 0^{gr},30.

Sôro anti meningocócico, em clister (5^{cc}), em injeção hipodérmica (1^{cc}), e em injeção intra-raquidiana 30^{cc}.

A 30, há sensível regressão de toda a sintomatologia; não há já cefaleia, nem dôres de qualquer outra modalidade ou séde e o doente dorme socegradamente; temperatura vesperal 37^o,8.

R. de 20^{cc}. — Líquido quási claro.

A 31, o estado geral é bom e o doente começa de alimentar-se.

R. 10^{cc}. — Líquido claro.

Exame citológico — linfocitose pura.

Cloretos — 7^{gr},2.

Albumina — 0^{gr},8.

Glicose — 0^{gr},35.

A 6 de junho o doente levanta-se extraordinariamente emagrecido mas sem qualquer lesão *reliquat* da meningite.

8.^a OBSERVAÇÃO

Na noite de 9 de maio de 1914 dá entrada na enfermaria de clínica neurológica em estado comatoso um soldado do regimento aquartelado em Agueda.

Nada se pode averiguar da sua história pregressa.

Exame directo. — Cabeça em extensão forçada; coluna vertebral em arco de concavidade posterior, rígida; carfologia; tremôr das extremidades; pernas flectidas sôbre as coxas e estas sôbre a bacia; sinais de Kernig dos mem-

bro superior e inferior, Brudzinski, nuca e Guillain; estrabismo convergente; rigidez pupilar; hiperestesia; abolição dos reflexos rotulianos; temperatura: manhã $39^{\circ},2$, tarde $40^{\circ},8$; sons ininteligíveis durante todo o dia; expulsão freqüente de fezes e urina.

Banhos quentes, capacete de gelo e duas injeções intraraquidianas, no mesmo dia, de soro anti-meningocócico, a primeira de 30^{cc} e a segunda de 20^{cc} . O líquido céfalo raquidiano saía com muita lentidão e muito turvo.

Exame do líquido céfalo raquidiano:

Exame citológico — veem-se apenas informes massas celulares.

Exame bacteriológico — imensos meningococcus de Weichselbaum.

Albumina — 6^{gr} .

Cloretos — $6^{\text{gr}},3$.

Glicose — $0^{\text{gr}},4$.

No dia seguinte falece.

9.^a OBSERVAÇÃO

L. dos S., 8 anos, de S. Martinho do Bispo, entra na enfermaria de clínica neurológica a 20 de janeiro de 1914.

A 16, cefaleia de começo brusca acompanhada de vômitos e arrepios. Nos dias seguintes, prisão de ventre, dôres abdominais e cefálicas intensas.

A 20, o doente delira ainda a cabeça em extensão forçada; tendência para a flexão dos membros superiores e inferiores; Kernig nos membros superiores e inferiores; evacuações; reflexos rotulianos enfraquecidos; Babinski.

Temperatura: manhã $38^{\circ},8$, tarde $39^{\circ},7$.

R. — Líquido turvo xantocrômico.

Exame citológico — polinucleares alterados.

Exame bacteriológico — diplococcus de Weichselbaum.

Albumina — 3^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},8.

Dois banhos quentes. Capacete de gelo. Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 21, persiste a sintomatologia da vespera à excepção do delírio que se encontra substituído por uma grande prostração.

R. de 30^{cc}. — Líquido espesso, turvo e esverdeado.

Temperatura: manhã 38^o,21, tarde 39^o,5.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

A 22, entra de melhorar sensivelmente; a cefaleia é já moderada, fala correntemente e dorme tranquilo. Temperatura: manhã 37^o,3, tarde 38^o,1.

R. de 30^{cc}. — Líquido pouco turvo.

Exame citológico — muitos linfocitos e polinucleares integros.

Albumina — 1^{gr},8.

Cloretos — 6^{gr},9.

Injecção intra-raquidiana de sôro anti-meningocócico (20^{cc}).

A 23, apirexia já não ha cefaleia.

R. 20^{cc}. — Líquido quasi claro.

A 24 persistem apenas as contraturas e estas mesmo já atenuadas.

R. 20^{cc}. — Líquido claro.

Exame citológico — linfocitose pura.

Albumina — 1^{gr}.

Cloretos — 7^{gr}.

A 29, não se nota já qualquer sintoma meningeo e o doente sáe pouco depois completamente curado.

10.^a OBSERVAÇÃO

A. E. — criado do hospital (1). Entra para a enfermaria de clínica neurológica a 15 de outubro de 1914.

É encontrado sem sentidos em um dos quartos do hospital.

Exame directo: estado de inconsciência; agitação; risca de Trousseau; temperatura 37°,8; não apresenta sintomas que imponham o diagnóstico de meningite.

Fazemos uma raquicênese que dá saída a um líquido com os seguintes caracteres:

Tensão — 52^{cc}.

Aspecto — opalescente.

Exame citológico — polinucleose e linfocitose.

Exame citológico — negativo.

Albumina — 1^{gr}.

Cloretos — 6^{gr},7.

Injecção intra-raquidiana de 30^{cc} de sôro anti-meningocócico.

À noite, o quadro meningeo é completo. Temperatura 39°,4. Como o estado é grave nova R. seguida de injecção intra-raquidiana de 20^{cc} do mesmo sôro.

A 16, a inconsciência e a excitação já não existem; o doente queixa-se de violentas dôres cefálicas e abdominaes; temperatura: manhã 37°,7, tarde 38°,5.

Injecção intra-raquidiana de 20^{cc} de sôro anti-meningocócico.

Nos dias seguintes apresenta sensíveis melhoras e num curto espaço de tempo entra em franca convalescença.

(1) Não tinha dado entrada no hospital nestes ultimos menses, nenhum caso de meningite cerebro-espinhal epidémica.

O LIQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO
NA MENINGITE CÉREBRO-ESPINHAL EPIDÉMICA

O exame do líquido céfalo raquidiano tem uma importância considerável no estudo da meningite cérebro-espinhal epidémica; já pelo auxílio imprescindível que presta ao diagnóstico, já pelas indicações utilísimas que fornece à terapêutica.

Vejâmos resumidamente, atendendo a que o assunto foi já em parte tratado em capítulos anteriores, o que se infere de nossas observações.

Tensão

A tensão do líquido céfalo raquidiano, nestes estados, é sempre superior à normal, chegando mesmo a atingir cifras elevadas. Esta conclusão poderá parecer pouco de harmonia com os factos, a quem avaliar da tensão pela maior ou menor velocidade do líquido que se extráe, pois esta é muitas vezes lenta, em consequência da extraordinária purulência e grande viscosidade do conteúdo aracnoidiano.

Convem estar prevenido da seguinte particularidade: pode suceder, e a nós nos sucedeu em alguns casos, que o aparelho de Claude não funcione, uma vez adaptado à agulha que está dando saída ao

líquido céfalo raquidiano; um tal fenómeno tem a sua explicação na natureza particular do líquido e não reconhece por causa qualquer vício do aparelho ou êrro do operador.

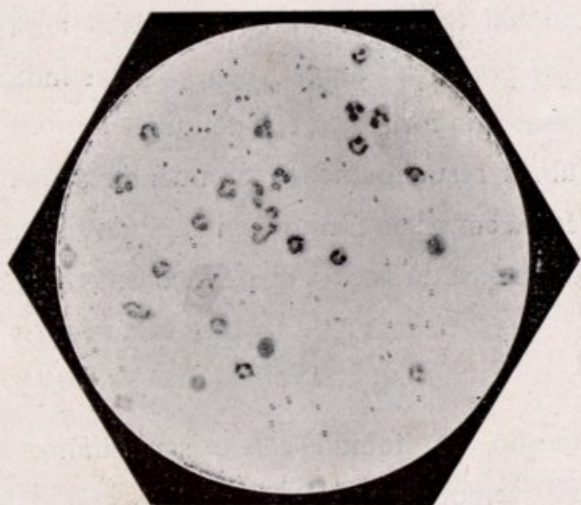


Fig. 21 — Meningite cérebro-espinhal epidémica com meningococcus

Aspecto e côr

O líquido céfalo raquidiano é límpido, por vezes, no início da afecção, é-o sempre quando esta está prestes a terminar; no período de estado é em regra francamente turvo, denso, viscoso, amarelado e de fácil e espontânea decantação.

