

1109

1903

N.º 2

Joaquim José Lambertini Rodrigues
Interno do Hospital Geral de Santo Antonio

Paralysis Espinal Syphilitica

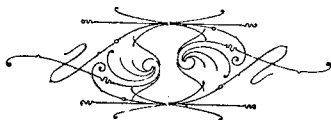
UM CASO CLINICO



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



113/2 EMC

PORTO
TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL
82 — Rua da Fabrica — 82
—
1903

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director — ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Lente secretario — JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES



Corpo cathedratico

Lentes cathedratricos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral.	Carlos Alberto de Lima
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	Clemente J. dos Santos Pinto
6. ^a Cadeira — Partos, doença das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. Corrêa 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 Rosario Frias
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão
11. ^a Cadeira — Medicina legal.	Maximiano A. d'Oliveira Lemos
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar
13. ^a Cadeira — Hygiene	João Lopes da S. Martins Junior
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias
	{ Dr. Agostinho A. do Souto

Lentes substitutos

Secção medica	{ José Dias d'Almeida Junior
	{ José A. Mendes de Magalhães
Secção cirurgica	{ Luiz de Freitas Viegas
	{ Antonio J. de Sousa Junior

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga
----------------------------	------

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

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

À

SAUDOSA MEMORIA

DE

Meu Pai

A

Minha boa Mãe

A

EX.^{MA} SNR.^A

D. Julieta Silveiro Baptista

A

Minha irmã

A

Meu Sobrinho

À

EX.^{MA} SNR.^A

D. *Guilhermina Silveira Baptista*

e seu Ex.^{mo} Marido

Verissimo Baptista

AO

EX.^{MO} SNR.

Alexandre Magno de Campos

e sua Ex.^{ma} Família

AO GRANDE MESTRE

E MEU BOM AMIGO

O DISTINCTO OPERADOR

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

A MEUS TIOS

A EX.^{MA} SNR.^A

D. Leonilde Markert

e seu Ex.^{mo} Marido

Bernarda Markert

A MEUS PRIMOS

A EX.^{MA} SNR.^A

D. Maria Luiza Roma Machado de Faria e Maia

e seu Ex.^{mo} Marido

José Roma Machado de Faria e Maia

AOS

EX.^{mos} SNRS.

Joaquim Germano Jorge

E

Francisco de Castro Monteiro

AOS

EX.^{MOS} SNRS.

Adriano Pêgo Cibrão

Eduardo Arthur Lobo d'Avila

Francisco de Paula Mendes de Magalhães

Manoel da Silva Martins

AOS

EX.^{MOS} SNRS.

Conselheiro Antonio Maria Pereira Carrilho

Conselheiro Dr. Augusto José da Silva -

Conselheiro Pedro Maria da Fonseca Araujo

Do meu velho amigo

Eduardo Pinho Ribeiro

A minhas Tias

AS EX.^{AS} SNR.^{AS}

D. Maria Leopoldina Rodrigues de Paiva

D. Eliza Ribeiro Pereira Rodrigues

D. Julia Patricio Alvares Rodrigues

D. Elvira Lambertini Pinto

D. Maria Leopoldina Ribeiro Pereira Rodrigues

A meus Tios

OS EX.^{MOS} SNRS.

Hermenegildo Pereira Rodrigues

Francisco Augusto de Vasconcellos Pinto

A MINHAS PRIMAS

AS EX.^{mas} SNR.^{as}

D. Maria Antonia Rodrigues de Faria Memão

D. Germana Patricio Alvares Rodrigues

D. Maria Francisca Pereira Rodrigues de Salles Caldeira

D. Laura Pinto Cupertino Ribeiro

A MEUS PRIMOS

Dr. João Cupertino Ribeiro

Dr. José Maria Lambertini Pinto

AOS MEUS CONDISCIPULOS

Aos meus contemporaneos

AOS MEUS AMIGOS

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE DE THESE

O EX.^{MO} SNR.

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães



PROLOGO

Obedecendo a uma disposição da lei que dirige os trabalhos finaes do curso medico-cirurgico, sou obrigado a apresentar uma dissertação.

Faço-o modestamente, registando um caso clinico que por ser raro, talvez tenha algum interesse.

Alguma falta que se possa notar, é devida, não só a que tive d'accumular este trabalho com o do quinto anno, mas tambem a que os meus recursos não são grandes, motivo por que peço m'a relevem.

* * *

Precisando de terminar rapidamente o meu curso e um tanto embaraçado com a escolha do assumpto para a minha these deparou-se-me este caso durante a minha frequencia de clinica medica.

Então, pelo interesse que despertou, o Snr. Dr. Antonio d'Azevedo Maia, illustre professor d'esta Escola, indicou-m'o como um assumpto digno de sobre elle se fazer um trabalho final.

Ao meu professor, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia, agradeço reconhecidamente todos os esclarecimentos que me forneceu, para poder chegar á conclusão do que desejava, tendo-me, além d'isso, auxiliado com uma nobreza e bondade raras durante o meu curso do quinto anno.

* * *

É breve ainda a historia da pathologia da espinal medulla, pois que nos meados do seculo passado apenas mui levemente era conhecida.

Consideravam-se, então, todas as doenças d'este centro nervoso divididas em dois grupos a que se dava o nome generico de inflammação da espinal medula (myelite).

Estas inflammações, quando eram as fórmas que se desenvolviam, clinicamente, com rapidez, sendo acompanhadas muitas vezes de febre e outras perturbações, mostrando-se, anatomicamente, como processo, sómente, de amollecimento, eram classificadas no seu conjuncto como *myelites agudas*.

As fórmas que principiavam vagarosamente e que persistiam durante annos, conduzindo muitas vezes a doenças incuráveis e que se manifestavam, anatomicamente, como um endurecimento (sclerose, degenerescencia cinzenta e atrophia), eram abrangidas n'um só grupo com a denominação de *myelites chronicas*.

