

N.º 5
Mathias Alves Pinheiro

Algumas palavras

SOBRE

A SYPHILIS DA MEDULLA ESPINHAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRÚRGICA DO PORTO



BRAGA

Typ. e Pap. Costa Braga & C.^a

8, Largo dos Terceiros, 9

1899

95/5 ENC

P.^o da O de Jan.^o de 1900,
pelas 11 horas da manhã

Presidente da C.^{ma} P.^o O.^o Agosti-
nho Antonio do Sacramento.

Qu.^{ma} Serra

arg.^{tes} { Antonio Placido de Abocha
Mariniano de Lemos
Carlos Alberto de Lima
Luiz de Freitas Vargas.

Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR-INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratcos

os Ill.mos e Exc.mos Srs.

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Dr. Agostinho Antonio do Souto |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido A. Correia de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica | Roberto B. do Rozario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | } Dr. José Carlos Lopes.
José d'Almeida Gramaxo. |
| Secção cirurgica | |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | } João Lopes da S. Martins Junior.
Alberto Pereira P. d'Aguar.
Clemente Joaquim dos S. Pinto.
Carlos Alberto de Lima. |
| Secção cirurgica | |
| | |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| Secção cirurgica | Luiz Freitas Viegas. |
|----------------------------|----------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

A' memoria

DE

Minha saudosa Mãe

Morresteis quando eu estava ainda em tenra idade. Mal vos conheci, não me lembro dos vossos carinhos, mas nem assim deixo de espargir o vosso tumulto com um punhado de saudades.

A meu querido pai

Fosteis d'uma abnegação extrema para commigo porque os enormes sacrificios que fizestes, provam-n'o bem. Recebei, offerecendo-vos este pobre trabalho, uma pequenina parcella da gratidão de que vos sou devedor. Sendo feliz na minha vida practica, recompensar-vos-hei de tudo. Abraça-o o seu filho

Mathias.

minha prima e madraستا

Tudo o que disser é pouco para vos enaltecer. Fosteis a minha mãe adoptiva, mas eu considero-vos e considerarei sempre como minha verdadeira mãe. Foi devido, talvez, aos vossos rogos, que adquiri a posição na qual vou entrar a breve trecho. Grato lhe será eternamente o seu

Mathias,

A minhas irmãs

A meu irmão e a minha cunhada

A' memoria de minha thia

D. Maria José Ferreira

A minha prima

D. Maria Virginia Pinheiro

Aos meus parentes

A' Exc.^{ma} Snr.^a

D. Anna Dias Pereira

Ao meu bom amigo

Exc.^{mo} Snr. José Eduardo Pereira Leite
e Exc.^{ma} Família

Ao meu particular amigo

Exc.^{mo} Snr. Marciso da Silva Oliveira

Ao

Exc.^{mo} Snr. Manoel Antonio Vieira
Martins e Exc.^{ma} Família

Ao

Exc.^{mo} Snr. Alberto Pereira Leite
e Exc.^{ma} Família

Ao

*Exc.^{mo} Snr. Commendador José Ferreira
de Magalhães*

Ao

Arnaldo Pereira Leite
meu irmão pelo coração

Ao meu condiscipulo e mais intimo amigo

Meixo Guerra

Aos meus professores do lyceu de Braga
Exc.^{mo} Snrs.

Dr. Antonio Maria Pinheiro Ferro

e

Rev.^o Manoel José Pereira

Ao distincto poeta e jornalista

Allina Bastos

Ao meu amigo

José Baptista Vieira

Aos meus amigos

Aos meus lentes

Exc.^{as} Snrs. Drs.

*Moraes Caldas
Azevedo Maia
Candido de Pinho
Roberto Frias
Clemente Pinto*

Aos meus companheiros de casa

Aos meus contemporaneos

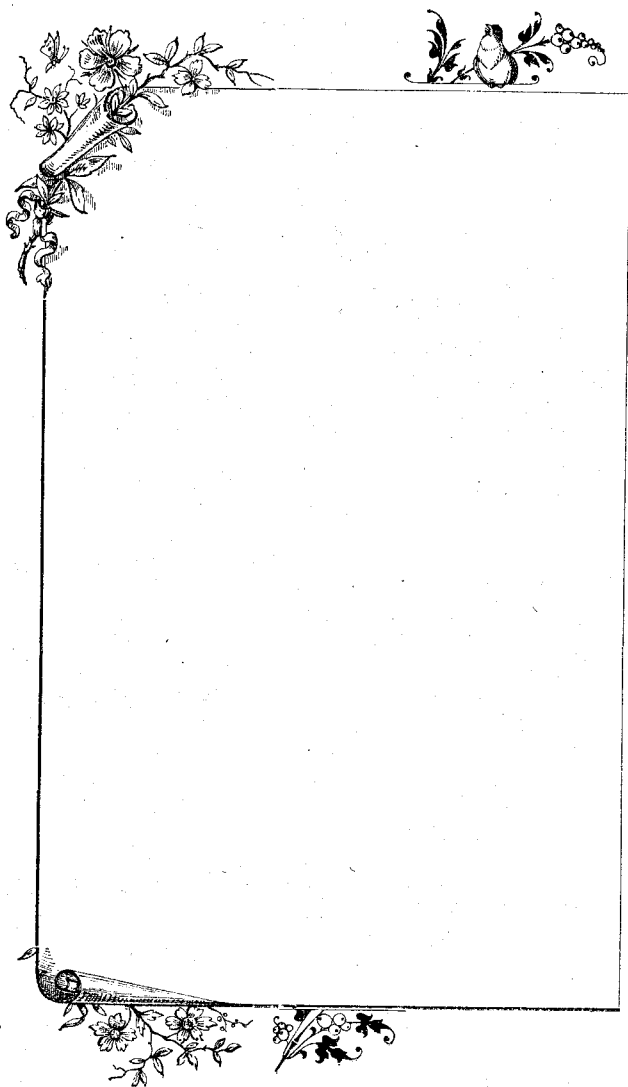
Aos meus condiscipulos

No

Dignissimo presidente da minha these

Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr.

*Dr. Agostinho Antonio
do Souto*



Syphilis da medulla espinhal

A syphilis é uma doença geral chronica, com uma evolução periodica, contagio-infecciosa, de que o agente ainda não conhecido, causa uma infecção geral do organismo, suscetivel de ser transmittida por contagio e hereditariedade, e conferindo a immunidadade para uma nova infecção. Póde affirmar-se, n'um grande numero de casos, que a syphilis é uma doença curavel; mas engana-se muitissimo quem pensar que succede sempre assim.. Bem frequentes são os casos em que a syphilis se torna perigosa, d'uma gravidade extrema; umas vezes, mutila ou destroe um órgão; outras vezes determina uma enfermidade, como uma paralyisia ou uma cegueira mais ou menos completa; e, finalmente, é a morte que ella póde produzir, quer pelo cerebro, quer pela medulla, quer por outro qualquer órgão importante para a vida. Comtudo devo notar que a maior parte d'estas syphilis desastrosas, terriveis nas

suas consequências, sobrevem em doentes que, por ignorancia, por descuido ou por outra qualquer causa, desprezaram o tratamento e abandonaram a doença a si mesma. A syphilis tendo umas consequências tão maleficas, não haverá razão mais que sufficiente para a considerar como uma doença, que deve reclamar toda a attenção do doente, todos os cuidados e sollicitude do medico? Certamente que sim. Infelizmente raros são os individuos syphiliticos que reconhecem a gravidade da sua doença; a maior parte d'elles, desconhecem-n'a por completo e julgam-se radicalmente curados pelo facto de terem feito algumas fricções de pomada mercurial e terem ingerido algumas grammas de iodeto de potassio. Pura illusão! E' para evitar em parte, este engano, que o medico tem a obrigação restricta e inabalavel de descrever ao syphilitico, com as côres mais sombrias, os quadros mais horrorosos das manifestações symphiliticas, para amedrontal-o e conseguir que elle se trate d'um modo conveniente e regular.