É interessante, por típico, em alguns casos, o aspecto do tubo após essa decantação. No fundo, uma

massa puriforme abundante, homogénea, amarelo esverdeada; sobrenadando por cima desta massa, um líquido cristalino; à superfície livre deste líquido, flóculos amarelados semelhantes à flôr de enxôfre; e

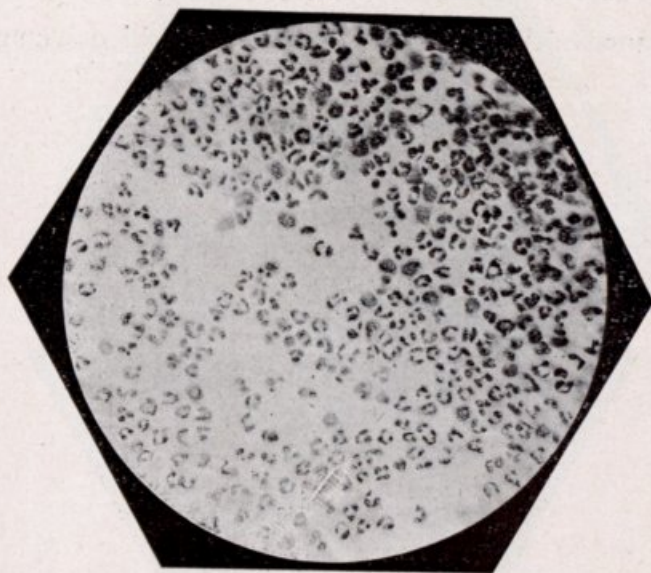


Fig. 22 — Meningite cérebro-espinhal epidémica

ao longo daquela massa e ao longo do líquido, passando pelo centro do tubo, um delgado e extenso coagulo em fórma de ampulheta.

No mesmo caso clínico, a turvação do líquido, está em íntima relação com a intensidade das lesões; e esta relação é tal, que podemos pela inspecção daquele, avaliar da natureza destas.

Por isso o aspecto do líquido é um elemento a atender para dirigir a terapêutica.

Bacteriodiagnóstico

O exame bacteriológico (fig. 21) é positivo, com extraordinária freqüência nestes meningíticos e como



Fig. 23 — Meningite cérebro-espinhal epidêmica

quando positivo é patognomônico, daí a importância capital deste exame no diagnóstico da meningite cerebro-espinhal epidêmica.

Citodiagnóstico

A reacção celular do líquido céfalo raquidiano nas meningites cérebro-espinhais epidêmicas, nada

tendo de específica, visto ser comum a todas as meningites purulentas, possui no entanto nessa afecção uma capital importância, pela orientação salutar que

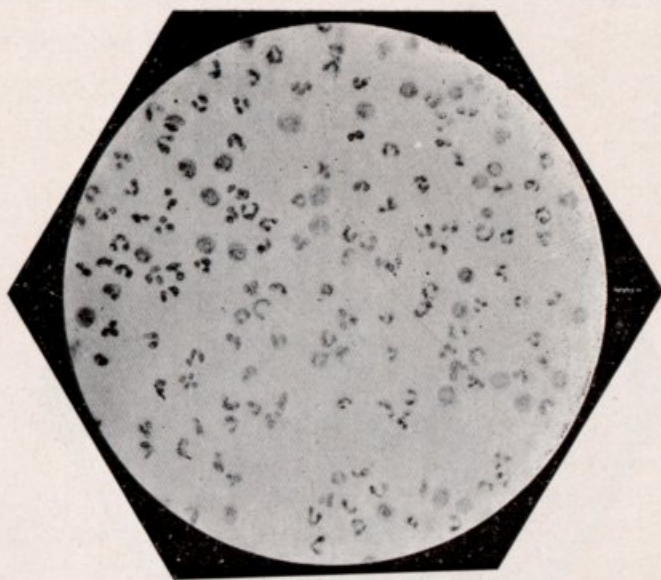


Fig. 24—Meningite cérebro espinhal epidêmica

é susceptível de imprimir à terapêutica. De facto a terapêutica sérica, (1) sendo eficaz, não é isenta de inconvenientes e exige do clínico uma cuidada con-

(1) Aproveitamos esta ocasião, para pôr em relevo os brilhantes resultados obtidos com o sôro anti-meningocócico administrado da maneira indicada em nossas observações; apenas um insucesso em dez casos. Estes resultados são tanto mais significativos, quanto é certo, que alguns dos doentes entraram no hospital em estado muito grave.

duta — ora as modificações da fórmula leucocitária fornecem-nos elementos para racionalmente usarmos daquela.

No período de maior intensidade das lesões, a fór-

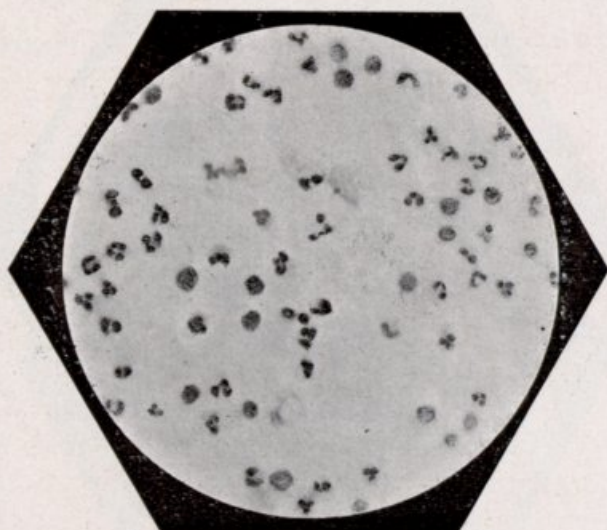


Fig. 25 — Meningite cérebro-espinhal epidêmica

mula leucocitária é quasi só constituída por polinucleares alterados, por vezes mesmo por verdadeiros destroços celulares; sempre porém que a evolução é favoravel, aqueles elementos passam a ser substituidos por polinucleares normais e linfocitos; o prognóstico é tanto mais benigno quanto mais apreciavel fôr o predomínio dos linfocitos.

Por isso o conhecimento destas alterações na fór-

mula leucocitária constitue um precioso guia na administração do sôro.

As figs. 22, 23, 24, 25 e 26 mostram a evolução da fórmula leucocitária em um caso de meningite cerebro-espinhal epidémica.



Fig. 26. — Meningite cerebro-espinhal epidémica

Albumina

No período de estada da meningite cerebro-espinhal epidémica a quantidade de albumina regula por umas 2, 3 ou 4 gramas por litro, havendo casos em que ela atinge elevadas percentagens. Na observação 1.^a servindo-nos do tubo d'Esbach, encontra-

mos a fenomenal e segundo cremos, nunca registada d'ose, de 22 gramas!

A albuminose destes meningíticos é constituida principalmente à custa da serina.

As variações da quantidade de albumina são até certo ponto, paralelas às da doença, podendo no entanto succeder que as lesões uma vez cicatrizadas esta persista ainda em quantidade anormal, o que não tem importância clínica.

Glicose

As substâncias redutoras do líquido céfalo raquidiano diminuem como é de regra, nos estados infecciosos meníngeos, e como nestes succede, esta redução está em harmonia com a intensidade das lesões.

O mesmo se passa com os cloretos.

MENINGITE PNEUMOCÓCICA

I.^a OBSERVAÇÃO

J. dos P., 21 anos (segunda clínica médica).

A. P. — Bronquites.

Ha alguns dias inicia-se uma doença de começo brusco com arrepio, pontada torácica, mal estar geral, anorexia e hipertermia.

O exame directo feito após a entrada no hospital revela: sôpro tubar e ralas crepitantes no lobo inferior do pulmão direito; febre muito elevada; prostração; herpes labial. Nos dias seguintes a prostração aumenta e coincidindo com seu máximo, esboçam-se ligeiros sintomas meníngeos.

A raquicêntese dá saída a um liquido céfalo raquidiano com os seguintes caracteres :

Aspecto — turvo.

Exame citológico — polinucleares alterados.

Exame bacteriológico — imensos pneumococcus de Talamon-Fraenkel.

Cloretos — 6^{gr},7.

Albumina — 8 gr.

Glicose — 0^{gr},25.

Os fenómenos clínicos sintomáticos de lesão meníngea permanecem por cêrca de 15 dias e duas raquicênteses feitas durante êste período, fornecem resultados em concordância

com as primeiras; nota-se apenas uma diferença para mais na quantidade da albumina que chega a atingir uns 13 grammas.