Devido a um maior desenvolvimento e melhor conhecimento, ultimamente adquiridos, da pathologia da espinal medulla, a myelite chronica, por exemplo, termo bastante condensado scindiu-se já nos seguintes que representam outras tantas fôrmas clinicas de doença nitidamente caracterizadas: *tabes, ataxia hereditaria, myelite transversa, compressão lenta, esclerose multipla, esclerose lateral amyotrophica, polyomyelite chronica anterior, amyotrophia espinal progressiva, paralyisia bulbar, doenças systematicas simples e combinadas e syringomyelia, etc.*

Mereciam interesse scientifico especial as fôrmas de doenças chronicas, que estão limitadas a regiões symetricas da espinal medulla definidamente circumscriptas, que conduzem fibras pertencendo tanto funcional como embriologicamente aos chamados systemas de fibras e que por isso

são chamadas doenças systematicas e, recentemente, doenças neuronicas.

É um caso clinico d'uma d'estas fórmulas de myelites chronicas, a paralysisa espinal syphilitica, que serve de assumpto á minha these.

A ordem do meu trabalho é a seguinte:

Em primeiro lugar apresentarei algumas considerações pathologicas geraes sobre syphilis nervosa, visto tratar de um caso de syphilis medullar.

A seguir, antes de entrar na descripção da paralysisa espinal syphilitica, descreverei symptomatica, clinica e anatomo-pathologicamente a paralysisa espinal espastica pura, porquanto a paralysisa syphilitica é tambem, segundo Erb, uma fórmula de paralysisa espastica, mas á qual o seu factor etyologico — a *syphilis* — imprimiu uma caracteristica nitida e definida, de modo a

tornal-a uma entidade perfeitamente distincta e a separal-a bem da fórma pura, assim como dos outros quadros symptomaticos conhecidos.

Feito isto descreverei então a paralysia espinal syphilitica começando por apresentar a opinião de que o seu factor etiologico é a syphylis, e conjunctamente o seu quadro clinico, após o que apresentarei o caso clinico de minha observação, a fim de se fazer o confronto.

Depois tratarei respectivamente da sua anatomia pathologica, do diagnostico, prognostico e, finalmente, do tratamento, fazendo sobre este ultimo ponto a referencia do que se deu com o meu caso, assim como direi do meu modo de vêr sobre o assumpto.

CONSIDERAÇÕES PATHOLOGICAS GERAES

SOBRE

SYPHILIS NERVOSA

Boa parte dos casos de syphilis maligna devem este character ao facto da sua repercussão precoce sobre o systema nervoso. Quer isto dizer que a syphilis é capaz de atacar *pessoalmente* o elemento fundamentalmente constituinte do systema nervoso — o neuronio?

No vasto e complexo labyrintho da pathologia nervosa ha duas correntes d'opinião a tal respeito, sendo uma predominante, de maior caudal, a que chamaremos classica; outra recente, delgada, tendendo todavia a engrossar a olhos vistos.

Exponhamos summariamente o modo de vêr classico a tal respeito.

O neuronio não é primitiva e corporalmente atacado pela syphilis; só o pôde ser secundaria ou consecutivamente. O systema nervoso tem o seu calcanhar d'Achilles. Qual e onde? Na nevrogia, que sustenta, envolve e individualisa os elementos nervosos, os vasos sanguineos, que penetra e permeia os centros e as membranas que os encer-

ram e protegem. Assim os neuronios não seriam atacaveis pela syphilis, salvo por intermedio de lesões e processos da nevroglia. Só esta seria, segundo a opinião classica, directa, especifica e pessoalmente atacavel pela syphilis; ao passo que os neuronios não podem ser aggredidos pela syphilis senão secundariamente, precisamente como o seriam *por qualquer outra doença* capaz de offender do mesmo modo a nevroglia.

Por outras palavras e releve-se-nos o tanto insistir: perante a syphilis o neuronio é capaz de ser órgão d'expressão, lingua ou grito, mas não póde adoecer especificamente de syphilis. A syphilis como mordente especifico não é capaz de attingir o neuronio.

D'este facto, *se é que o é*, é bem de vêr a consequencia therapeutica: o tratamento especifico actua unica e exclusivamente sobre o processo syphilitico especifico; não tem nenhuma influencia sobre os processos consequentes que lhe servem de lingua.

Apresentamos alguns exemplos, tendo em vista não os naturaes e legaes leitores d'este trabalho escolar, mas alguma *rara avis* que eventualmente possa acontecer ler-nos.

Consideremos em primeiro logar o caso mais vulgar e banal da especie — a arterite cerebral syphilitica. A doença coarcta o calibre do vaso ou restringe o orificio d'um ramo emergente do ponto affectado, mas tudo continua em silencio ou quasi até que subitamente um coalho se formou, obturando completamente o canal. Este coalho cresce, estendendo-se a montante até ao ramo collateral que se encarregue do transporte sanguineo vica-

riante: se nenhum existe n'estas condições, então o coalho estende-se, a juzante, aos ramusculos arteriaes.

A zona ou região cerebral tributaria da arteria arrolhada fica em apoplexia funccional ou como morta. A menos que se estabeleça uma circulação collateral dentro de uma ou duas horas, a zona faminta necrosa-se «amollecimento necrotico» com perda definitiva de funcção. Mas aqui não ha de especificamente syphilitico senão o processo que evoluciona na parede arterial: o thrombo tem tanto de syphilitico como quando resulta d'uma inflamação banal do endothelio; isto é: nada. E assim um tratamento anti-syphilitico, embora possa rapidamente curar a doença arterial, é absolutamente inefficaz para modificar a situação funcional creada pelo thrombo.

Tomemos ainda para exemplo o caso d'uma gomme syphilitica desenvolvendo-se nas meninges espinaes. Mais ou menos rapidamente segundo a razão do crescimento, installa-se uma paraplegia; mas a gomme determinou a paraplegia por compressão, precisamente como o faria o mal de Pott ou um tumor de qualquer natureza na mesma situação. Se a compressão é lenta os filamentos nervosos perdem o seu poder de conducção muito antes da sua total destruição.