*

*

*

De todas as localisações da syphilis, as mais frequentes e mais graves são as que incidem sobre o systema nervoso. As estatisticas ahi estão para o attestar. Fournier, em 3:429 observações,

encontrou 1:085 accidentes incidindo sobre o systema nervoso e sómente 787 casos de syphilides cutaneas e 662 de syphilides mucosas. Fournier concluiu dizendo que—o *principio da syphilis é um verdadeiro veneno do systema nervoso*. Barthelémy diz que a syphilis é sobretudo um *veneno de sangue* e que á parte os casos, relativamente raros, em que o tecido nervoso é directamente atacado, é ordinariamente por intermedio das lesões vasculares que se produzem as alterações nervosas.

As determinações da syphilis sobre a medulla espinhal são incomparavelmente menos numerosas que aquellas que se effectuam sobre o cerebro. Fournier na sua estatistica, já acima citada, encontrou 416 casos de syphilis cerebro-espinhal e sómente 77 casos de syphilis medullas. E de facto, os casos nos quaes a syphilis se localisa ao mesmo tempo sobre a medulla e cerebro são mais numerosos que não se suppõe. Tem-se affirmado que a syphilis dos centros nervosos era quasi sempre uma doença *cerebro-espinhal*; a anathomia pathologica mostrou que assim podia acontecer, então mesmo que os symptomas observados parecessem referir-se sómente a uma affecção do cerebro ou da medulla. Os factos mais frequentes d'esta ordem são aquelles nos quaes os accidentes cerebraes predominam e mascaram pela sua importancia os phenomenos medulares.

Assim, n'um caso de Siemerling, a doença foi caracterisada por uma hemiplegia esquerda, ataques convulsivos e hemianopsia, em relação com alterações cerebraes muito extensas, demonstradas pela necropsia; só uma paresia do membro inferior direito podia fazer suspeitar que a medulla tinha sido tocada—ora esta era a séde de lesões profundas (infiltrações das meninges e vasculares, focos gommosos multiplos). Portanto a syphilis medullar, relativamente a cerebral, é muito menos frequente, mas sem deixar por isso de ter a sua individualidade.

A syphilis medullar é um accidente precoce ou tardio da infecção syphilitica? A localisação da syphilis sobre a medulla pôde effectuar-se em todos os periodos da doença; comtudo, é mais frequente durante os 2 ou 3 annos da infecção. Broadbent e Buzard fixam o maximo da apparição das myelopathias syphiliticas no quinto anno; Yesperseu, no quarto; Heubner e Keyes tem-n'as visto sobrevir seis mezes depois do cancro. Mais precoces ainda se tem observado, aos tres ou quatro primeiros mezes. Savard, em 74 casos, encontrou 26 em que o inicio foi observado entre 6 e 8 mezes, 9 entre o 1.º e 2.º anno, 16 entre 2 e 5 annos, 9 de 5 a 8 annos, 5 de 10 a 15 annos, 9 de 15 a 25 annos. Concluiu que o maximo de frequencia é entre o 2.º e 8.º anno.

Fournier, em 71 casos, encontrou no 1.º an-

no—8 casos; no 2.º—18; no 3.º—10; no 4.º—10; no 5.º ao 10.º—17; e no 10.º a 25.º—8. Como quer que seja, o que convem fixar é que a syphilis medullar póde ser um dos accidentes precoces da infecção.

—A syphilis medullar é mais frequente entre os 20 e 40 annos e mais no seculo masculino que no feminino. Haverá alguma relação entre a gravidade da infecção e a producção da syphilis medullar? Vejamos. Broadbent affirma que a benignidade dos accidentes secundarios, longe de serem uma garantia contra esta grave eventualidade, antes predispõe a isso. Mauriac classifica esta opinião de exagerada e paradoxal. Diz elle: não seria mais exacto dizer-se que a gravidade das manifestações exteriores não implica uma probabilidade maior das myelopathias que as condições oppostas, e que se a syphilis leves apresentam um numero mais consideravel, é simplesmente porque ellas são mais frequentes que as graves? M. Julliard reagiu tambem contra a opinião de Broadbent e diz que os accidentes nervosos apparecem quasi sempre no decurso d'uma syphilis, de que os accidentes primitivos foram muito intensos. Certamente que ha algum exagero tanto d'uma como d'outra opinião porque a observação não tem permittido formular uma maneira nitida de vêr, nem uma opinião doutrinal sobre esta questão. De resto, escasseiam as

estatísticas para uma conclusão certa e segura. Sem se saber a razão porquê, na origem das myelopathias, encontra-se umas vezes syphilis benignas, outras vezes syphilis medias e mesmo graves. Em resumo: a gravidade da infecção syphilitica parece ter pouca ou nenhuma influencia sobre a determinação medullar.

Deve-se collocar a insufficiencia do tratamento mercurial e iodado entre as causas da syphilis medullar? Com algumas estatísticas, pôde-se responder pela affirmativa. Assim Fournier sustenta que — *a ataxia syphilitica apresenta-se na quasi totalidade dos casos como uma consequencia de syphilis insufficientemente tratadas no seu começo*. Em 79 casos, havia 33 em que o tratamento inicial não tinha ultrapassado um anno de duração e 46 em que o tratamento não tinha ultrapassado tres ou quatro mezes.

Pelo contrario, ha outras estatísticas, pelas quaes se conclue que não é uma medicação incompleta ou mal feita que deve ser accusada, mas sim o proprio mercurio. M. Jullien, em 237 casos de syphilis, diz que 59, que não foram tratados, não tiveram algum accidente nervoso; que, em 47 que tomaram mercurio desde o começo, 7 tiveram accidentes cerebro-espinhaes; que, em 111 que tomaram mercurio sómente no decurso dos accidentes secundarios, 11 tiveram lesões dos centros nervosos. E' certo que se tem visto so-

brevir a syphilis medullar em individuos que seguiram as regras mais strictas e severas do tratamento e mesmo n'aquelles que ainda o seguiam, mas alcunhar a medicação hydrargirica de causal á determinação medullar é o que é simplesmente paradoxal. Se o mercurio a produzia, porque rasão nos servimos d'elle para cural-a? Está fóra de toda a contestação que o mercurio é, contra ella, d'uma efficacia muito grande, se não soberano e que, em todos os casos, toma um grande logar ao lado da medicação iodada.

— As causas predisponentes pathologicas são o que ha talvez de mais fundado na etiologia das myelopathias syphiliticas. Com effeito, é racional suppôr que a syphilis sobrevivendo n'um arthritico, n'um nevropatha, incida mais facilmente sobre a medulla que n'um individuo exempto de toda a tara semelhante. Auctores ha, que dizem que na maior parte dos casos a syphilis não é a causa primitiva e directa da myelopathia, mas a sua causa occasional, não fazendo mais que dar uma chicótada a uma predisposição latente e inerte.

Existem outros factores etiologicos de primeira ordem, como são os excessos venereos. A presença do centro genito-espinhal na região lombar não explicará a maior frequencia da localisação syphilitica n'esta região?

— Ao lado dos excessos venereos, devemos

collocar a influencia do frio humido. Esta influencia foi assignalada por Broadbent, Reade, Jerpessen etc. Os paizes frios fornecem mais myelopathias que os paizes quentes, e por si só, o frio, independentemente de toda a causa diathetica, póde provocar uma inflamação da medulla espinhal.

A marcha e em geral todas as fadigas corporaes gosam tambem um papel consideravel.

Entre as intoxicações chronicas, é o alcoolismo que se tem encontrado as mais das vezes nos antecedentes dos myelopathas syphiliticos.