Uma quarta raquicêntese executada já depois de se ter dado a regressão completa dos fenómenos meníngeos fornece-nos um liquido com os seguintes caracteres :

Exame citológico — linfocitose : 8 linfocitos por mm.^{cc} (fig. 3).

Exame bacteriológico — negativo.

Cloretos — 7^{sr},4.

Albumina — 2^{sr}.

Embora a sintomatologia clinica e laboratorial que dizia particularmente respeito à meningite, deixe de existir, a febre continúa elevada e a prostração apreciável.

O exame cuidadoso do doente denuncia a existência de um derrame limitado à parte posterior do pulmão direito.

A toracentese confirma êste diagnóstico.

Apezar de uma tal associação de formas mórbidas o doente sãe do hospital de bom aspecto e com uma regular nutrição.

2.^a OBSERVAÇÃO

B. R., 38 anos, dá entrada na enfermaria de clinica terapêutica a 1 de maio de 1914.

Os dados anamnêsticos conjuntamente com o exame clinico e laboratorial, impõem o diagnóstico de pneumonia lobar.

A doença evoluciona sem qualquer complicação e a crise dá-se ao sexto dia.

A 6, quando todo o mal parecia conjurado e o doente se preparava para abandonar o hospital, elevação da temperatura, prostração, inapetência, cefaleia frontal.

A 7, a temperatura continua de subir atingindo à tarde 39°,3; constata-se ligeira rigidez da nuca, sinal de Kernig e risca meníngea de Trousseau.

A 8, os sintomas meníngeos mencionados acentuam-se, aparecendo então verdadeiras contraturas dos membros inferiores e nuca.

Fazemos uma raquicêntese que dá saída a um líquido puriforme e xantocrômico.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão — 57^{cc}.

Exame citológico — polinucleares alterados tomando com dificuldade as matérias corantes.

Exame bacteriológico — muitos pneumocócus de Talamon-Fraenkel.

Albumina — 7^{gr},5.

Cloretos — 6^{gr},4.

Glicose — 0^{gr},15.

Wassermann — negativa.

A 9 não ha alterações sensíveis da sintomatologia clínica, fazemos segunda raquicêntese. Injecção intra-raquidiana de 10^{cc} de electrargol.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão — 60^{cc}.

Aspecto — xantocromia.

Exame citológico — polinucleares alterados.

Exame bacteriológico — pneumocócus.

Albumina — 10 gr.

Cloretos — 6^{gr},5.

A 10 inicia-se a regressão dos fenómenos mórbidos, terceira raquicêntese, seguida da injecção intra-raquidiana de 10^{cc} de electrargol.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — quasi claro.

Exame citológico — muitos linfocitos.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 5 gr.

Cloretos — 6^{gr},8.

Nos dias seguintes prosegue a evolução favoravel, e a 13 o doente entra em franca convalescença.

Uma quarta raquicêntese feita na vespera do doente sair do hospital, permite-nos recolher um líquido céfalo raquidiano com os seguintes caracteres :

Exame citológico — 6 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 2 gr.

Cloretos — 7^{gr},4

O LÍQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO NAS MENINGITES PNEUMOCÓCICAS

Encontrámos nestas duas observações de meningite pneumocócica, alterações do líquido céfalo raquidiano muito semelhantes às que tivemos ocasião de registar para a meningite cerebro-espinhal epidémica.

No que diz respeito ao citodiagnóstico, glicodiagnóstico e cloretodiagnóstico essa semelhança é por tal forma notável que vai até à identidade; já os resultados fornecidos pelo albuminodiagnóstico se não sobrepõem de uma maneira perfeita. Ao passo que

nas nossas observações de meningite cerebro-espinhal epidémica, a hiperalbuminoraquia total só excepcionalmente ultrapassa a dóse de quatro gramas, e a chamada hiperalbuminose residual em regra não vai além de umas dezenas de centigramas; na meningite pneumocócica a hiperalbuminoraquia total atinge 13 gr. na primeira, 10 gr. na segunda e a hiperalbuminose residual 2 gr. na primeira e 2 gr. na segunda.

Em ambas as nossas observações encontrámos durante o período agudo da doença uma extraordinária quantidade de pneumococcus de TALAMON FRANKEL.

MENINGITE TUBERCULOSA

1.^a OBSERVAÇÃO

C. S., 14 anos. Clínica do Dr. Daniel de Matos.

Em princípios do ano de 1913 estado tifoide sem sintomas pulmonares apreciáveis. Êste estado prolonga-se meses. Por fim o estado geral parece melhorar, a criança reanima-se, pede que a deixem levantar, quer ir para a janela, quer brincar, mas a hipertermia vespéral persiste.

A 19 de maio, recaída; volta a prostração, a cefaleia, a temperatura exacerba-se ligeiramente e instalam-se pela primeira vez vômitos repetidos e prisão de ventre.

A 21, regista-se rigidez da nuca, sinal de Kernig e risca meníngea.

A 23, prostração mais acentuada, fotofobia. A doente tem ainda a compreensão do que em volta dela se passa, mas não ouve e sente dificuldade por vezes invencível na articulação das palavras, dificuldade que ela reconhece e lhe provoca lágrimas.

A 24 de manhã, raquicêntese.

Exame do líquido céfalo raquidiano:

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 308 linfocitos por mm.^{cc}

Exame bacteriológico — negativo.

Cloretos — 5^{gr},8.

Albumina — 1^{gr},20.

Wassermann — negativa.

À tarde, remissão da sintomatologia mencionada.

A 25, amaurose passageira, disartria e surdez temporária.

A 26 e 27, períodos de excitação seguidos de estado de profundo abatimento, de grande sonolência; há uma ou outra clareira na doença.

A 28, acessos convulsivos parciais freqüentes, do tipo facial — segunda raquicêntese.

Exame co-líquido céfalo raquidiano:

Tensão — líquido em jacto.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 390 linfocitos por mm.^{cc}

Exame bacteriológico — negativo.

Cloretos — 5^{gr},6.

Albumina — 2^{gr}.

Nos dias seguintes a sonolência é constante e as crises convulsivas repetem-se a pequenos intervalos.

A 3, retenção da urina e ptose palpebral à direita.

Morre no dia seguinte.

2.^a OBSERVAÇÃO

F., 4 anos (clínica neurológica).

Esteve já nesta enfermaria por mal de Pott (fig. 29).

A mãe diz-nos que desde há uns oito dias a criança está «muito caída», tem vômitos freqüentes, prisão de ventre e grita quando pretende estender os membros inferiores.

Exame directo: sonolência; pequenos gritos de quando em quando; rigidez da nuca; ligeiro opistótonos; estrabismo divergente, sinais de Kernig e nuca, ventre retraído

hiperestesia; emagrecimento notável; tremor de pequena amplitude da extremidade cefálica e membros superiores; exagero dos reflexos rotutianos. Temperatura de manhã 37°,4, de tarde 38°,1.

Exame do líquido céfalo raquidiano:

R. — 15^{cc}.

Tensão inicial — 58^{cc},

Tensão terminal — 27^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 82 linfocitos por mm.^{cc}

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 1^{gr},5.

Cloretos — 5^{gr},3.

Glicose — 0^{gr},23.

Wassermann — negativa.

Morre alguns dias depois.

3.^a OBSERVAÇÃO

A. S., 7 anos (clínica neurológica).

Contam-nos, que há uns dois dias a creança está triste-nha, muito socegada, com inapetência, e que esta conduta contrasta com os seus hábitos «ele que era o rei dos garotos» «endiabrado».

No dia da entrada no hospital, vômitos e cefaleia.

Exame directo: adinamia profunda; pernas e côxas flectidas; ligeira rigidez da nuca; ligeiro kernig; fotofobia; fenómenos pulmonares suspeitos de bacilose.

Exame do líquido céfalo raquidiano:

R. — 20^{cc}.

Tensão inicial — 49^{cc}.

Tensão terminal — 25^{cc}.

Côr — xantocromia.
Exame citológico — polinucleares e linfocitos.
Exame bacteriológico — negativo.
Albumina — 2^{gr},5.
Cloretos — 6^{gr},3.
Glicose — 0^{gr},25.
Wassermann — negativa.

Nos dias seguintes há períodos de remissão seguida de exacerbação da doença; aparece carfologia, tremor generalizado, Cheyne-Stokes e midriase à esquerda.