Durante esta phase póde estabelecer-se a *degenerescencia secundaria* com todo o seu cortejo de symptomas, e sem embargo muitos filamentos nervosos podem conservar como que *latente ou dormente* um certo gráo de conductibilidade, compativel com o seu restabelecimento ou renovação logo que tenha desaparecido a causa comprimen-

te; mas n'este caso o tratamento anti-syphilitico opéra exactamente como quando cirurgicamente removemos um sarcoma espinal causador de paraplegia.

Syphilomas podem igualmente originar-se na espessura das bainhas dos nervos craneanos e dar lugar a analogos effeitos — suspensão de função com paralysisia ou anesthesia na região tributaria, susceptivel de cura se a compressão é removida a tempo.

Se a localização do syphiloma é nas meninges cerebraes as cousas passam-se analogamente; mas aqui, como nos nervos, como nas meninges rachidianas o processo de crescimento ou neoplasico passa gradualmente a uma — outra phase — a d'inflamação.

O processo especifico caracteristico é *neoplasico*, isto é, caracterisado pela formação de tecido que, quando recente, é d'aspecto semigelatinoso e semelhante, sob o ponto de vista hystologico, ao tecido embryonario ou granuloso. Após algum tempo torna-se mais consistente e soffre uma de duas alterações: os seus elementos transformam-se em fibras ou então soffrem a degenerescencia gordurosa e caseificação.

Note-se, porém, que esta caseificação no caso sujeito jámais se dá em massa, como na evolução de focos tuberculosos; mas antes é sempre discreta, disseminada em massas pequenas relativamente, ainda mesmo quando se dá o caso de coalescerem alguns nodulos caseosos.

A caseificação em focos dispersos e o aspecto gommoso, eis os dois caracteres typicos de taes produções especificas.

Todo o processo histofrmador, seja qual fôr a sua natureza, implica perturbação vascular proporcional á rapidez da sua evolução ; assim comprehendese que o tecido syphilomatoso, em regra de formação rapida, se faça acompanhar de congestão activa e mesmo de inflamação.

Temos pois dois elementos — inflammatorio e neoplastico em todo o processo syphilitico, sendo que o primeiro prepondera tanto mais quanto mais aguda ou rapida é a formação syphilitica.

Tal é a posição da maioria dos espiritos medicos a respeito de syphilis, ainda hoje, tal é a opinião ou doutrina classica; ha porém factos que não cabem dentro d'este molde, comquanto sejam incontestavelmente derivados immediatos da syphilis. Esses factos tem sido trazidos á luz por varios abservadores de que citaremos especialmente dois: Fournier em França e Erb na Alemanha.

Com menos pretensão e arrogancia que Fournier, Erb anda abrindo brechas na doutrina classica com factos d'observação ha mais de vinte annos, tendentes a provar que a syphilis é capaz de atacar os elementos nervosos directa e pessoalmente, sem realizar nenhuma apparencia de gomme, infiltração gommosa ou endothelite, possivelmente em virtude da acção de venenos especificos desconhecidos, syphilo-toxinas ou coisa que o valha.

Assim a esphera das affecções syphiliticas da medulla vae gradualmente augmentando, sendo o caso que faz objecto da nossa dissertação especialmente comprovativo da insufficiencia da concepção classica.

Fournier, por outro lado, com uma indole mais systematico-dogmatica, como é proprio d'um latino, revelou-nos a doutrina da para-syphilis, da qual se proclama *urbi et orbi* o inventor sem embargo de «son père en rester l'inspirateur et l'auteur anonyme».

Dois caracteres individualisam ou definem as affecções para-syphiliticas: 1.^o — São banaes ou seja não especificas, isto é, podem apparecer independentemente da syphilis; ao passo que as lesões especificas ou syphiliticas propriamente taes, como as gommas e placas mucosas, jámais se observam fóra do dominio da syphilis. 2.^o — Os medicamentos especificos — mercurio e iodeto de potassio — agem muito differentemente sobre as affecções para-syphiliticas e sobre as syphiliticas proprias. Ha mesmo um abysmo entre ellas. O effeito d'estas drogas na para-syphilis ou é nullo (caso mais geral) ou tão lento, incompleto e superficial que fica duvidoso; ao passo que na syphilis propria é rapido e efficiente. Tal é, segundo Fournier, o fundamento da demarcação entre syphilis e para-syphilis: banalidade da manifestação e refractariedade ao tratamento especifico.

Quanto ao caracteristico da *banalidade*, o proprio Fournier, confessa uma quantidade de manifestações syphiliticas proprias, perfeitamente banaes.

Por exemplo: febre, anemia, asthenia, emmagrecimento, cachexia, etc., e ainda algias e nevroses, nada tendo de especifico senão a origem, mas cedendo ao tratamento especifico. Fica portanto estabelecido que ha na historia da syphilis muita affecção *banal*, sem ser por este facto para-syphili-

tica. Mas temos ainda a registrar outra consideração a proposito da banalidade:

Em 36 observações de gomme da abobada palatina Fournier não achou syphilis anterior em 44 % dos casos, ao passo que esta se lhe deparou em mais 10 % dos casos de *tabes*, affecção para-syphilitica. Inferiremos d'aqui que o *tabes* é uma manifestação mais característica ou especificamente syphilitica do que a gomme palatina?

Em vez de *tabes* poderíamos ter escripto — *paralysis* geral.

Quanto ao segundo character parece-nos de somenos importancia. Não é preciso ter uma grande experiencia clinica para saber que a pratica nos depara casos de syphilis propria, altamente resistentes ao tratamento. Denominal-os-hemos por isso para-syphiliticos?

O que precede parece-nos sufficiente para provar que os alicerces da «para-syphilis» não tem grande solidez.

Muito antes de Fournier, Hutchinson aventara esta affirmacão: «Não ha absolutamente nenhuma lesão ou doença que seja peculiar á syphilis». Para este grande syphiligrapho a syphilis, nas suas exhibições atravez do espaço e do tempo, seria comparavel á hysteria, a que Laségne chamou a doença mimetica por excellencia.

Como esta, a syphilis servir-se-hia invariavelmente dos figurinos da pathologia. Isto parece-nos grande exagero, mas contem muitissima verdade.