Todas as causas de esgotamento nervoso, o esfalfamento, os excessos de toda a ordem, a vida luxuosa com as excitações numerosas que fornecem as grandes cidades, taes são ainda causas poderosas da localisação syphilitica na medulla, sobretudo quando ellas se combinam com outras e actuam sobre individuos predispostos.

*

*

*

Anatomo-pathologicamente fallando, a syphilis dos centros nervosos, e portanto da medulla-espinhal, é caratherisada pela neo-formação d'um tecido debil, ao qual, uns chamam—*granuloma*, outros—*gomma* ou *syphiloma*, constituido por numerosas cellulas embryonarias e vasos

mais ou menos abundantes. Este tecido é debil, porque nunca origina um tecido solido, duradouro: é, um tecido proprio sómente para transformações retrogadas, taes como a degenerencia gordurosa e caseosa. Toma o nome de *gomma*, se elle se produz n'uma extensão circumscripta, sob a fórma de tumor; pelo contrario, pôde produzir-se d'um modo mais abundante, diffuso e affectar quer as meninges rachidianas quer as paredes dos vasos sanguineos — tomará então o nome de *pachy-lepto-meningite* e de *arachnîte syphilitica* ou de *arterite* e de *phlébite syphilitica*. Outrora desconhecia-se por completo as lesões dos vasos sanguineos, produzidas pela syphilis; foi Valdemar Steenberg, o primeiro, quem demonstrou que elles soffriam alteração na sua estrutura, e mais tarde, investigações, sobretudo de Heubner, vieram provar que as lesões syphiliticas das paredes dos vasos sanguineos existem com grande frequencia e são mesmo um dos symptomas mais constantes da infecção syphilitica.

Os anathomo-pathologistas não estão todos de perfeito accordo, no que se refere em qual das tunicas vasculares tem inicio o processo morbido. Uns, como Heubner e Gerhardt, dizem que é o endothelio que é atacado primitivamente, as outras tunicas secundariamente. Outros, como Lancereaux e Friedländer, affirmam que o pro-

cesso morbido se inicia na tunica externa e d'esta invade as outras tunicas. Finalmente apparece Rumpf, dizendo que a infiltração syphilitica começa pela tunica media, tão rica em *vasa-vasorum*; melhor, que a infiltração syphilitica produz-se, sempre em primeiro logar, nas paredes dos vasos capillares, quer das meninges-rachidianas quer da tunica media dos vasos. Como quer que seja, o que se segue é que as lesões syphiliticas dos vasos sanguineos tornam-se prejudiciaes, no mais alto grau, para a circulação sanguinea, o que arrasta consigo consequencias fataes para o tecido nervoso. O vaso sanguineo, debaixo da influencia da infiltração syphilitica, perde a sua elasticidade, torna-se mais friavel, mais duro, mais espesso e portanto o seu calibre póde retrahir-se ou mesmo póde haver uma obliteração completa, resultando d'aqui perturbações na irrigação sanguinea d'um territorio qualquer do systema nervoso. O tecido néo-formado na parede do vaso póde transformar-se em tecido conjunctivo cicatricial, que em seguida soffrendo a retração, reduz o calibre do vaso.

Póde formar-se uma trombose, o que não admira, visto que a sua formação é favorecida pelas desigualdades que soffre a tunica interna e pelo retardamento da circulação sanguinea no vaso retrahido. A tunica media, muscular póde atrophiar-se, por causa da degenerencia dos pro-

ductos syphiliticos; a arteria torna-se menos resistente a pressão sanguinea e o resultado é o desenvolvimento d'uma dilatação aneurismal, o que póde dar logar a uma hemorrhagia. Por tudo isto se vê claramente, que as lesões syphiliticas dos vasos sanguineos, tanto cerebraes como medullares, são deploraveis para o tecido nervoso.

Apezar de M. Cornil ter demonstrado que a arterite syphilitica póde originar o atheroma, este differe consideravelmente d'aquella. A arterite não dá logar nunca á ulceração da parede do vaso nem a uma degenerencia gordurosa ou calcarea — o que se verifica no atheroma.

Alem d'isto, a arterite syphilitica é uma affecção aguda porque se póde desenvolver no espaço d'alguns mezes depois da infeccão, emquanto que o atheroma é affecção essencialmente chronica.

A *gômma*, segunda fôrma da néo-torção syphilitica, origina-se ordinariamente nas meninges rachidianas, raramente na substancia nervosa cinzenta e ainda mais na substancia branca.

Das meninges, a que é mais frequentemente atacada — é a pia-mater. A *gômma* ou *gômmas*, cujas dimensões são variaveis, localisam-se perto dos vasos sanguineos, que sendo comprimidos por ellas, difficultam a circulação sanguinea e por vezes mesmo a interrompem por completo. Pó-

dem também comprimir os nervos; primeiro, irrital-os e d'aqui resultar dôres e espasmos; depois, a compressão tornando-se mais forte, abole a função nervosa—resultando a anasthesia e a paralysisia. A gômma nunca suffura; sofre a degenerescencia gordurosa ou caseosa, e isto devido a que se localisa perto dos vasos sanguineos, comprime-os e intercepta por isto a sua propria nutrição. Concebe-se, facilmente, que possa desaparecer a compressão dos órgãos pelas gômmas e então dissiparem-se as perturbações que d'ahi resultavam; no entanto, isto succede raramente porque a gômma desaparecendo, deixa uma cicatriz que, retrahindo-se, pôde produzir uma compressão semelhante á primeira ou ainda mais intensa.

A terceira fôrma da neo-formação syphilitica, a *infiltração diffusa*, pôde encontrar-se tanto no cerebro como na medulla espinhal. Começa ordinariamente pela pia-mater e em seguida invade a arachnoideia e a dura-mater. A infiltração diffusa exerce sobre o tecido nervoso uma influencia mais desastrosa que a gômma, porque pôde comprimir, quer por si, quer pela cicatriz que depois sobrevem, extensões maiores que não comprime a gômma.

E' certo que, na syphilis dos centros nervosos, as membranas e os vasos sanguineos podem ser atacados isoladamente, mas, as mais das vezes,

são n'ò simultaneamente. Como as lesões, tanto de vasos como de membranas, se repercutem sempre sobre o tecido nervoso, resulta d'aqui que todos os tecidos formando os centros nervosos são affectados quasi sempre ao mesmo tempo. Além d'isto, tem-se encontrado muitos fòcos de lesões, formados simultaneamente ou succedendo-se uns aos outros, o que explica a variabilidade dos symptomas — pathognomónico da syphilis dos centros nervosos.

A syphilis tem a sua predilação para certos tecidos do systema nervoso: assim, primittivamente affecta o tecido conjunctivo e vascular, emquanto que as cellulas e fibras nervosas são affectadas secundariamente. E esta predilecção, explica a razão porque a syphilis produz, as mais das vezes, na medulla espinhal lesões periphericas, emquanto que o interior d'estes órgãos é atacado secundariamente por causa das perturbações da circulação sanguinea.

A syphilis hereditaria tem, como a syphilis adquirida, a mesma influencia sobre os centros nervosos, e os seus symptomas manifestam-se, algumas vezes, muitos annos depois do nascimento, isto é, que a syphilis herdada dos pais pôde ficar no organismo do filho no estado latente, inoffensiva durante muitos annos, não produzindo nenhuma perturbação visivel; mas tambem pôde acontecer que, logo desde o nascimen-

to, exerça sobre o desenvolvimento do systema nervoso uma influencia pathogenica.