Uma segunda raquicéntese permite nos recolher líquido com os seguintes caracteres:

Côr — xantocromia.
Exame citológico — linfocitose pura — 67 elementos por mm.^{cc}
Exame bacteriológico — negativo.
Albumina — 3^{gr}.
Cloretos — 5^{gr},4.

Pouco a pouco a doença vai progredindo — morte ao 13.^o dia depois de internada.

4.^a OBSERVAÇÃO

M. P., 4 anos (clínica neurológica).

A. H. A mãe fraca, o pae tuberculoso.

Há uns dois meses, diz-nos a mãe, que o pequeno vem emagrecendo a olhos vistos, «já não é a mesma criança doutros tempos» «como ele mudou, era tão traquina e agora tão metido consigo».

A 30 de abril de 1914, diarreia que continúa nos dias seguintes.

A 5 de maio, arrepios, vômitos e cefaleia. Desde então recusa a alimentar-se. Não obra já há uns tres dias.

A 9, estrabismo convergente; hiperestesia; hiperalgia; pressão dos globos oculares dolorosa; ventre retraído; tendência para a flexão dos membros superiores e inferiores; sinal de Kernig; reflexos cutâneos exagerados; reflexo rotuliano abolido.

Exame do líquido céfalo raquidiano:

R. — 15^{cc}.

Tensão inicial — 54^{cc}.

Tensão terminal — 32^{cc}.

Aspecto — turvo.

Exame citológico — polinucleares e linfocitos.

Exame bacteriológico — cocus tomando o Gram.

Fazem-se culturas e injectam-se cobaias.

Albumina — 1^{gr},5.

Cloretos — 5^{gr},5.

Glicose — 0^{gr},30

Wassermann — negativa.

São da enfermaria dois dias depois da admissão no hospital.

Foram encontrados bacilos de Koch na cobaia injectada.

5.^a OBSERVAÇÃO

J. da S., 2 anos. Os pais não teem passado venéreo, a mãe tuberculosa.

Dá entrada na enfermaria de clinica neurológica com hiperestesia, a comissura labial desviada para a esquerda e nistagmos horizontal espontâneo. Diz a mãe que a creança está neste estado há uns tres dias. O exame directo não revela sinais de meningite; nada de sinais,

de Kernig, da nuca, de Brudzinski ou de Guillain; nada de resistência aos movimentos passivos; nada de opistótonos; ventre normal.

R. — 10^{cc}.

Tensão inicial — 54^{cc}.

Tensão terminal — 34^{cc}.

Aspecto — xantocromia.

Exame citológico — 217 linfocitos por mm.^{cc}

Exame bacteriológico — negativo.

Cloretos — 5^{gr},8.

Albumina — 0^{gr},85.

Wassermann — negativa.

No dia seguinte, apresenta esbôço de Kernig e de rigidez da nuca, estrabismo convergente, amaurose, tremor de pequena amplitude dos membros superiores.

A segunda raquicêntese confirma os dados fornecidos pela primeira.

Após uma regressão sensível dos fenómenos clínicos instala-se o estado comatoso e a morte sobrevem poucos dias depois.

O LÍQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO NA MENINGITE TUBERCULOSA

É a meningite tuberculosa uma entidade mórbida onde são frequentes as dúvidas e êrros de diagnóstico; já porque a sintomatologia clínica é no seu início por via de regra, discreta e apagada, e no seu período de estado polimorfa e imprecisa, já porque se não aproveitam convenientemente os en-

sinamentos que o líquido céfalo raquidiano pode fornecer.

Tais êrros ou tais dúvidas não teem possível justificação no actual momento em que a clínica está de posse de elementos de diagnóstico, decisivos, patognomónicos.

Na análise das nossas observações, encontraremos não só êsses elementos, como ainda alguns outros que revestem uma modalidade particular na meningite tuberculosa.

Vejamos quais são êsses elementos:

Tensão

O líquido céfalo raquidiano encontra-se nos espaços infra-aracnoidianos sob uma pressão consideravelmente superior à normal. É de 54^{cc} a média das tensões iniciais por nós registadas nas meningites desta natureza ou sejam uns 25^{cc} a mais que o normal.

Este elemento, não se prestando para a diagnose diferencial com outras afecções em que o sistema coroido-meníngeo se encontre igualmente lesado, pode no entanto contribuir para eliminar possíveis formas mórbidas em que estes órgãos estejam indemnes.

Aspecto e côr

É na grande maioria dos casos límpido, cristalino, água da rocha o líquido céfalo raquidiano das meningites tuberculosas.

Uma vez ou outra porém, coincidindo com uma fórmula leucocitária em que os polinucleares predominam, nota-se uma ligeira opalescência ou mesmo uma franca turvação.

Volvidas algumas dezenas de minutos após a raquicêntese, se o líquido extraído for conservado em repouso, aparece um fino retículo fibrinoso semelhante a teia de aranha.

O aspecto pode em certas circunstâncias concorrer para identificar uma meningite tuberculosa.

É freqüente a xantocromia nestes estados. Dentre os cinco exemplares que apresentamos, dois possuíam um líquido céfalo raquidiano com esta modalidade cromática.

Citodiagnóstico

A linfocitose, mas a linfocitose intensa, é a fórmula leucocitária dominante no período de estado das meningites tuberculosas; só excepcionalmente se encontra a polinucleose.

Se é certo que em nossas cinco observações em duas delas constatamos uma leucocitose com esta modalidade, nem por isso elas invalidam a afirmação feita; porquanto uma, a observação 3.^a, diz respeito a um exemplar em que os fenómenos meníngeos eram de data recente e foi contemporânea apenas do período inicial, uma segunda punção executada poucos dias depois deu saída a um líquido onde não encontramos um único polinuclear; a outra, a observação 4.^a, refere-se a uma doente que albergava nos espaços infra-aracnoidianos simultaneamente com os bacilos de Koch (1) uns cocos que tomavam o Gram (2).

De maneira que a linfocitose será um elemento adjuvante para o diagnóstico das meningites tuberculosas quando estas tenham ultrapassado a sua fase inicial ou não coexistam com uma infecção meningea de outra ordem.

Albumina

A globulina e serina, nomeadamente esta, encontram-se em quantidade superior à normal no líquido

(1) A inoculação do líquido céfalo raquidiano em uma cobaia, proporcionou-nos a confirmação da existência de bacilo de Koch nos espaços infra-aracnoidianos.

(2) As culturas, várias vezes repetidas, ficaram sempre estereis.

céfalo raquidiano dos meningíticos tuberculosos. Um grama e meio, é a média das cifras registadas nas análises iniciais dos cinco doentes que estudámos — quantidade superior à que acompanha ordinariamente as afecções capazes de condicionar uma reacção celular idêntica (meningite parotídica), e inferior à que correntemente se constata nas meningites agudas purulentas.

Por isso as albuminas constituem um elemento semiológico a considerar para o diagnóstico de meningite tuberculosa.

Cloretos

Todas as dosagens de cloretos por nós feitas nos líquidos céfalo raquidianos destes meningíticos, à excepção de uma, são expressas por cifras inferiores a seis gramas; e essa mesmo, não pode ser considerada como elemento depreciativo daquele exame, quando é certo que corresponde à primeira raquicêntese feita em um doente em que os fenómenos meníngeos eram recentes, e que é um facto conhecido desde os últimos trabalhos de MESTREZAT que, as meningites tuberculosas no seu comêço contêm uma dóse de cloretos superior à que caracteriza o seu período de estado.

Nunca em qualquer outra afecção, tivemos ocasião de registar para os cloretos, dóse que sequer se aproximasse de seis gramas.

Parece-nos por isso ser a tradução da verdade a afirmação de MESTREZAT expressa nos seguintes termos:— «a dosagem dos cloretos constitue um elemento patognomónico para o diagnóstico das meningites tuberculosas».

Glicóse

A substância ou substâncias reductoras que caracterizam o líquido céfalo raquidiano fisiológico, encontram-se consideravelmente reduzidas nestes estados — e circunstância importante — esta redução é contemporânea do início da doença. A utilidade da pesquisa desta substância é aqui manifesta: por um lado, exclue algumas das afecções que se podem prestar a um diagnóstico diferencial; e exclue, já porque como as meningites sífilíticas e parotídicas não apresentam uma hipoglicose em grau tão elevado, já porque como as infecções gerais e as intoxicações ou não condicionam qualquer variação desta substância ou acondiciona-la é de sinal contrário; por outro, ao contrário do que sucede com o cloretodiagnóstico e com o citodia-

gnóstico, ela apresenta-se alterada na meningite tuberculosa desde que esta se instala.