A invenção da para-syphilis não é propriamente uma descoberta; ou melhor o que é novo é a palavra; quanto ao significado, esse já antes de Fournier andava expresso pelas palavras — *syphi-*

lis quaternaria — pseudo-syphilis, post-syphilis, degenerescencia post-syphilitica.

A syphilis, como o alcoolismo, como o paludismo, como o saturnismo, tem manifestações proprias especificas, mas é capaz de desentranhar-se em consequencias privadas de toda a especificidade, bem á maneira da guerra (para me servir de outra phrase de Hutchinson) que póde dar e dá com effeito em regra, como resultado, a fome.

O que precede não significa menos respeito pelo grande professor do hospital de S. Luiz, cuja personalidade scientifica está sufficientemente estadiada sobre a sua infatigavel campanha de heredo-parasyphilis, na qual o seu grande merito consiste em ter sido um denodado campeão a favor da ideia: a syphilis-calamidade ou praga social.

Erb, o illustre professor da Universidade de Heidelberg, o creador do electro-diagnostico, tendo estabelecido e feito acceitar no quadro nosologico a entidade paraplegia espasmodica, tem desde 20 annos a esta parte colligido material para estabelecer uma variante d'esta doença, a paralysisa spinal syphilitica, sobre a qual ainda ha bem pouco fez a licção de abertura do hospital de West London.

Quanto a mim, tendo-se-me deparado um caso confirmativo das vistas do illustre professor, entendi registral-o, embora não nutra illusão sobre o destino que o aguarda.



Paralysisa espinal espastica — Paraplegia espatica primitiva — ERB

Tabes dorsal espasmodico — CHARCOT

Erb, em 1875, apresentou a uma assemblêa de neurologistas do sudoeste da Allemanha um syndroma que lhe pareceu sufficientemente valioso e caracteristico para ser introduzido na nosologia, considerando-o, só por si, como uma nova fórma de doença.

Este syndroma era constituido sómente por tres symptomas: um certo grau de fraqueza (pareisia) nas extremidades inferiores, maior ou menor rigidez muscular na mesma região e um augmento dos reflexos tendinosos. Nenhum outro symptoma se notava, nem perturbações de sensação, dos sphincters, das funcções dos órgãos de geração, da nutrição dos musculos ou estrutura da pelle, nem anomalias cerebraes ou dos órgãos dos sentidos.

A esta triade symptomatica que, sem duvida, se relacionava com uma alteração da espinal medulla deu Erb o nome de *paralysisa espinal espastica*.

Embora sem o testemunho da autopsia, mas fundando-se em factos clinicos e anatomicos, ao tempo já conhecidos, e ainda por analogias clini-

cas, Erb tentou provar que se deveria encontrar uma esclerose chronica, lentamente ascendente, (degenerescencia cinzenta) dos cordões lateraes da medulla, particularmente limitada, ou talvez exclusivamente, aos feixes pyramidaes lateraes ou cruzados, constituindo o substractum anatomico da doença.

Esta degenerescencia era n'esta epocha denominada *esclerose lateral primitiva ou primaria*.

Algun tempo depois appareceu Charcot que, tendo já publicado uma série de casos similares ou proximamente relacionados, descreveu o mesmo grupo de symptomas sob a denominação de *tabes dorsal spasmodico*, e chegou precisamente ás mesmas conclusões com respeito ás bases anatomicas provaveis que Erb havia indicado.

Em pouco tempo as observações de Erb e de Charcot foram corroboradas em diversos centros scientificos.

De alguns pontos porém surgiram objecções, especialmente por parte da escola de Berlim que se não associava a este modo de vêr e julgava que o quadro clinico apresentado por Erb era simplesmente um grupo de symptomas, que podia ser encontrado em doenças da medulla e do cerebro, nas mais variadas condições.

Erb então formulou a seguinte pergunta: quando isso mesmo fosse exacto, a occorrença natural e expontanea da triade symptomatica dependeria de uma definida e typica base anatomica?

Este assumpto, problema de resolução difficil e delicada, proporcionou larga discussão, porque faltava a prova d'onde se auferisse a certeza: a autopsia.

Esta prova faltou quasi em absoluto durante os primeiros annos.

Aconteceu que, n'um grande numero de casos diagnosticados como paralysisa espinal espastica, a necropsia revelára as mais diversas condições anatomicas, condições que tinham, entretanto, os seguintes caracteres communs: em cada caso havia uma lesão symetrica dos feixes pyramidaes, em qualquer ponto do seu extenso tracto; comtudo não existia uma degenerescencia symetrica dos mesmos feixes.

Na maioria dos casos observados encontrou-se uma esclerose multipla, apresentando outros hydrocephalia chronica, tumores na região de decussação das pyramides, syringomyelia, doenças de systemas combinados, doenças cerebraes symetricas, etc.

Um exame critico e cuidadoso do quadro symptomatico mostrou que não se tinha constatado um só caso de paralysisa espinal espastica pura, mostrando, no entanto, que se tinham commettido erros de diagnostico em muitos casos.

Erb affirmou que estes casos, que apresentavam uma esclerose primitiva pura dos feixes pyramidaes, pertenciam á esclerose lateral amyotrophica e que se mostravam acompanhando sempre a degenerescencia cinzenta chronica das columnas anteriores.

A autopsia, ainda rara n'essa epocha, não tinha fornecido uma prova concludente.

Este assumpto permaneceu indeciso mais de vinte annos, aguardando-se que qualquer outra fonte o viesse pôr em evidencia, attendendo a que a doença é extremamente rara, extremamente

chronica e considerando que só por si não conduz a um resultado fatal.

Os factos apparecem por fim.

Em primeiro logar o quadro clinico symptomatico tornou-se melhor conhecido no seu estado de pureza, devido a um mais cuidadoso diagnostico critico, assim como foram eliminados os casos mixtos causados por outras condições. Durante alguns annos seguiram-se casos individuaes, provando-se que o quadro symptomatico permanecia absolutamente constante. Vestigios de outros symptomas não foram, por consequencia, addicionados á triade symptomatica.