*

*

*

A syphilis medullar apresenta numerosas fórmas clinicas, devido mais á variabilidade das localisações topographicas do processo anatomico, que á sua propria natureza. Trabalhos recentes levam-n'os a admittir que as lesões verificadas pela necropsia são todas d'origem vascular, mas tambem é certo, que sob o ponto de vista clinico, a arterite d'um grosso vaso, determinando a appareção d'uma paraplegia subita, não póde collocar-se no mesmo plano que a arterio e phlebo-sclerose d'essencia syphilitica, de marcha insidiosa, productoras das paraplegias de evolução lenta, as mais frequentes de todas. Ha uma grande difficuldade em estabelecer typos clinicos, porque a syphilis não produz na medulla lesões systematisadas, pelo menos que se saiba no estado da sciencia hodierna. Na medulla as lesões syphiliticas não se limitam aos cornos anteriores, como nas poliomyélites agudas ou chronicas, ao systema dos cornos posteriores, como no tabés, ou ao systema pyramidal como na sclerose lateral amyotrophica.

A syphilis procede d'um modo differente—ataca a medulla mais irregularmente, invade ao

mesmo tempo todos os systemas, inclusivé as meninges, de modo que nos grupos clinicos melhor estabelecidos entram casos, que apesar de apresentarem um certo ar de familia, raramente são semelhantes uns aos outros com relação no seu cortejo symptomatico. Além d'isto, se a syphilis fica as mais das vezes limitada á medulla, tambem é frequente ella affectar concomitantemente o cerebro, a protuberancia annular, os nervos craneanos e mesmo periphericos. Isto vem augmentar a difficuldade apontada.

Os primeiros conhecimentos relativamente precisos sobre a syphilis medullar devem-se a Portal, o qual em 1797 escreveu uma memoria sobre o mal de Pott syphilitico. Esta affecção é extra-espinhal e produzida pela hyperostose gommosa das vertebrae. Não admira que ella attrahisse a attenção dos observadores mais que as localisações primitivamente medullares, visto a elevação local, que ella produz, e a scoliose consecutiva, serem phenomenos objectivos e d'uma apreciação facil. O symptoma predominante é uma *quadriplégia*, se a affecção se localisa na região cervical, ou uma *paraplégia*, se ella se localisa na região dorsal ou dorso-lombar. Esta *paraplégia*, é raramente flacida; se está no inicio, reveste as mais das vezes o carathér espasmodico. O mal de Pott syphilitico diagnostica-se facilmente e raras vezes é observado.

A syphilis pôde produzir o cortejo symptomatico da *pachymeningite cervical hypertrophica*, com as dôres da nuca e do pescoço irradiadas para os braços, paralysias acompanhadas d'atrophia muscular na esphera dos nervos cervicaes, interessando mesmo o undecimo par craneano ou produzindo a hemiatrophia da lingua, quando as meninges da base do craneo são affectadas concumitaneamente. Ora, uma osteite gômmoda com carie das vertebrae cervicaes pôde produzir uma virola meningeal que aperte a medulla e determine a appareição do mesmo syndroma.

Clinicamente, d'estas hyperostoses syphiliticas devem approximar-se as gômmodas intra-vertebraes, productoras tambem, as mais das vezes, de lesões limitadas. Estas gômmodas localizam-se mais raramente na medulla que nas meninges e disseminam-se sob a fórma miliar ou limitam-se debaixo d'um ou muitos agglomerados.

*

*

*

Anatomicamente, a lesão vascular que preside á evolução do processo morbido, inversamente do que acontece nas affecções systematicas da medulla espinhal, ataca primitivamente e ao mesmo tempo as meninges e o tecido nervoso, de fórma que nos encontramos quasi sem-

pre em presença d'uma meningo-myélite. Sottás mostrou, em verdade, que as arterias parenchymatosas pôdem ser só e primitivamente invadidas, a lesão ficando propriamente nervosa. mas estes casos são excepçionaes em relação áquelles em que a arterio e phlebo-sclerose influenceiam concumittivamente a medulla e meninges. Além d'isto, a hitologia demonstrou que se á vista desarmada encontramos lesões limitadas, por exemplo, á região lombar, o microscopio relevar-nos-ha, na maior parte dos casos, uma infiltração embryotaria que pôde estender-se a todo o eixo espinhal. Tudo isto faz já prever a grande riqueza de symptomas, que acompanham as myélosyphiloses. Estas pôdem ser agudas ou chronicas.

*

*

*

Myélosyphiloses agudas (amollecimento medullar syphilitico). E' relativameate recente a data em que estas myélosyphiloses graves tomaram o lugar que lhe pertencia legitimamente na historia das complicações nervosas da syphilis. Durante muito tempo, os observadores não consideravam como taes as inflamações e amollecimentos agudos da medulla. Admittia-se as paraplégias chronicas devidas ás exostoses e aos tumores gommosos, mas estas myélites agudas eram conside-

radas como complicações fortuitas, e o seu apparecimento frequente nos primeiros periodos da infecção syphilitica contribuiu mais para as lançar para fóra do dominio da syphilis, até á época em que se deixou de considerar as localisações visceraes como o apanagio exclusivo da syphilis tardias. Quaes são os symptomas d'estas myélites agudas? Ordinariamente, evoluem sob a *fôrma paraplégica*. O começo é rapido e pôde mesmo ser subito. Ás vezes, alguns symptomas prodromicos, mas pouco significativos, como entorpecimento e peso dos membros inferiores, annunciam a paraplégia. Por vezes, uma perturbação da bexiga é o primeiro accidente e tem-se visto casos em que a doença começou por uma retenção d'urinas durante quarenta e oito horas sem outro symptoma. Em algumas horas, a paraplégia é completa: por vezes é subita, apoplectiforme. A anesthesia pôde ser absoluta nos membros inferiores e na parte inferior do tronco; por vezes, limita-se a um só membro, mais ou menos incompleta. Os reflexos tendinosos pôdem faltar ou estarem consideravelmente enfraquecidos durante os primeiros dias, pôdem reaparecer ou exaltarem-se nos dias seguintes; outras vezes, ficam abolidos até ao fim e os musculos, pela palpação, apresentam uma placidez completa. Constantemente ha paralysis dos sphincteres — a bexiga e o recto estão paralyzados. A inercia da bexiga produz a retenção

ou a falsa incontinencia com micção por regurgitação; as mais das vezes, é necessario fazer o catheterismo e isto é uma origem d'accidentes infectuosos se houver uma falta, minima que seja, das regras da antisepsia. Um outro symptoma e importantissimo é o apparecimento das *escaras do decubito*, occupando não só a região sagrada, mas tambem as nadegas, trochanteres, calcanhares, joelhos etc. Gilles de la Tourette diz, fallando da symptomatologia das paraplégias syphiliticas, que, pondo de parte certos casos de myélite aguda de começo muito rapido, os membros inferiores são raramente affectados *d'emblée* no mesmo grau. Se a paralyisia é flacida, o membro direito, por exemplo, é inerte, emquanto que o esquerdo conserva ainda alguns movimentos. Se a paralyisia é espasmodica, o membro direito apresenta a trepidação epiléptoide, é rigido e pouco movel, emquanto que o esquerdo tem os reflexos rotulianos exaggerados e gosa de funcções motrizes mais accentuadas que o seu congenere do lado opposto. Comprehende-se facilmente que seja assim, visto que as lesões da syphilis medullar não são systematisadas, mas sim diffusas, irregulares, e que a degenerescencia secundaria que acompanha a lesão irregularmente limitada deva ser mais accentuada n'uma metade da medulla que na outra.

Estas myélites syphiliticas agudas não arras-

*
tam sempre consigo uma prognose fatal. Tem-se visto muitissimos casos, em que ellas tem ovuluido para cura e se ha myélites susceptiveis de cura são estas, porque as chronicas, apesar do seu perigo immediato ser muito menos, tem uma terminação completamente excepcional pela *restitutio ad integrum*.