Cinzas

MESTREZAT faz a afirmação de que «a meningite tuberculosa é a unica afecção em que as matérias minerais se encontram diminuidas».

Nós devemos dizer que não realizamos êste exame com a constância necessária para podermos emitir uma opinião documentada; no entanto, tendo-o executado em quatro exemplares, um de meningite parotidítica, outro de meningite cérebro-espinal epidémica e dois de meningite tuberculosa, apenas nestes, encontrámos cifras inferiores a 8^{gr},80 — média apresentada por MESTREZAT.

Exame bacteriológico

O exame bacterioscópico quando productivo, tem um valor decisivo.

No entanto só excepcionalmente, pela sua extraordinária raridade, presta auxilio ao clínico. Desde alguns anos que sistematicamente pesquisamos o bacilo de Koch no líquido céfalo raquidiano dos doentes portadores de meningite tuberculosa e nunca

apezar de certos artificios (1) a que recorreremos, conseguimos encontrá-lo.

Culturas. — As culturas são ainda em regra negativas. Todas as culturas feitas a nosso pedido no laboratório de microbiologia, ficaram sempre estéreis.

Injecção em cobaia. — É um processo eficaz mas de poucas vantagens na clínica; revela quasi sempre uma infecção meníngea quando de natureza tuberculosa, mas como os seus resultados são tardios só excepcionalmente concorrerá para esclarecer um diagnóstico *in vitam*.

(1) 1) Não centrifugar o líquido céfalo raquidiano, deixar que se forme o retículo de fibrina e pesquisar o bacilo neste retículo; 2) fazer preparações concentradas; 3) colocar o líquido na estufa a 37° durante uns dois dias.

MENINGITE DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA

1.^a OBSERVAÇÃO

M. F., natural de Arouca.

A 22 de novembro, mau estado geral, anorexia.

A 23, cefaleia difusa, mais intensa de manhã.

A 24, vômitos biliosos frequentes e fáceis, exacerbação da cefalalgia «até lhe vinham as lágrimas aos olhos»; a tosse despertava uma maior intensidade destes fenómenos dolorosos.

Entra a 27, provisoriamente, para a enfermaria de oftalmologia.

Exame directo. — Hiperestesia; risca meningeã; exagêro dos reflexos rotulianos; Babinski; nada de Kernig, Brudzinski ou Guillain; nada de sinal de nuca; nada de contrações; nada de paralisias; nada na esfera de enervação craniana. Temperatura 37°,5, pulso 94.

O diagnóstico estava indeciso. Meningismo (!) Faz-se uma raquicêntese.

Exame do líquido céfalo raquidiano:

Tensão inicial — 48^{cc}.

Aspecto — opalescente.

Exame citológico — polinucleares integros.

Exame bacteriológico — negativo; fazem-se culturas que ficam estéreis.

Albumina — 1^{gr},3.

Cloretos — 6^{gr},7.

Reacção de Wassermann — negativa.

A cefalalgia, sintoma dominante, desaparece após a primeira raquicênese e o doente entra quasi logo em franca convalescença.

É duplamente cheia de interesse a raquicênese neste doente; por um lado, permite-nos o diagnóstico de meningite que o exame clínico apenas deixava suspeitar; por outro, fornece-nos um calmante precioso para a cefaleia violenta que acabrunhava o doente.

Infelizmente não nos foi possível identificar este processo meningítico.

2.^a OBSERVAÇÃO

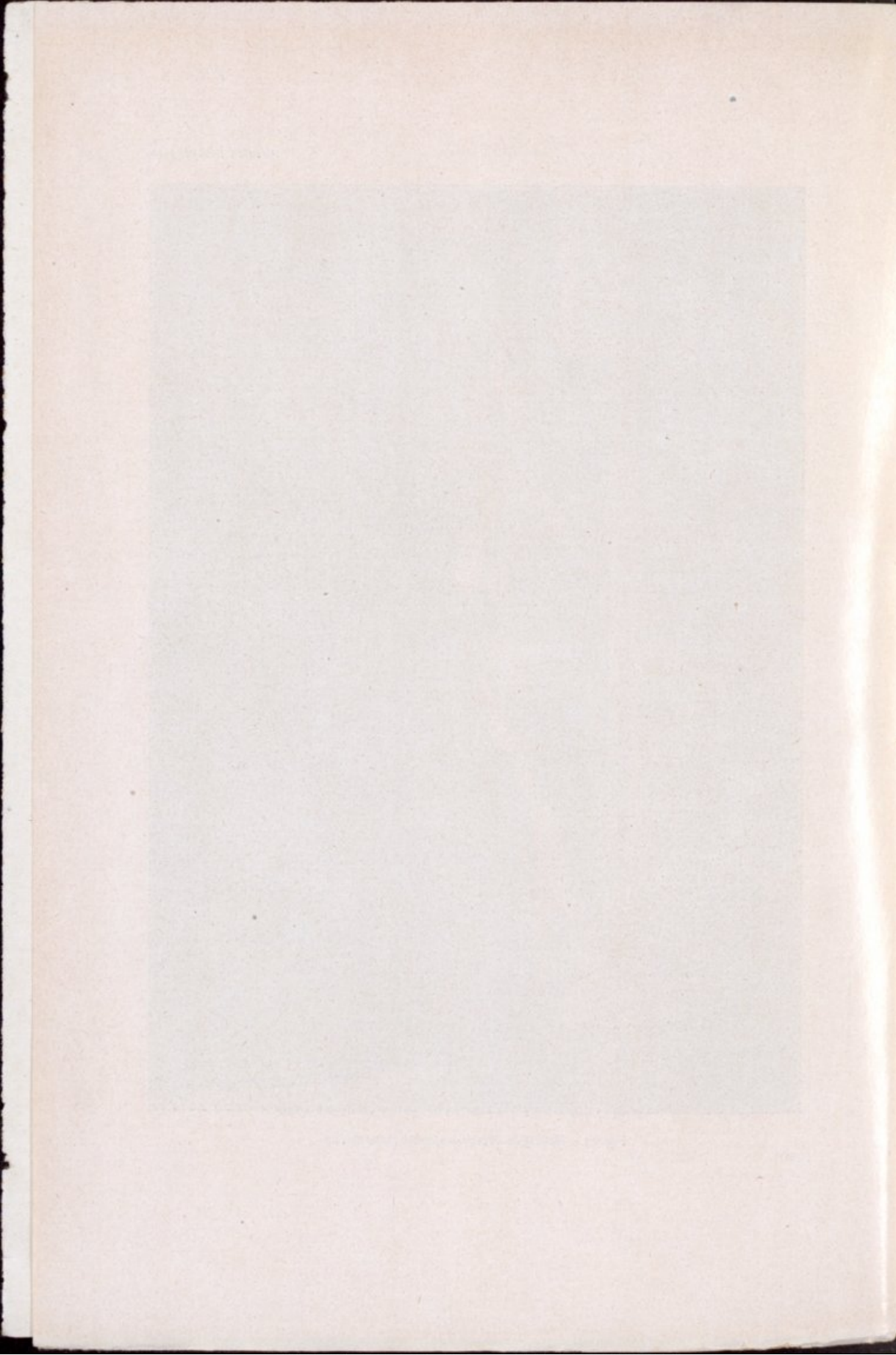
C. da L., 12 anos (fig. 27).

Entra na enfermãria de Clínica neurológica a 20-12-914.

O exame directo fornece-nos os seguintes elementos: emagrecimento notável; rigidez da coluna vertebral; opistótonos, contracturas dos membros superiores e inferiores, mais acentuadas nestes; estrabismo convergente; amaurose; nistagmos horizontal; abolição do reflexo luminoso; vômitos fáceis e frequentes; tremor generalizado, dominante nas extremidades; escaras trocânterias e ságrada; abolição do reflexo rotuliano; hiperestesia; exagêro dos reflexos cutâneos; reflexo plantar em flexão; reflexos tendinosos do membro superior normais; sinais de Kernig, nuca e



Fig. 27 — Meningite cérebro-espinhal amicrobiana



Brudzinski; apirexia; não acusa outras dores além das provocadas pelas escaras; cicatrizes em volta do orifício bucal (herpes?).

Parece averiguar-se que esta doença se iniciou há uns dois meses, bruscamente, com cefalalgia e vômitos.