Por fim foi reconhecido um quarto symptoma, o reflexo, chamado de Babinski, da planta do pé com dorsi-flexão do dedo grande que está na mais intima relação com o exagero dos reflexos tendinosos e que, apparentemente, é tão constante como esse exagero de reflexos.

Erb diz conhecer muitos casos que, depois de 18, 20 e 26 annos, permaneciam perfeitamente immutaveis. D'esta fórma não era licito duvidar da individualidade do quadro clinico. Além d'isso registram-se alguns casos absolutamente identicos em que a paralysisa espinal espastica apparece como uma doença de familia, sempre com a mesma individualidade, originada por influencias hereditarias.

Esta herança tem fornecido casos em muitos membros da mesma familia, quer em creanças, quer em adultos.

Para estes casos encontrou-se tambem uma prova decisiva *post-mortem*.

Cada uma das observações feitas nos cadaveres mostrou como principal e mais importante

uma esclerose dos feixes lateraes posteriores, especialmente dos feixes pyramidaes.

ACHADOS POST-MORTEM

Citarei alguns casos dos colleccionados por Erb e por elle referidos na sua lição, sobre esta doença, feita no Hospital de West London :

CASO 1.º — Observado por Minkowski. Clinicamente — o quadro puro da paralyisia espinal espastica; anatomicamente — uma esclerose quasi pura dos feixes pyramidaes (com ligeiras alterações nos feixes cerebellosos.

CASO 2.º — Observado por Strümpell. Um homem de 63 annos que tinha um irmão soffrendo da mesma doença; clinicamente apresentava o quadro typico da paralyisia espinal espastica pelo menos durante 20 annos; anatomicamente uma degenerescencia typica dos feixes pyramidaes desde a região lombar á cervical; (além d'isso uma leve degeneração dos feixes cerebellosos directos, e uma ainda mais insignificante dos feixes de Goll na parte superior da espinal medulla) (¹).

CASO 3.º — Observação de Degerine e de Sottas. Clinicamente um caso de paralyisia espinal

(¹) Strümpell queria por este facto reconhecer esta doença entre as de systemas combinados, porém Erb diz que a lesão dos feixes pyramidaes é n'este caso certamente a mais antiga, devendo ser considerada primaria.

espastica de 25 annos de duração; morte por pneumonia aos 66 annos; anatomicamente uma esclerose accentuada dos feixes pyramidaes desde a região lombar á cervical; esclerose parcial e ligeira dos feixes de Goll na região cervical; além d'isto, tudo normal.

CASO 4.^o — De Danaggio. 1897 — Homem de 61 annos de idade. Clinicamente — durante 2 annos e 3 mezes, o quadro typico da paralysis especial espastica; morte por pneumonia; anatomicamente — exclusivamente uma degenerescencia pura primaria dos feixes pyramidaes.

(Um caso absolutamente typico).

CASO 5.^o — De Friedmann — Homem de 52 annos. Clinicamente, durante 2 annos, o quadro typico da paralysis espinal espastica pura (vestigios de perturbações de sensibilidade) (?). Apoplexia; morte por pneumonia; anatomicamente só apresentava uma degenerescencia classica dos feixes pyramidaes (vestigios de degenerescencia dos feixes cerebellosos directos); arterite obliterante da arteria basilar.

CASO 6.^o — De Strümpell. Clinicamente o quadro da paralysis espinal espastica pura. Morte depois de 30 annos de doença; anatomicamente encontrou-se leve degenerescencia typica dos feixes pyramidaes da região lombar á região das pyramides, feixes cerebellosos directos quasi nada affectados, feixes de Goll apenas ao de leve na região cervical superior.

Este caso pertence á fôrma hereditaria.

CASOS 7.º E 8.º — De Bichoff — Dois irmãos dos seus 8 e 10 annos soffrendo de rigidez espastica das pernas, subindo vagarosamente das pernas para a cabeça, desenvolvimento intellectual pobre; além d'isso, clinicamente o quadro typico da paralysisa espinal espastica. Morte por tysica, depois de 20 annos, pouco mais ou menos, de duração da paralysisa.

Anatomicamente a degenerescencia typica dos feixes pyramidaes, estendendo-se para cima até ao bolbo e não mais além, feixes cerebellosos directos e feixes de Gowers livres, feixes de Goll extremamente affectados. Na substancia cinzenta das columnas anteriores atrophia das cellulas ganglionares (evidentemente occorrendo para o fim da vida). O auctor chama degenerescencia á lesão encontrada nos cordões da medulla (inteiramente analoga á condição encontrada por Strümpell) e considera que a existencia de uma fôrma infantil hereditaria da paralysisa espinal espastica se acha provada.

CASO 9.º — Ida Democh. 1900 — O caso é clinica e anatomicamente complicado. Clinicamente o quadro typico da paralysisa espinal espastica combinado com signaes de alcoolismo chronico, dôres, tremuras, etc. Anatomicamente — degenerescencia primaria dos feixes pyramidaes, leve degenerescencia dos feixes de Goll, hydromyelia congenita na medulla lombar e dorsal, feixes cerebellosos directos livres; todavia, como o auctor provou, isto póde ser classificado um caso de degenerescencia primaria dos feixes pyramidaes da paralysisa espinal espastica.

CASO 10.º — É um caso muito recente descrito pelo Dr. Kune (Deut. Leit. f. Nerven k xxii, p. 144) e cujo exame microscopico foi feito pelo professor Strümpell.

Clinicamente era um caso typico de paralysisa espinal espastica e anatomicamente havia exclusivamente uma degenerescencia primaria caracteristica dos cordões lateraes.

O resultado d'estes casos póde reunir-se do seguinte modo: em todos elles ha uma lesão pura dos feixes pyramidaes e, em addicção, ligeiras lesões dos feixes cerebellosos directos e vestigios de esclerose dos feixes de Goll.

E Erb conclue dizendo que estas ultimas são objecto de uma importancia secundaria, pois não causam nenhuns symptomas clinicos e occorrem sob as mais variadas circumstancias, sem que coisa alguma se conheça a seu respeito.