*

*

*

Disse ha pouco, que, na medulla espinhal, a syphilis raramente ataca isoladamente as meninges e o tecido nervoso, mas juntamente. Porisso a meningite espinhal syphilitica é rara no estado isolado, sendo observada sobretudo como phase inicial das affecções medullares. Existindo ella, como se traduz? O seu inicio é marcado por dôres violentas ao longo da columna vertebral, irradiantes para as espaduas, braços e lados do thorax; ao mesmo tempo a columna vertebral torna-se rigida e a pressão ou a percussão sobre as apoplyses espinhosas é muito dolorosa. Um tal cortejo symptomatico, não acompanhado de febre, deve fazer pensar na meningite syphilitica. Frequentemente as dôres tem um carather paroxistico e apparecem todas as tardes ou todas as noites, exactamente como as cephaleias syphiliticas.

Charcot dá um grande valor diagnostico a

esta rachialgia, mas já em antes d'elle Lance-reaux dizia: um dos mais importantes symptomas, no caso d'alteração dos envolucros, é uma rachialgia localisada, por vezes intensa e mais violenta de noite; a dôr é por vezes atroz e os doentes comparam-n'a a um ferro aquecido ao rubro, a um gancho que lhe atravessa as carnes. E' certamente a fórma mais dolorosa da syphilis espinhal, mas sob o ponto de vista do prognostico é a mais favoravel, quando se intervem a tempo, isto é, antes do apparecimento dos accidentes medulares.

As mais das vezes, a meningite espinhal é seguida a breve praso de paralyrias, perturbações da hexiga, em relação com a invasão da medulla; constitue então a phase prodromica da *meningo-myélite syphilitica*. Segundo Yürgens, os accidentes do começo pôdem ser ao mesmo tempo espinhaes e cerebraes (cephaleias, perturbações visuaes), estes podendo attenuar-se ulteriormente e a doença localisar-se definitivamente sobre a medulla. O apparecimento das paralyrias é annuciado por formigueiros e entorpecimento nas extremidades, fraquezas leves, sobretudo nos membros inferiores, enfim por perturbações dos sphincteres. A paralyria produz-se com uma grande rapidez; em alguns dias, mesmo em algumas horas, é completa, e affecta habitualmente a fórma paraplégica. Mas esta paraplégia

nunca é absoluta; mesmo que seja muito grave para impedir a marcha, os movimentos activos não são abolidos completamente e quasi sempre predominam n'um membro. Nos membros paralyzados, a sensibilidade é sempre interessada; tem-se observado a hyposthesia, uma perversão da thermesthésia, erros de localisação etc, mas nunca existe anesthesia completa e d'um modo geral, as perturbações sensitivas não estão em relação com as perturbações motrizes. No inicio, a paralyisia é ordinariamente flacida; comtudo, logo desde o principio, se póde encontrar uma exaltação dos reflexos tendinosos do joelho. Em todos os casos, a contractura não deixa de se produzir e isto as mais das vezes a breve praso.

Os symptomas mais constantes são as perturbações dos sphincters e a impotencia genital. Ordinariamente ha incontinenencia d'urina, acompanhada de constipação.

Esta meningo-myélite syphilitica incide ordinariamente n'uma enfermidade incuravel, compativel com a existencia do individuo; mas, por vezes, termina pela morte. As escaras do decubito que se observam nas fórmias graves e a infecção das vias urinarias, são geralmente as complicações ás quaes os doentes succumbem, por vezes depois d'uma successão de melhoras e recaidas e no fim d'um tempo relativamente longo.

*

*

*

Chegamos ao estudo das *myélo-syphiloses chronicas*. Apresentam dois typos. O primeiro é conhecido pelo nome de *paraplégia espinhal spasmodica d'Erb*. Charcot dá-lhe o nome de *myélite transversa syphilitica* e Gilles de la Tourette o de *paraplégia syphilitica commun*, indicando assim quanto a sua frequencia é grande com relação ás outras fórmas de myélopathias imputaveis á syphilis. Sobrevem frequentemente em individuos syphiliticos antigos, mais ou menos velhos na sua doença.

Quaes são os seus symptomas? As dôres intensas são raras, é mais uma sensação encommo-dativa acompanhando-se de phenomenos d'entorpecimento nos membros inferiores. Os doentes accusam ao longo das coxas ou das pernas sensações, que se tem comparado áquellas que se experimentaria fazendo deslizar sobre a pelle, alternativamente, correntes d'agua quente e agua fria. Para Gilles de la Tourette estas sensações limitam-se aos pés, alternativamente a um ou a outro, mais raramente a ambos, *d'emblée*. Umas vezes, parece ao doente que um dos pés está inchado, que é muito volumoso para o seu calçado; outras vezes, ao contrario, o calçado parece muito

largo. Durante a duração d'estes phenomenos, a sensação do solo é menos distincta, sem comtudo a marcha ser ainda perturbada. As mais das vezes, desde este periodo, cuja duração é quasi sempre longa, apparecem perturbações indicativas da affectação da bexiga e do recto, taes como a retenção e incontinencia d'urina, constipação de ventre. A potencia genital é por vezes abolida já desde este periodo. As cousas pôdem permanecer n'este ponto, mas, as mais das vezes, sobretudo se o doente é descuidado, negligente, o que succede muitas vezes, ou se a doença não é diagnosticada, o que pôde muito bem se dar, enfim, se não se intervem com o tratamento a tempo, todos os symptomas acima descriptos aggravam-se.

Os membros inferiores são a séde, sobretudo durante a noite, de caimbras dolorosas, teem tendencia a tornarem-se rigidos; o doente que andava facilmente, percebe subitamente, aligeirando o passo, que não o pôde fazer. Os membros inferiores perdem a sua agilidade habitual, mas conservam a sua potencia muscular. O doente deseja levantar-se da cadeira na qual estava assentado algum tempo ou andar depois de ter estado parado um pouco, não o pôde fazer facilmente e não é senão depois das pernas estarem — *aquecidas*—que a marcha se torna normal. O doente estando sentado e appoiado nas pontas dos pés, pro-

duz-se sobretudo depois d'uma marcha prolongada, um tremor nos membros inferiores, o que não é senão a trepidação espinhal epileptoide. E com effeito, em taes doentes, sempre desde o inicio da affecção, os reflexos rotulianos estão exaggerados mais d'um lado que do outro. Da mesma fórma, o membro inferior que apresenta reflexos mais exaggerados ou a trepidação espinhal é affectado d'uma impotencia mais accentuada. Portanto, a paraplégia ou melhor a parésia raramente é egual nos membros inferiores, ha sempre alguma differença entre e outro.

Se examinarmos os membros inferiores, notamos que as massas musculares tem o seu volume normal e experimentalmente que a sua força não está diminuida. Erb assignalou este facto: a potencia muscular contrastar com a impotencia motriz relativa. A' primeira vista parece singular que taes membros não possam executar as suas funcções, que a marcha seja prejudicada e a carreira seja impossivel. Isto é devido a que, mesmo no repouso, a tonicidade muscular é sempre exaggerada; a ponto que, por occasião d'um movimento brusco, esta tonicidade exaggerada transforma-se em contractura generalisada, capaz, momentaneamente, d'impedir o doente de se sustentar de pé. O doente póde cahir, não porque haja descoordenação nos movimentos (signal de Romberg), mas porque os membros inferiores

tornam-se rigidos, o que é desfavoravel para a progressão normal.

Disse atraz, que logo desde o inicio da affecção, pôdem existir nos membros inferiores sensações d'entorpecimento, caimbras mais ou menos dolorosas; ora, por vezes, o exame directo revelar-nos-ha que estas perturbações de sensibilidade não são sempre subjectivas. Com effeito, encontra-se, na pelle do segmento interior do tronco, das coxas ou pernas, placas d'anesthesia disseminadas, até mesmo de hyperesthesia, que, por uma analyse minuciosa, se pôdem attribuir á suppressão ou exaltação funcional de tal tronco ou ramo nervoso. Ao nivel d'estas placas, as diversas sensações são pervertidas, a picadura é sentida como, uma queimadura, por exemplo, e é muito manifesto o retardamento da percepção sensitiva. Emquanto á distribuição topographica d'estas perturbações sensitivas, não é sempre a mesma, o que é devido ás localisações variadas das lesões medullares e sobretudo meningeas com relação ás raizes posteriores invadidas pelo processo morbido ou englobadas nas adherencias.