Ignoram-se os antecedentes hereditários e pessoais da creança.

Fazemos um raquicêntese.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão no decúbito horizontal — 82^{cc}.

Aspecto — ligeiramente opalescente.

Exame citológico — polinucleares e linfocitos à mistura.

Exame bacteriológico — negativo.

Albumina — 0^{gr},8

Cloretos — 7^{gr}.

Wassermann — negativa.

Nem a sintomatologia clínica, nem a laboratorial, nos permitem precisar a etiologia dêste processo meningítico.

MAL DE POTT

1.^a OBSERVAÇÃO

A. R., 30 anos. 2.^a Clínica médica.

Antecedentes hereditários. Pais vivos e sádios. Indemne de taras nevropáticas.

Antecedentes pessoais. Sezonismo.

Doença actual. Em janeiro de 1913 entra de sentir inapetência, pouco depois vômitos após a ingestão dos alimentos e raquialgia continua com irradiação torácica de exacerbação nocturna. Estes fenómenos dolorosos aumentam de intensidade com os movimentos de flexão e lateralização do tronco, a tosse, os espirros ou qualquer movimento intempestivo.

Em outubro do mesmo ano, dôres espontâneas e provocadas ao longo da região posterior dos membros inferiores que dentro em pouco começam de enfraquecer. A prisão de ventre e a dificuldade na micção datam dessa época.

Exame directo. Pequena gibosidade angular, mediana, dolorosa à pressão na região dorsal inferior; exagêro dos reflexos rotulianos; trepidação epileptoide do pé e da rotula; Babinski; abolição do reflexo cremasterino, abdominal inferior e mediano; sensibilidade conservada.

Não existem perturbações motoras nem na esfera de enervação craniana nem nos membros superiores.

Aparelho respiratório: ralas sob-crepitanes nas bases

dos dois pulmões, rudeza do murmúrio vesicular com expiração prolongada e alta, sob matidez e aumento das vibrações no vértice do pulmão direito.

Hipertermia vesperavel notável.

R. — 15^{cc}.

Tensão inicial — 32^{cc}

Côr — xantocromia.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},3.

Cloretos — 7^{gr},3.

Wassermann — negativa.

2.^a OBSERVAÇÃO

F. da S., 27 anos (clínica neurológica) (fig. 28).

Antecedentes pessoais. Sarampo aos 8 anos, impaldismo aos 15 e varíola aos 24.

Doença actual. Há uns quatro anos começa de sentir, localizadas a alguns espaços intercostais esquerdos, dôres expontâneas, mais ou menos constantes, de character progressivo, dôres que a tosse, os gritos e o espirro exacerbam dôres que lentamente se generalisam ao hemitorax direito, tornando-se constrictivas. Volvidos uns seis meses após o comêço destas perturbações sensitivas, aparece uma gibosidade dorsal angular, mediana e dolorosa à pressão.

Dá então pela primeira vez entrada nesta enfermaria, sendo-lhe aplicado um colete de gêsso.

Desde essa data descurou a doença e entra agora com a seguinte symptomatologia: sensação de formigueiros nos membros superiores mais acentuada nas extremidades; ausência de fenomenos dolorosos espontâneos; dificuldade na marcha a ponto de exigir muletas; rigidez e immobilisação

vertebral; exagêro dos reflexos rotulianos e aquilianos; trepidação epileptoide do pé bilateral; Babinski à direita; abolição dos reflexos cutâneos da côxa e abdomen; impo-

(Clínica neurológica)

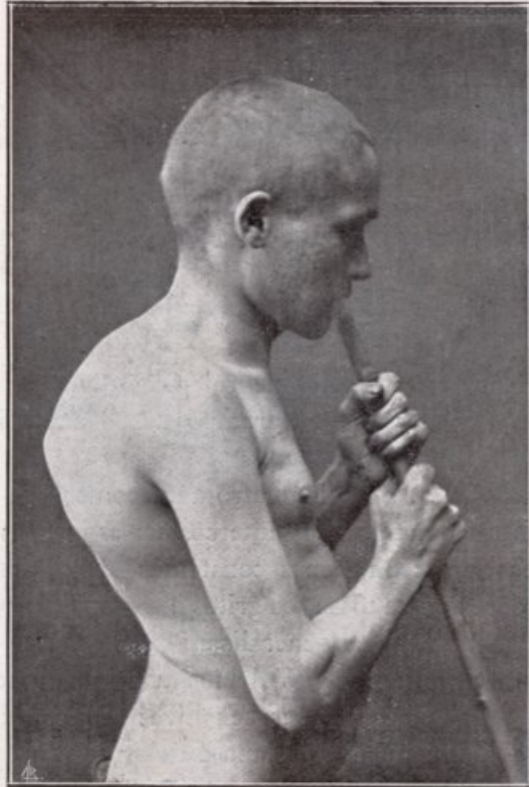


Fig. 28.—Mal de Pott dorsal.

tência genésica; emagrecimento notavel; face e membros superiores indemnes de perturbações da sensibilidade ou da motilidade.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — cristalino.

Tensão — 27^{cc}

Exame citológico — 1,3 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},80.

Cloretos — 7^{gr},3.

Wassermann — negativa.

3.^a OBSERVAÇÃO

A. D., 56 anos, casada (clínica neurológica).

Antecedentes hereditários. — Pai epilético. Antecedentes pessoais. — Teve três filhos dos quais já morreram dois; nunca teve doenças.

Doença actual. Há uns meses, cêrca de nove, começa de sentir violentas raquialgias exacerbadas pela mais leve pressão. Passado algum tempo, as pernas entram de enfraquecer «não podia andar senão devagarinho» «ia-se abaixo frequentes vezes» sendo então necessário que a ajudassem a levantar. Dificuldade na evacuação das fezes. As dôres, que de comêço se tinham localizado na coluna vertebral, irradiam depois para os espaços intercostais e fixam-se por fim na região epigástrica.

Há uns dois meses, as pernas tornaram-se dormentes e quási logo esta perturbação sensitiva generalisa-se ao terço inferior do corpo.

Desde que deu entrada nesta enfermaria, cêrca de oito dias, incontinência de fezes e urinas.

Exame directo: Abolição da motilidade voluntária dos membros inferiores; movimentos involuntários ou provocados à simples excitação da pele, dêstes; reflexos rotulianos e aquilianos exaltados; clônus do pé e da rótula à direita; Babinski; rigidez muscular; dôr à pressão ao nível da ter-

ceira e quarta vértebra dorsal; abolição da sensibilidade em todas as suas modalidades desde o terço inferior do tronco; hipertermia vesperal quotidiana.

Primeira R. — 20^{cc}.

Tensão — 35^{cc}.

Côr — incolôr.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 6 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 1^{gr},2.

Cloretos — 7 gr.

Glicose — 0^{gr},18.

Noguchi — positiva.

Wassermann — negativa.

Alguns dias depois procedemos a segunda R. 15^{cc}.

Tensão inicial — tensão terminal.

Côr — xantocromia.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — linfocitos e hemacias.

Albumina — 3 gr.

Noguchi — positiva.

Wassermann — negativa.

Coagulação espontânea e massiça do líquido, coagulação que aumenta de intensidade com a adição de sôro.

4.^a OBSERVAÇÃO

F., 4 anos (clínica neurológica) (fig. 29). Apresenta uma gibosidade angular, mediana, dolorosa à pressão e acompanhada de paraplegia espasmódica.

R. — 15^{cc}.

Tensão inicial — 26^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 1,8 linfocitos por mm^{cc}.

(Clínica neurológica)



Fig. 29. — Mal de Pott dorsal

Albumina — 0^{gr},6.

Cloretos — 7^{gr},2.

Glicose — 0^{gr},30.

Wassermann — negativa.

Noguchi — negativa.

5.^a OBSERVAÇÃO

J. A., 6 anos (1.^a clínica cirurgica). Apresenta escoliose e uma gibosidade angular, mediana, dolorosa a succussão lateral, sendo o vértice do ângulo constituído pela sexta vértebra dorsal. Ha limitação dos movimentos do raquis. Não nos foi permitido colher informações sôbre o início da doença.

Reflexos tendinosos e cutâneos normais; cutanio plantar em flexão.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão inicial — 50^{cc}.

Exame citológico — 2,3 linfocitos por mm.^{cc}

Cloretos — 7^{gr},3.

Glicose — 0^{gr},5.

Albumina — 0^{gr},6.