E isto parece-me accetavel, pois que o tabes, por exemplo, todos o consideram como uma esclerose dos cordões posteriores. Comtudo, em muitos casos de tabes, são tambem encontradas alterações dos feixes lateraes e anteriores e da substancia cinzenta.

Além d'isto, é geralmente nas doenças de longa data e em pessoas edosas, soffrendo de doenças de-pauperantes, que taes mudanças se observam em geral.



Quadro clinico da paralyisia espinal espastica

A paralyisia espinal espastica não é vulgar, apparecendo muito mais raras vezes que o tabes.

Em geral, o seu principio é vago e insidioso.

Porém, ainda que raras vezes, apparece com uma fôrma mais rapida, denunciando o doente alguma sensação de peso, ligeira fraqueza, arrastamento sem dôr d'uma ou outra perna e, quando muito, sómente cansaço depois de haver feito prolongado esforço.

Após este esforço não apresenta paraesthesia das pernas e quando a apresenta é muito leve e transitoria.

A doença progride tão vagarosamente como começou, as pernas tornam-se mais pesadas, o passo é cada vez mais difficil, arrastado e distinctamente espastico, podendo, occasionalmente, occorrer caimbras musculares, contracções dos musculos das pernas e nada mais.

O exame objectivo revela, depois da doença ter já alguns mezes ou mesmo um anno a triade symptomatica caracteristica: uma certa fraqueza e uma tal ou qual *gaucherie*, muito leve, nos movimentos das pernas, tanto que muitas vezes, de-

pois de muito tempo, nada se nota no caminho da paresia e muito menos da paralyisia.

A ataxia nunca existe. Porém, o que é distincto e que se observa nitidamente é o espasmo e a rigidez dos musculos, que vae desde a resistencia elastica durante os movimentos passivos até á contractura rigida, que augmenta temporariamente com a acção muscular energica, exigindo depois grande esforço para se fazer a extensão.

Por ultimo observa-se o bem accentuado exagero dos reflexos tendinosos (clonus rotuliano, clonus do tornozelo, reflexos dos periosseos, fascias e de numerosos tendões que, normalmente, apenas produzem alguns reflexos), com involuntario clonus do pé (espinal epilepsia), quando o doente está sentado.

Ao que fica dito deve accrescentar-se o reflexo pathologico plantar (demorada dorsi-flexão do dedo grande do pé quando se toca levemente a planta), que foi recentemente descripto por Babinski.

Da fraqueza, rigidez muscular e exagero de reflexos resulta a caracteristica marcha espastica (arrastar das pernas rigidas, exactamente uma em frente da outra e raspando o solo, tendencia a marchar sobre as pontas dos dedos, movimento de inclinação do tronco a cada passo, mas sem incoordenação nos movimentos).

Como signal precoce do processo gradualmente ascendente até aos membros superiores encontra-se algumas vezes augmento dos reflexos tendinosos dos mesmos.

Isto é tudo.

De resto nada mais se tem encontrado: altera-

ções de sensibilidade, o signal de Romberg, mudanças nas funcções da bexiga, intestino ou órgãos de geração, atrophias musculares, mudanças nas suas reacções electricas, ataxia, perturbações dos órgãos dos sentidos, pupilas, nervos cerebraes, palavra, funcções psychicas, memoria, etc.



Paralysisa espinal syphilitica

O celebre medico neurologista Erb descreveu, em 1892, uma segunda fórma clinica de doença que tem, com a precedentemente descripta, uma grande semilhança, porquanto nos mostra claramente a mesma marcha espastica que constitue n'aquella a unica característica, como já detalhadamente mostramos.

Ha, no entanto, signaes definidos e caracteristicos que a separam d'ella, bem como dos outros quadros symptomaticos conhecidos.

N'esta nova fórma de doença encontram-se, além de todo o quadro symptomatico da paralysisa espinal espastica, perturbações de bexiga e perturbações de sensibilidade.

Segundo as observações até hoje feitas, esta fórma de doença tem apparecido sómente em individuos que antecedentemente haviam sido syphilisados e, por isso, Erb, presumindo que a syphilis é sempre o seu factor etiologico, denominou a doença *paralysisa espinal syphilitica*.

São muitas as divergencias que existem quanto á individualidade do quadro clinico e muito principalmente quanto ás bases anatomicas d'esta doença.

Eu, quanto á sua anatomia pathologica, nada de pessoal posso dizer, porém, quanto ao quadro clinico descripto por Erb e á sua presumpção de que esta doença se dá sempre em individuos anteriormente syphilisados, folgo de ter encontrado um caso que vem concordar com as affirmações feitas pelo distincto professor da Universidade de Heidelberg.

Assim, passo a transcrever o quadro clinico da doença apresentado por Erb n'uma licção que, sobre este assumpto, fez em outubro do anno passado, no hospital de West London, e em seguida apresentarei o caso clinico de minha observação a fim de fazer o seu confronto.



Quadro clinico da paralysisa espinal syphilitica apresentado por Erb

«Quando um individuo, soffrendo de paralysisa espinal syphilitica se vos apresentar, notareis immediatamente o seu andar difficil com as pernas rigidas (fortemente apertadas uma contra a outra), os pés como pregados ao chão raspando o solo a cada passo e caminhando sempre com o auxilio de um pau. Eis a descripção da marcha espastica typica.

Examinando-o, encontrareis fraqueza mais ou menos accentuada, paresia dos pés e das pernas e rigidez muscular, que muitas vezes é ligeira em comparação com a difficuldade de andar, porém, outras vezes bastante pronunciada.

Encontrareis além d'isso um grande augmento dos reflexos tendinosos, clonus da rotula, clonus do tornozelo, casualmente o reflexo de Babinski com dorsi-flexão do dedo grande e tambem alterações objectivas e subjectivas de sensibilidade. Estas embora, sejam geralmente apenas esboçadas, podem comtudo, ser descobertas após um exame bem attento.

Ha mais ou menos fraqueza de bexiga, especialmente incontinencia e tambem retenção, de

fórma que o doente não póde dispensar a algaliação e o urinol portatil.

Usualmente ha alguma fraqueza dos orgãos de geração.