Para Erb, n'este typo clinico, a localisação da syphilis seria sempre dorso-lombar; o segmento superior do tronco seria respeitado, a paralysis não attingiria nunca os braços e da mesma fórmula a intelligencia ficaria intacta assim como os nervos craneanos. Esta regra soffre

excepção, pois que Gilles de la Tourette cita casos pertencentes a este typo clinico, em que havia entorpecimentos dos braços, acompanhando-se d'uma impotencia accentuada. N'este typo clinico são frequentes as perturbações pupillares, como myosis, mydriase e ptosis. Estes dois ultimos phenomenos apparecem quando o bolbo é atacado (onde existe o nucleo do 4.^o par), mas a myosis pôde apparecer sem isso. Basta lembrar-nos que o primeiro ramo communicante dorsal que vae do eixo espinhal ao sympathico, preside á innervação do dilatador da iris; portanto, a sua participação no processo syphilitico da medulla basta para explicar a myosis, visto que a acção constrictiva do 4.^o par não é mais contra-balançada quando as funcções do dilatador são aniquiladas pela paralysisia (Gilles de la Tourette).

E' essencialmente chronica a evolução d'este typo clinico; á fraqueza dos membros inferiores succede a impotencia, mas a paralysisia espasmódica é raramente muito completa para tornar a marcha completamente impossivel e obrigar o doente ao decubito dorsal.

A doença é susceptivel de parar na sua evolução, o que attenua o prognostico; pôde mesmo retroceder, mas é raro que, fóra da influencia do tratamento, este retrocesso seja equivalente a uma cura definitiva. Em uma palavra, na maior

parte dos casos a *restitutio ad integrum* é muito mais apparente que real.

O segundo typo clinico approxima-se muito do primeiro, mas o seu cortejo symptomatico é muito particular para merecer um lugar separado no quadro das myélosyphiloses. Foi Gilles de la Tourette o primeiro que em 1893 affirmou a sua existencia, dando-lhe o nome de *tabés espasmodico com dôres fulgurantes*. Quaes são os seus symptomas? Impotencia mais ou menos accentuada dos membros inferiores; ao mesmo tempo apparecem dôres fulgurantes, tanto no tronco como nos membros ameaçados pela paralysisia. Os sphinters são affectados; ha desigualdade das pupillas e diplopia. Existe o signal de Romberg: o doente oscilla sobre a sua base quando, os pés estando juntos, fecha os olhos. Este quadro de symptomas parece-se com o da doença de Duchenne ou ataxia locomotriz, mas explorando os reflexos rotulianos, vê-se que não só estão exaggerados, mas que por vezes ainda a sua exaltação coincide com trepidação-espinhal. Ora, na ataxia locomotriz os reflexos não são nunca exaggerados, podem ser conservados mas não exaggerados.

A paralysisia nunca é igual nos dois membros; um é mais affectado que o outro e aquelle que é mais affectado apresenta a trepidação espinhal.

N'este typo, não ha descoordenação dos movimentos e é por isso que la Tourette chamou-lhe—*tabés espasmodico*. A sua evolução aproxima-se muito da paraplegia syphilitica commun; é susceptível de melhoras expontaneas, de retrogradar debaixo da influencia d'um tratamento precoce e severo.

*

* *

Resta-me fallar das *myélosyphiloses de formas irregulares*, caratherisadas pela irregularidade dos seus symptomas. A syphilis póde fazer lesões, pelo menos em apparencia, muito localisadas do eixo espinhal e em qualquer região; umas vezes provoca uma quadriplégia se ella affecta a região cervical, outras vezes limita os seus effeitos á cauda de cavallo. N'estes casos o diagnostico de-verá ser, sobretudo, etiologico.

Entretanto existem factos em que a constancia d'um só e importante symptoma parece dever fazel-os entrar n'um quadro clinico bem definido. Quero referir-me á axistencia da *atrophia muscular* em syphiliticos averiguados. As mais das vezes, esta atrophia não é senão um phenomeno sobrejuncto ao quadro morbido. Umas vezes a atrophia incide sobre os musculos dos braços, ou dos ante-braços, ou mais especialmente sobre as imminecias thénar e hypothénar; mas

o conjuncto clinico é da pachymeningite cervical hypertrophica.

Outras vezes, a atrophia limita-se a um dos membros inferiores, acompanhando-se de dôres lancinantes, como no caso de Osler, em que se encontrou tumores gômimosos espalhados em toda a extincção da medulla e das meninges.

Tem-se encontrado casos, nos quaes a atrophia muscular, incidindo sobre um grande numero de musculos tanto do tronco como dos membros superiores e inferiores, predomina no quadro clinico a ponto que se é arrastado a crêr na atrophia muscular de Aran-Duchenne.

Mas, por um exame muito minucioso e completo, chega-se facilmente a um diagnostico exacto, preciso. N'estes casos, a atrophia muscular é acompanhada sempre d'outros symptomas que permittem dirimir a questão. Quando a syphilis é a causal, a atrophia muscular é acompanhada de perturbações da sensibilidade subjectiva e objectiva, de paralysias verdadeiras, o que não se dá na atrophia progressiva. Póde-se tambem notar a diplopia, vertigens, incontinençia ou retenção d'urina e só a syphilis é capaz de produzir lesões muito disseminadas para realizar uma tal riqueza de symptomas.

Nas atrophias musculares devidas á syphilis raramente faltam as perturbações de sensibilidade, a paralysis dos sphinters, os phenomenos occu-

lares; o contrario succede nos tres grandes grupos d'amyotrophia: poliomyélite anterior, sclérose lateral amyotrophica e atrophia muscular progressiva. Além d'isso, o diagnostico é corroborado pelo tratamento especifico, cuja acção é impotente nas myélites systema tisadas ou nas amyotrophias protopathicas.

*

*

*

Uma das questões mais litigiosas, é a questão de relação entre a syphilis e as affecções da medulla, chamadas affecções *systematicas*. Quasi todos os auctores são d'opinião que na syphilis do systema nervoso e especialmente na da medulla, o tecido nervoso é atacado secundariamente e que em primeiro logar soffrem as meninges, os vasos sanguineos e a nevroglia. Se admittirmos, como fazem a maior parte dos auctores, que as affecções *systematicas* são parenchymatosas, é natural então de recusar á syphilis toda a influencia sobre o seu apparecimento. Pondo de lado esta questão puramente theorica, devo dizer que a clinica tem resolvido a questão em favor da opinião, que attribue á syphilis a possibilidade de produzir os mesmos symptomas que parecem caratheristicos a certas affecções *systematicas* da medulla espinhal.

O tabés dorsal ou ataxia locomotriz progressiva tem o primeiro lugar entre as affecções systemáticas da medulla que se faz depender da syphilis. Ha um tabés syphilitico? Eis a questão que absorve desde muitos annos o espirito das primeiras auctoridades da sciencia, sem ter sido ainda resolvida definitivamente. Bem que já, em 1864, Wirchow descrevesse o tabés syphilitico, não foi senão em 1876, quando Fournier emittiu a opinião que em quasi todos os casos o tabés é de natureza syphilitica, que esta questão foi posta na ordem do dia. Da mesma opinião que Fournier são: Benedikt, Berger, Erb, Grassot, Strümpell, Vogt, Vulpien etc.