Wassermann — negativa.

6.^a OBSERVAÇÃO

J. M., 55 anos, viuvo (clínica neurológica). Antecedentes hereditários — o pae era muito doente do peito, tossia muito. A mãe morreu, diz, de um tumor frio no pescoço.

Antecedentes pessoaes — pneumonia lobar.

Antecedentes familiares — a mulher morreu tuberculosa.

Doença actual. — Ha uns dois anos, começou de sentir de longe a longe, ligeiras dôres erráticas com séde quer nos artelhos, quer no joelho, quer na região iliaca esquerda. Em fevereiro de 1914, estes fenómenos dolorosos exacerbam-se e localisam-se na porção mediana do raquis dorsal e espaços intercostaes da região mamária esquerda.

Não podia falar em voz alta ou tossir, sem que aquelas perturbações sensitivas aumentassem de intensidade; diz o doente «as costas abriam-se-me.

Na quaresma de 1914, os fenómenos dolorosos atingem o seu máximo de intensidade. Passou noites e noites sem se deitar, porque o calôr do leito exacerbava ainda o seu sofrimento. Quando as dôres eram mais violentas, encostava toda a região dorsal a uma porta ou parede e assim procedendo sentia um certo alívio.

Em junho as dôres começam de ser mais brandas, mas as pernas não teem já a resistência doutros tempos, «fraquejavam por qualquer coisa», iam-se abaixo.

Desde essa época acentuam-se estas tendências e quando em setembro nós o examinámos, não sente dôres de qualquer natureza e a motilidade dos membros inferiores está completamente abolida.

Exame do doente: prisão de ventre tenaz; hipertermia vespéral moderada; reacção de Wassermann no sôro negativa; abolição da sensibilidade em todas as suas modalidades, nos membros inferiores e terço inferior do tronco; movimentos involuntários e provocados pela excitação da pele; reflexos rotulianos e aquilianos exaltados; reflexo plantar em extensão; reflexos cremasterino e abdominaes abolidos; não ha perturbações da sensibilidade ou motilidade nem nos membros superiores, nem na esfera de enervação craniana; movimentos passivos fáceis.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão inicial — 38^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 1,2 linfocitos por mm.^{cc}

Cloretos — 7^{gr},2.

Glicose — 0^{gr},45.

Albumina — 3 gr.

Noguchi — positiva.

Wassermann — negativa.

O LÍQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO NO MAL DE POTT

Os líquidos dos póticos por nós estudados, possuem na sua maioria um certo número de caracteres que não sendo patognomónicos constituem no entanto uma séria presunção a favor daquela doença. Queremo-nos referir à *xantocromia*, à *hipoglicose acentuada*, à *hiperalbuminose notável com predominio da serina* e à *deficiência ou ausência da reacção leucocitária*.

De maneira que, em presença de uma paraplegia que não é acompanhada de qualquer desvio vertebral, mas onde se verifica aquele conjunto sintomático, ou mais particularmente, os dois ultimos dos sintomas citados, é da obrigação do clínico excluir uma etiologia sífilítica e pensar no mal de Pott, em quanto não apparecerem razões plausiveis que provem o contrário. É certo que existe hoje uma certa tendência em considerar um tal sindroma raquidiano, como um epifenómeno da compressão medular e não como sintoma inerente só ao mal de Pott; mas a verdade é que, dentre as causas capazes de produzir uma compressão medular a que com mais frequência origina tais alterações do líquido céfalo raquidiano, é o mal de Pott: e que a sífilis excluída, a tuberculose

vertebral constitue a etiologia mais freqüente da compressão medular. Em duas das observações que descrevemos (3) e (6), encontrámos naquele síndrome um valioso auxiliar para o diagnóstico.

LEPRA

1.^a OBSERVAÇÃO

C. P. Clínica neurológica (fig. 3o).—Viveu algum tempo no Brazil.

Apresenta: hipercromia em várias regiões; paralisia bilateral do orbicular das palpebras; alopecia; anestesia localizada à perna, pé, ante-braço e mão; anestesia em ilhotas na face externa e superior da coxa; mão de Aran. Duchenne bilateral. Não tem lepromas aparentes.

R. — 15^{cc}.

Aspecto — líquido cristalino.

Cloretos — 7^{gr},4.

Albumina — 0^{gr},20.

Exame citológico — 1,3 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

2.^a OBSERVAÇÃO

G. R., natural de P. de L., 42 anos, casado. Não tem passado venéreo. Esteve no Brazil durante muito tempo.

Doença actual. Ha uns três anos, a porção cubital da mão esquerda entrou de tornar-se dormente.

Ha uns dois anos, panarício indolor do dedo mínimo dessa mão, por onde se eliminam sequestros.

Ha cerca de um mês, novo panarício indolôr no dedo anular da mesma mão.

Exame directo. Anestesia dissociada na eminencia hipotenar, dedo anular e mínimo da mão esquerda. Mão de Aran-Duchenne à esquerda.

Lepromas miliars na região supra ciliar esquerda. Pele da região frontal sem pregas.

(Clínica neurológica)

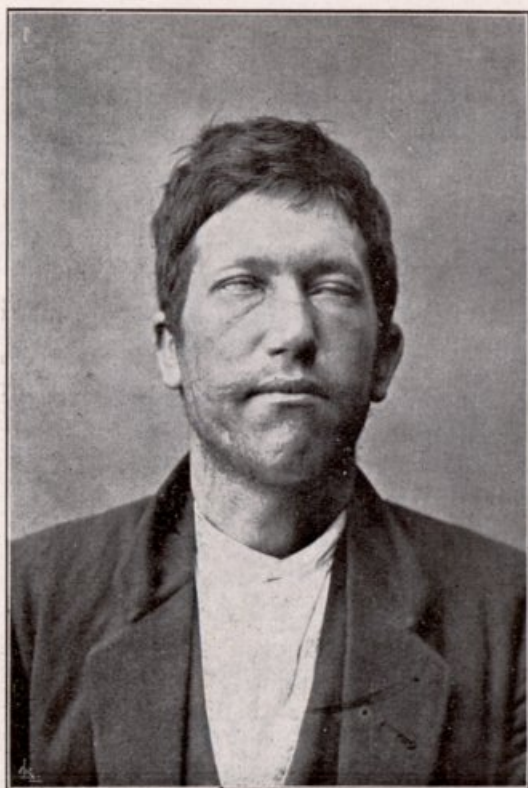


Fig. 30. — Lepra. Paralisia bilateral do orbicular da palpebra

Anestesia dissociada e em ilhotas, na região maleolar externa do pé direito e no joelho da perna esquerda.

Wassermann no soro do sangue-positiva. Bacilo de Hansen na muco nasal.

R. — 10^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Cloretos — 7^{gr},5.

Albumina — 0^{gr},20.

Exame citológico — 2 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

3.^a OBSERVAÇÃO

M. A., 27 anos, de C. de C., solteira (clínica neurológica).

A mãe desde ha uns 5 anos que tem as pernas dormentes e com manchas escuras.

A doente convivia com uma senhora, mulher do seu padrinho, de que faz a seguinte descrição: «não tem pestanas nem sobranceiras, feição forte, grosseira, upada, batatas nos pés a sair para fóra, feridas pelo corpo e mãos secas».

A filha desta senhora tem feridas pelo corpo, a cara começa a tornar-se desconhecida e o marido morreu «miseravel, desfigurado».

Exame da doente. Nódulos dérmicos, com séde nas extremidades distaes dos membros e na face mais abundantes nesta, algumas destas produções apresentam anestesia à dôr e ao calor; fácies a tender para leonino; atrofia dos músculos da eminência tenar e hipotenar; anestesia dissociada em ilhotas, no terço mediano da região antero externa da perna esquerda.

Reacção de Wassermann — positiva.

Não tem B. de Hansen no muco nasal.

R. — 10^{cc}.

Aspecto -- cristalino.

Cloretos — 7^{gr},4.

Albumina — 0^{gr},20.

Exame citológico — 1,3 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

R. após duas injeções de neosalvarsan.

Cloretos — 7^{gr},4.

Albumina — 0^{gr},20.

Exame citológico — 0,9 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — positiva.

4.^a OBSERVAÇÃO

M. J. N., 27 anos (clínica neurológica).

Apresenta a seguinte sintomatologia: manchas pigmentares de morfologia irregular, no braço esquerdo e perna do mesmo lado; flictenas de vez em quando, na face, mão e pés, acompanhadas de intenso prurido; anestesia dissociada na porção distal dos membros inferiores; alopecia das arcadas supra ciliares; face a tender para lionina; fôrça muscular da mão esquerda muito diminuída.