Nos braços nada se nota a não ser por vezes um ligeiro augmento dos reflexos tendinosos.

Cabeça, nervos cerebraes, olhos e musculos, palavra e intelligencia, etc., não são affectados.

Interrogado o doente, narra que a sua doença começou vagarosamente, primeiro pelas pernas, com fraqueza e rigidez progressivas e que cada vez se cança mais; em geral não sentindo dôr alguma.

Em alguns casos e não sem frequencia as perturbações vesicaes são o primeiro e, durante muito tempo, o unico symptoma.

Além d'isto sabereis que o paciente teve, ha algum tempo ou recentemente, a infecção especifica que elle tratou mais ou menos completamente».



Caso clinico

OBSERVAÇÃO PESSOAL

A... M..., natural de Villa Real, 32 annos, casado, jornaleiro.

Entrou para o hospital geral de Santo Antonio no dia 4 de novembro de 1902, sendo recolhido na enfermaria n.º 3.

Deu motivo á sua entrada a extrema difficuldade que sentia em andar, não o podendo fazer senão appoiado a um pau e ainda assim com grande custo. Além d'isso não podia urinar voluntariamente, correndo-lhe a urina com pequenos intervallos, gotta a gotta. A defecação era tambem involuntaria.

O doente accusava tambem uma ligeira dôr em cintura na região supra-umbilical, dôr que era permanente e que augmentava notavelmente de intensidade com os esforços feitos para urinar.

No dia 11 do mesmo mez foi passado para a sala de clinica medica, onde me foi distribuido.

ANAMNESTICOS FAMILIAES

O pae morreu ha mais de dous annos com cincoenta annos de idade, tendo estado doente

tres mezes. Foi sempre saudavel até contrahir a doença que o victimou e cuja natureza me foi impossivel averiguar.

A mãe morreu quando o doente ainda era de tenra idade, motivo porque não soube informar-me a respeito d'ella.

O doente teve tres tios dos quaes dous morreram no Brazil, ignorando o doente de quê, mas dizendo que, emquanto estiveram em Portugal, foram sempre saudaveis.

O outro tio, que ainda vive, esteve tambem no Brazil e logo que regressou appareceu-lhe uma tumefacção na face anterior do cotovello esquerdo, o que lhe impedia a flexão do braço.

Esteve nas Caldas de Arêgos, curando-se. De resto, foi sempre saudavel.

A unica irmã do doente foi syphilisada por um individuo com quem mantinha relações sexuaes, pelo que esteve no hospital de Villa Real sujeita ao tratamento mercurial, sahindo curada.

Na occasião em que a irmã contrahiui a infecção especifica, tinha esta uma filha que amamentava e que contrahiui tambem a syphilis.

A filhita esteve tambem no hospital de Villa Real onde foi sujeita ao tratamento mercurial sahindo curada das lesões que motivaram a sua entrada alli.

A. M. teve tres filhos: dous rapazes e uma rapariga.

O mais novo, estando apartado do seio havia pouco, convivia muito com a tia no tempo em que esta amamentava a filha e, por essa occasião, appareceu-lhe uma tumefacção na face que depois abriu para o exterior, cahiu-lhe o cabello e além

d'isso apresentava na bocca umas pequenas elevações esbranquiçadas.

O pequeno curou-se no hospital de Villa Real com o tratamento mercurial.

Este filho morreu aos tres annos de idade sem que A. M. me soubesse dar indicações da doença que o victimou.

A filha apresentou tambem uma infecção suspeita que curou no hospital de Villa Real, onde he ministraram o tratamento mercurial.

Conta actualmente 8 annos.

O terceiro filho do doente, que ao tempo estava em casa da avó, nada teve. Morreu repentinamente aos tres annos de idade, não me sabendo A. M. dar mais indicações.

A mulher do doente apresentou tambem uma infecção genital de que se curou com o tratamento especifico no hospital de Villa Real.

ANAMNESTICOS DO DOENTE

A. M. foi sempre saudavel até novembro de 1900, epoca em que lhe appareceu uma ulceração no labio superior junto á commissura esquerda, formando uma leve saliencia avermelhada e indolente.

Tres mezes depois, em janeiro de 1901, cobriu-se-lhe o corpo de um erythema de côr vermelho carregado, ao qual se seguiu uma erupção papulosa côr de presunto, confluindo em algumas regiões do corpo, principalmente no scroto e virilhas, cujas papulas mais tarde ulceraram. Houve febre.

N'essa occasião soffreu tambem de cephalalgias

não muito intensas; além d'isto sentia dôres de garganta e na região lateral do pescoço por deante do sterno mastoideu. Cahiu-lhe o cabello.

Isto motivou a sua entrada para o hospital de Villa Real, onde, mais d'um mez, esteve sujeito ao tratamento mercurial.

Sahiu então, julgando-se curado.

Um mez depois, em principios de março, appareceram-lhe duas ulcerações no penis, uma ao nivel do meato e outra no prepucio.

Tendo ido para Braga, recolheu ao hospital e ahi esteve vinte e tantos dias, tratando-se localmente com iodoformio, tomando umas pilulas e fazendo fricções mercuriaes. Sahiu restabelecido e voltou para o trabalho.

ANAMNESTICOS DA DOENÇA

O doente informou-me de que, pouco tempo antes do Carnaval de 1902, começou a sentir um certo peso nas pernas e, na quarta-feira de Cinza, sentiu repentinamente uma vontade imperiosa de urinar, vontade acompanhada de uma dôr supra-umbilical, podendo realizar a micção sómente depois de grandes esforços e baixando-se.

Depois de conseguir fazer a micção, levantou-se com grande custo e, passado pouco tempo, a dôr supra umbilical irradiou em cintura tornando-se permanente, augmentando sempre no momento da micção que o doente não podia fazer senão ás gottas.

A sensação de peso nas pernas foi-se accentuando de fórma que A. M. cançava quando ca-

minhava, assim como lhe tremiam as pernas quando se demorava algum tempo na posição erecta.