Mas entre os adversarios da opinião de Fournier, encontramos auctoridade de primeira ordem, como; Althaus, Charcot, Bernhardt, Cornil, Lancereau, Nothnagel, Westphal etc. Os adeptos do tabés syphilitico apoiam-se nos antecedentes e no resultado do tratamento antisymphilitico. Os adversarios não duvidando que os antecedentes dos individuos atacados do tabés dorsal sejam as mais das vezes syphiliticos, affirmam que a syphilis não é a causa determinante mas sim predisponente; além d'isto, apoiando-se nas suas observações, duvidam da efficacia d'um tratamento iodo-mercurial no tabés dorsal. Neftel, de New-York, querendo provar que a syphilis não gosa de papel especifico no apparecimento do tabés dorsal, cita

observações feitas por elle durante seis mezes na Kirgisia, Asia Central. A syphilis é uma doença muito commum na população d'este paiz e entre-tanto não encontrou o tabés dorsal. Concede á syphilis, da mesma fôrma que aos excessos venereos, aos pezares, á nutrição insufficiente etc, uma influencia debilitante, o que predispõe ao tabés dorsal. Strümpell admite que a causa immediata do tabés não é a propria syphilis, mas uma toxina que se produz durante a infecção syphilitica chronica do organismo, toxina esta que produz a degenerescencia das fibras nervosas dos cordões posteriores da medulla.

Esta hypothese introduz uma nova incognita, mas não resolve a questão. Charcot colloca o tabés dorsal — na familia nevro-pathologica — nome que elle dá a todas as affecções nervosas que estão unidas por um laço commum — a hereditariedade. Segundo elle, em todos os tabéticos se póde descobrir a influencia hereditaria. Entretanto não é necessario que um tabético descenda d'um pae, d'uma mãe, atacados d'um tabés (hereditariedade homologa). Ordinariamente encontra-se nos parentes mais ou menos proximos dos tabéticos, outras affecções, como: psychoses, hysteria, epilepsia, choreia etc. (hereditariedade dissimilhante ou por transformação). Para Charcot, a causa original do tabés, é — o protoplasma dos elementos nervosos transformado de certa

maneira e que o individuo traz consigo vindo ao mundo. Todas as outras causas, tanto moraes como materiaes (pezares prolongados, estalfamento intellectual ou physico, excessos venereos, syphilis, traumatismo etc.), não são mais que agentes provocadores, que de per si, sem a predisposição innata, não pôdem produzir o tabés.

O Dr. Gajkiéwicz notou, da observação de 400 casos, que em 90/100 os antecedentes demonstraram que o doente teve syphilis e além d'isto que o tabés é raro nas mulheres bem que n'estas a syphilis não seja uma raridade. Administrou aos tabéticos o tratamento iodo-mercurial e notou só um allivio subjectivo em alguns d'elles, mas nenhuma melhora objectiva. Apesar da extrema frequencia da syphilis do systema nervoso nos judeus, Gajkiewicz só encontrou 13 tabéticos em 400 casos.

Se collocarmos a questão sob o ponto de vista anatomo-pathologico, tornar-se-ha mais complicada. A causa d'isto, está em que não ha accôrdo n'este ponto: o tabés dorsal é uma myélite parenchymatosa, uma myélite intersticial dos cordões posteriores ou uma e outra cousa? Não havendo mesmo accôrdo, deve-se considerar o tabés como uma affecção só da medulla espinhal?

Sabe-se que alguns auctores, estribando-se na frequencia das perturbações na esphera dos nervos cerebraes, no decurso do tabés, consideram-

n'o como affecção cerebro-medullar. Existem outros auctores que affirmam que as lesões anatomicas da medulla no tabés dorsal não são primitivas, mas secundarias, isto é, que são a consequencia da affecção das raizes dos nervos sensitivos, os quaes em grande parte formam os cordões posteriores, ou melhor, o tabés é uma affecção dos nervos periphericos, sensitivos ou motores.

Para aquellos, que não consideram como tabés senão os casos em que o parenchyma dos cordões posteriores da medulla é só atacado ou os casos em que este parenchyma soffre primitivamente, o tabés syphilitico não existe, porque taes casos não são ainda conhecidos.

A questão resolve-se d'outra fôrma para aquellos que consideram o tabés dorsal como uma inflamação intersticial dos cordões posteriores, como uma affecção dos nervos periphericos ou pelo menos uma affecção localisada fóra dos centros nervosos. Sem duvida, a affecção syphilitica, mesmo diffusa, da medulla espinhal, póde clinicamente apresentar-se com um cortejo symptomatico mais menos approximado do tabés e, d'outro lado, o mesmo resultado póde ser produzido por uma affecção syphilitica circumscripta das meninges rachidianas, como nos casos de Oppenheim e M. Brasch.

Pelo que fica dito, vê-se que a questão da de-

pendencia syphilitica das affecções systematicas da medulla, especialmente do tabés dorsal, está longe de ser resolvida definitivamente; para o momento, devemos limitar-nos a reunir materiaes, e d'estes o futuro talvez tire conclusões mais positivas. Sob o ponto de vista theorico, para que esta questão de dependencia pathologica seja resolvida positivamente, as investigações anatomo-pathologicas devem demonstrar uma das duas cousas seguintes: ou que a syphilis póde atacar primitivamente o parenchyma da medulla (cellulas e fibras nervosas) ou que o ponto de partida das affecções systematicas da medulla espinhal póde ser a nevrogia.

*

*

*

Para terminar, devo dizer alguma cousa sobre o tratamento da syphilis da medulla espinhal. O tratamento é mixto — mercurio e iodeto de potassio. Para o mercurio, devemos recorrer quanto possivel aos meios de administração externa, porque, além de salvaguardar a integridade das funcções digestivas que devemos conservar no estado mais sactisfatorio possivel para a administração do iodeto de potassio, a absorpção pela pelle é mais regular, mais completa, portanto mais officaz que pelo methodo inges-

tivo. A' nossa disposição, temos dois processos d'administração do tratamento externo: as fricções e as injeções sub-cutaneas.

Qual devemos preferir? E' o character d'urgencia immediata que decide a adopção d'um ou d'outro. Nas manifestações medulares que se julgue dever necessitar d'um tratamento prolongado, nas quaes a urgencia não é absoluta, é ás fricções que se deve recorrer, sobretudo se a doença está no seu começo e se não ha um grande interesse em intervir rapidamente em presença d'um symptoma alarmante.

Em regra geral, deve-se fazer praticar uma série quotidiana de vinte fricções d'unguento mercurial duplo na dose de 4 grammas para um adulto. Para executar a fricção, colloca-se uma certa quantidade da dose de 4 grammas d'unguento n'um quadrado de panno sufficiente para envolver, terminada a fricção, a região na qual foi feita. Fricciona-se fortemente a pelle, retomando de vez em quando uma pequena dose d'unguento, de maneira a não untar só os tegumentos, mas a friccionar até — á *seccura* — segundo a expressão de Fournier. A duração da operação será aproximadamente de oito a dez minutos. Uma vez terminada a fricção, o quadrado de panno deve ficar no lugar, recoberto d'uma camada d'algodão e tudo mantido por uma ligadura. A fricção será feita ao deitar da cama e o

doente dormirá toda a noite com este aparelho rudimentar. E' muito provavel que a sudacção local, que não deixa de se produzir n'estas condições, favoreça a absorpção mais completa do mercurio. Na manhã do dia seguinte, fazendo a sua toilette, o doente tira o penso e deve fazer localmente uma lavagem com agua tephida e sabão; d'esta fórma, a pomada sai toda e evitará a irritação cutanea. Nos dias seguintes o doente fará o mesmo n'uma outra região, tendo o cuidado de, tempos a tempos, substituir o panno, que retém uma certa quantidade d'unguento, cuja alteração podia ser a origem de erythemas locais.