Wassermann no sangue — positiva.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão — 28^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 1,7 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},30.

Clorotos — 7^{gr},3.

Wassermann — negativa.

Um segundo exame do líquido céfalo raquidiano feito após duas injeções de neosalvarsan fornece resultados sensivelmente iguais aos já registados.

O líquido céfalo raquidiano dos leprosos que estudamos, não apresenta qualquer alteração da tensão ou do aspecto e o citodiagnóstico, o albumino-

diagnóstico, o cloretodiagnóstico e o bacteriodiagnóstico são negativos.

Apenas há a registrar de anormal uma reacção de Wassermann positiva — particularidade que não é de estranhar, dada a frequência com que aquela reacção é positiva no sôro sanguíneo destes doentes.

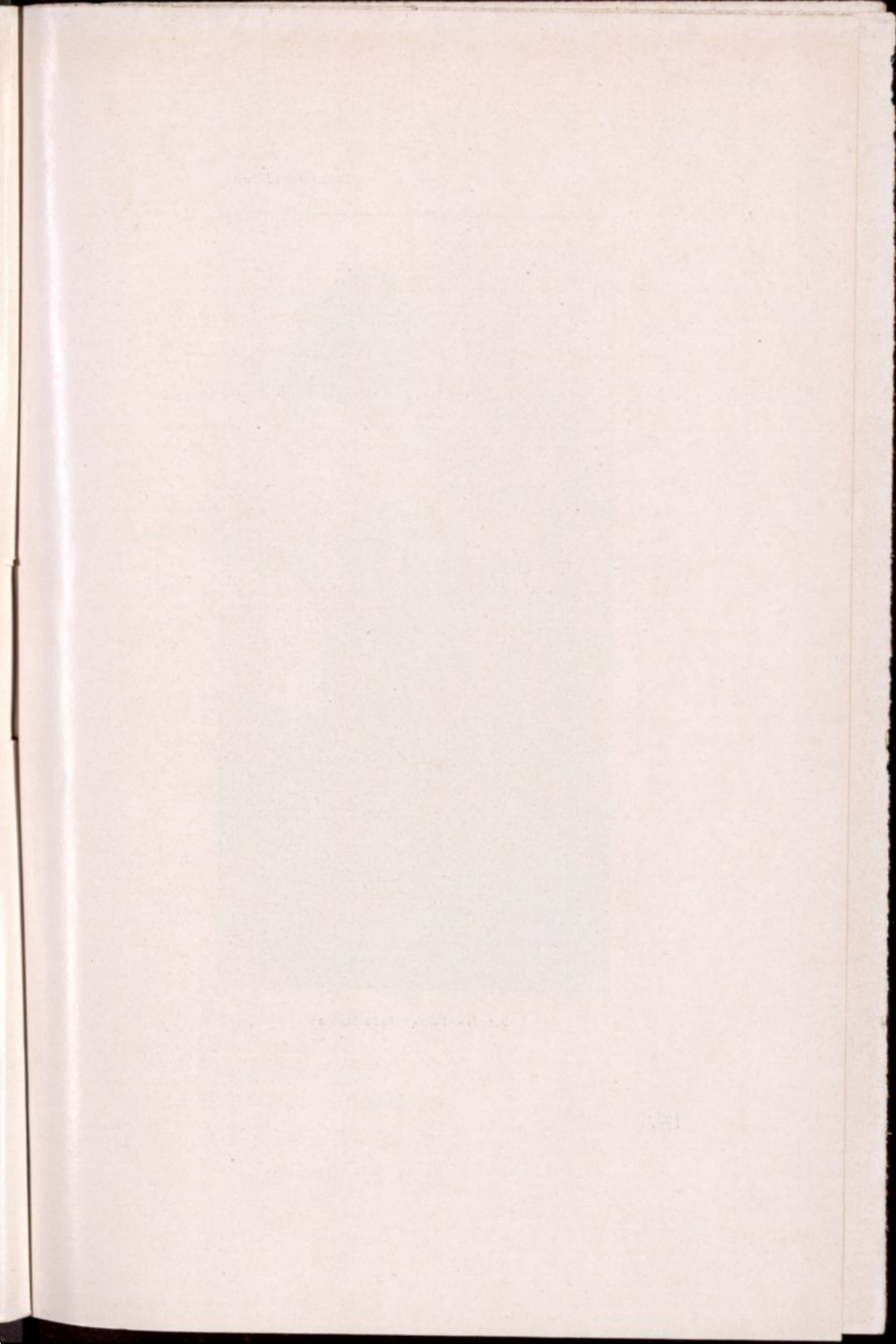




Fig. 31 — Doença de Parkinson

DOENÇA DE PARKINSON

1.^a OBSERVAÇÃO

Doente do sexo masculino da clínica particular do prof. Elísio de Moura.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 2,3 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},15.

Cloretos — 7^{gr},2.

Exame bacteriológico — negativo.

Wassermann — negativa.

2.^a OBSERVAÇÃO

Doente da fig. n.º 31 (clínica neurológica).

Exame do líquido céfalo raquidiano:

Tensão — 31^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 0,85 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},25.

Cloretos — 7^{gr},4.

Exame bacteriológico — negativo.

Wassermann — negativa.

3.^a OBSERVAÇÃO

Doente do sexo feminino da clínica particular do prof.
Elísio de Moura.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Aspecto — cristalino.

Exame citológico — 0,73 linfocitos por mm.^{cc}

Albumina — 0^{gr},20.

Cloretos — 7^{gr},4.

Exame bacteriológico — negativa.

Wassermann — negativa.

O líquido céfalo raquidiano destes Parkinsonia-
nos, não apresenta qualquer alteração dos elemen-
tos semiológicos considerados.

SATURNISMO

1.^a OBSERVAÇÃO

M. C., 23 anos, pintor.

Entra na enfermaria de clínica neurológica no dia 20 de junho de 1914, com dôres violentas na região abdominal superior; ventre retraído; facies congestionado; apirexia; pulso a 85; retenção de fezes e de gases.

Esta sintomatologia persiste por cêrca de trinta e seis horas; atenua-se depois e dissipa-se quasi logo por completo.

Conta-nos que no dia 17 pela manhã foi suspreendido por uma intensa dôr na região dos hipocondrios, que cêrca de quatro horas depois tomou um purgante que vomitou, que não teve mais vômitos, que não voltou a expulsar fezes ou gases após o início da crise dolorosa, que nunca teve uma temperatura superior àquela com que entrou no hospital.

Exame directo: pulso cordado, hipertenso; apirexia; tensão máxima 21^{cc} e a tensão mínima 11^{cc}; orla gingival de Burton; não tem perturbações da motricidade ou da sensibilidade; não há dôr à pressão na região abdominal; temperatura máxima 36^o,8.

Exame do líquido céfalo raquidiano.

Tensão — 40^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Albumina — 0^{gr},40.

Cloretos — 7^{gr},3.

Exame citológico — 6 linfocitos por mm.^{cc}

Wassermann — negativa.

Noguchi — negativa.

2.^a OBSERVAÇÃO

J. B., 37 anos, francês (clínica neurológica).

Cinco dias antes de dar entrada no hospital, dôr súbita na região peri-ombilical, dôr de comêço intermitente e suportavel, mas que pouco a pouco se foi tornando mais freqüente e mais viva até que no dia em que resolveu internar-se neste hospital era continua e violentissima.

Data dessa mesma época uma cefalalgia impertinente e intensa.

Exame do doente. Facies pálido, affetivo; mudança sucessiva de attitude, predominando a do tronco flectido sôbre os membros inferiores; apirexia; atenuação da dôr abdominal à apalpação profunda; retenção de fezes e de gases; tremor de pequena amplitude das extremidades; orla gingival de Burton; figado reduzido de volume. Reacção de Wassermann no sôro — negativa.

Tensão arterial máxima 23^{cc} e a mínima 11^{cc}.

Exame do liquido céfalo raquidiano.

Tensão — 47^{cc}.

Aspecto — cristalino.

Albumina — 0^{gr},30.

Cloretos — 7^{gr},2.

Exame citológico — 35 linfocitos por mm.^{cc} (fig. 8).

Wassermann — negativa.

Noguchi — negativa.