Depois das vinte fricções, oito ou dez dias de repouso, vinte fricções novas se ha não tendencia á estomatite. Para prevenir esta, emprega-se o chlorato de potassa internamente e lavagens repetidas das gengivas com agua borica addicionada d'algumas gottas d'uma agua dentifricia aromatica.

Quanto ao iodeto de potassio, administra-se concumitantemente com o mercurio, mas sem cessar o emprego durante os oito ou dez dias de repouso. Não são indispensaveis as doses massicas. Evidentemente, deve-se ter conta com as idiosyncrasias: tal doente é intoxicado com uma gramma, enquanto que outro tolera perfeitamente 4 ou 5 grammas. D'um modo geral, prescreve-se 3 a 4 grammas por dia, durante dez

dias; nos dez dias seguintes, eleva-se a dose a 4 ou 5 grammas: depois 5 ou 6 grammas durante o resto do tratamento, se estas doses são toleradas.

Depois de cincoenta dias d'uma therapeutica assim regulada, deixa-se descansar o doente durante um mez; se ha urgencia, limita-se o descanso a 15 dias; recommença-se então um novo tratamento de 40 ou 50 dias debaixo das mesmas bases. Devemos guiar-nos em seguida pelo retrocesso ou persistencia das manifestações nervosas e tambem pelo estado geral do individuo. Se a tolerancia é sufficiente, deve-se fazer quatro ou cinco tratamentos d'esta ordem durante o primeiro anno, trez ou quatro no segundo, da mesma forma para o terceiro. Comprehende-se que é difficilimo pôr esta practica em formulas invariaveis, mas deve-se ter sempre presente ao espirito que ás affecções syphiliticas da medulla, quaesquer que ellas sejam, deve-se oppôr tratamentos inergicos e prolongados.

Nos intervallos dos periodos activos de tratamento, deve-se tonificar o doente pelo ferro e amargos, prescrever a hydrotherapia, a douche de curta duração, evitando de percutir com força os membros inferiores com receio de determinar a contractura. Deve-se evitar o deslocamento do doente, porque pôde ser uma causa de fadigas. Um longo trajecto em caminho de ferro augmenta a retenção d'urina e exalta a to-

nicidade muscular já muito exagerada. Deve-se igualmente proscrever as marchas muito prolongadas, a posição vertical etc.

Passemos agora ao tratamento pelas injeções sub-cutaneas. E' um tratamento d'urgencia, como nas syphilis malignas precoces cerebro-espinhaes, nas fórmag agudas da paraplégia syphilitica e nos episodios por vezes agudos das myelites chronicas. Entre todos os processos d'administração do mercurio as injeções sub-cutaneas possuem, certamente, a acção mais prompta, segura, inergica e regular. Que saes mercuriaes injectaveis, são aconselhados? Tem-se empregado e ainda se emprega o oleo cinzento, combinações do sublimado com o cloreto de sodio ou chlorhydrato de ammoniaco, de sublimado com peptona, mas o mais preconisado é o biiodeto do mercurio em azeite esterilizado, preparado por Berlioz.

As injeções d'oleo cinzento são dotadas de uma grande actividade, pois é bastante 2 ou 3 injeções, pequenas, para representar um tratamento completo. Mas, ao lado d'esta vantagem, tem inconvenientes. Empregando-se o oleo cinzento não se sabe qual é a quantidade exacta de substancia activa que se introduz debaixo da pelle; mesmo admittindo que a mistura é tão homogenea quanto possivel (o que é difficil d'obter), a dose pode ainda mudar, porque o peso das gottas é igualmente variavel. De resto, esta medi-

cação não é isempta de complicações, taes como: dor intensa, vermelhidão e empastamento em volta da séde da injeccão, nodosidades persistentes, abcessos sobrevindo apesar de todas as precauções antisepticas, febre, mal estar, quebrantamento geral, mesmo embaraço gastrico, stomatite e salivação durante os 2 ou 3 primeiros dias que seque a injeccão.

Emquanto ás injeccões de sublimado, depressa as proscreeveram, porque além de serem dolorosas, as combinações de sublimado são muito instaveis, alteram-se facilmente.

Como já disse acima, o sal mercurial mais preconisado é o biiodeto de mercurio dissolvido em azeite purificado e esterilizado.

N'esta preparação, o sal tem uma dosagem exacta e invariavel: encerra 4 milligrammas de biiodeto por centimetro cubico e portanto facil nos é graduar a dose d'este medicamento. De todos os saes mercuriaes, o biiodeto é aquelle cuja absorpção é mais rapida e a quantidade a injectar mais pequena. Durante a injeccão, a dôr é nulla, sobretudo se tivermos a precaução de fazer-a lentamente; não se produzem nodosidades sub-cutaneas, se a injeccão é feita profundamente. Escusado será insistir na technica das injeccões, nas precauções antisepticas que se devem tomar, do logar de eleição da injeccão etc.—porque tudo isto é mais que sabido.

Para concluir este capitulo de tratamento, resta-me fallar da electricidade e revulsão. Nas paralysias flacidas, tira-se alguns beneficios da electricidade faradica, que faz contrahir os musculos tornados inertes pela paralyisia. Mas a acção electrica é puramente palliativa; não ataca a doença na sua origem e portanto o seu uso fica muito limitado. Nas myélites espasmodicas, a electricidade faradica seria nociva, porque augmentaria a tonicidade já muito exagerado dos musculos e podia provocar a rigidez dos membros.

Pelo contrario, a electricidade galvanica, as correntes continuas, estão indicadas: applica-se o polo positivo sobre a região dorso-lombar, sob a fórma d'uma larga placa, molhada, de 10 a 15 centimetros quadrados, o polo negativo, sob a fórma d'uma outra placa, egualmente humida, sobre os membros paralyticos.

Faz-se duas sessões por dia d'uma hora de duração, empregando um potencial que variará segundo a susceptibilidade do individuo e a sua resistencia á corrente electrica.

Nas myélites, tanto agudas como chronicas, póde-se fazer a revulsão ao longo da columna vertebral, ao nivel da séde supposta da lesão. Outrora dava-se a este processo de tratamento uma grande importancia, mas é um adjuvante do tratamento especifico e nada mais. Devemos abster-nos do emprego de grandes cauterios: a sua

suppuração enfraquece os doentes e a ferida pôde ser a origem de complicações locaes. De preferencia, deve-se empregar as pontas de fogo, applicadas ao longo das gotteiras vertebraes, deixando entre ellas um espaço sufficiente para novas applicações.

E' combinando, d'uma maneira judiciosa, estes diversos meios therapeuticos, que se tem chegado a obter resultados satisfactorios.



Proposições

Anatomia — A disposição anatomica das synoviae nos dedos pollegar e minimo, explica a gravidade dos traumatismos d'estes dedos.

Physiologia — A instabilidade molecular é a característica da vida.

Materia Medica — Para os doentes, a impressão moral do medico constitue, muitas vezes, parte da therapeutica.

Pathologia externa — Nas luxações antigas da espadua, o tratamento de escolha é a ressecção da cabeça do humero.

Operações — N'um hydrocele, a punção seguida d'injecção iodada, é, as mais das vezes, uma operação simplesmente palliativa.

Partes — A mulher póde ser fecundada sem ser menstruada.

Pathologia interna — A clinica e a experimentação estão de perfeito accôrdo em negar à urêa o poder de produzir a chamada intoxicação uremica.

Anatomia pathologica — As lesões anatomo-pathologicas da lépra e môrmo são semelhantes ás da tuberculose.

Hygiene e medecina legal — Ao syphilitico devia ser prohibido o casamento.

Pathologia geral — Não reprovo por completo os casamentos consanguineos.

Visto
Dr. Souto
Presidente.

Imprima-se
Dr. Souto
Director interino.