Proximo á Paschoa do mesmo anno, entrou de novo para o hospital de Villa Real, onde, pouco tempo depois, se lhe manifestou retenção urinaria com incontinencia e mais tarde cystite.

Concomitantemente appareceram-lhe as perturbações de defecação. (Diz o doente que sentia uma vontade quasi permanente de defecar, não conseguindo comtudo fazel-o quando desejava, senão muito raras vezes, e que havia occasiões em que a expulsão das fezes se fazia involuntaria e abundantemente.

No hospital algaliavam-o e ministravam-lhe xarope de Gibert. Mez e meio depois o doente sahiu no mesmo estado.

Passados oito dias appareceu-lhe uma ulceração na glande que o doente diz ter curado com a applicação de calomelanos e cuja cicatriz é ainda bem visivel e de base endurecida.

Este tratamento fel-o o doente em casa e a conselho de um amigo.

O medico da localidade tambem o examinou e mandou-lhe applicar tintura de iodo ao longo do rachis e prescreveu iodeto de potassio.

Mais tarde o mesmo medico aconselhou o doente a que fosse para as Caldas de Arêgos, o que fez sem resultado.

A. M. diz que, algum tempo depois de se lhe accentuarem as perturbações da bexiga e de defecação, deixou tambem de poder exercer as funcções genitales por falta de erecção.

Nada mais consta da historia da doença que se foi aggravando pouco a pouco até á sua entrada

para o hospital geral de Santo Antonio, para a enfermaria 3, onde esteve, até passar para a sala de clinica medica, sujeito ao tratamento seguinte: pilulas de deuto-iodeto de mercurio, iodeto de potassio, applicação de pontas de fogo sobre a região rachidiana e lavagens da bexiga com agua borica.

EXAME DO DOENTE

O doente é robusto e bem constituido. O estado geral é satisfactorio. Temperatura normal. Apparelhos respiratorio e circulatorio normaes, funções digestivas normaes.

Como symptomas subjectivos accusou perturbações de bexiga (dôres, retenção e incontinencia urinarias), perturbações do lado do recto (retenção e incontinencia das fezes), sensação de peso nas pernas e, algumas vezes, abalos musculares.

Symptomas objectivos: — Exagero notavel dos reflexos tendinosos rotuliano e do tendão d'Achilles. Clonus do pé. Reflexo cutaneo de Babinski com dorsi-flexão do dedo grande do pé. Reflexo cremasteriano por compressão do sapheno.

Reflexos dos membros superiores ligeiramente augmentados.

Os membros inferiores offereceram resistencia quando, imprimindo-lhes movimentos, os forcei a passar da extensão á flexão e vice-versa. Depois de obrigar o membro a uma extensão forçada, para fazer a flexão era necessario empregar muito maior esforço.

Quando sentado, o doente apresentava o phenomeno do pé (tremor epileptoide).

Não andava senão fortemente apoiado a um pau, levantando com muito custo os pés do solo, a ponta do pé arrastava ao dar o passo, descrevendo uma curva para ir collocar-se exactamente em frente do pé que estava apoiado.

Além d'isso, quando em pé, observei que havia um continuo tremor dos membros inferiores.

A sensibilidade estava ligeiramente embotada, accentuando-se mais na parte interna das pernas onde se conseguia espetar um alfinete sem que o doente fizesse o minimo signal de haver sentido dôr, ainda que pequena.

As urinas eram purulentas e fortemente amoniacaes.

Os ganglios das virilhas, o epitrochleano direito e os dos triangulos supra-claviculares estavam infartados.

Na base da glande apresentava uma cicatriz de base endurecida.

* * *

Como se vê da historia do doente resalta incontestavel a existencia de uma infecção syphilitica, não só pela sequencia das lesões, como tambem pela influencia benefica por duas vezes verificada do tratamento especifico.

Quanto ao quadro clinico condiz perfeitamente com o descripto por Erb, de modo que se trata positivamente de um caso de paralysisa espinal syphilitica.

Demais, a doença, desde o seu inicio, tem permanecido immutavel quanto ao seu aspecto clinico.

Anatomia pathologica

Antes que houvesse provas de autopsia feitas em casos typicos e bem accentuados, Erb fez algumas affirmações quanto ás bases anatomicas provaveis d'esta doença.

A Erb parecia-lhe não existir uma completa-lesão transversa ou de systemas combinados, porém, sómente uma lesão parcial symetrica situada em ambas as metades da medulla da região dorsal, principalmente nos feixes lateraes posteriores, interessando parcialmente as columnas cinzentas posteriores e os cordões posteriores.

Quanto á natureza da lesão, se se tratava de uma infiltração especifica ou de uma infecção syphilitica dos vasos de character degenerativo, o illustre professor não emittia opinião.

Outros professores não menos illustres diziam que de novo nada havia no assumpto e que se devia estar em presença d'uma simples myelite gommosa, doença syphilitica dos vasos ou da bem conhecida meningo-myelite syphilitica.

Porém, mais tarde, appareceu com alguma surpresa n'uma série de casos typicos, não o quadro que se esperava encontrar, nomeadamente uma

myelite especifica, ou arterite, ou infiltração gommosa, mas sim lesões de systemas combinados, isto é: uma degenerescencia primaria cinzenta em varios systemas de fibras da espinal medulla, principalmente na metade posterior dos cordões lateraes, (feixes pyramidaes, feixes cerebellosos directos e feixes de Gowers) e tambem nos posteriores (feixes de Goll) e nos postero-lateraes (feixes de Burdach).

Eis alguns d'esses casos:

CASO 1.º — Observação de Westphal — Um homem de 38 annos, com 3 annos de syphilis, apresentando os symptomas typicos da paralysisa espinal syphilitica. A morte deu-se depois de 4 annos em consequencia de amollecimento cerebral.

Encontrou-se uma lesão typica dos seguintes systemas: feixes pyramidaes, feixes cerebellosos directos, sem outras mudanças no eixo espinal.

CASO 2.º — Observação d'Erbele. Clinicamente o quadro typico da paralysisa espinal syphilitica. A doença iniciou-se aos 46 annos, tendo apparecido a infecção especifica 18 annos antes e sobrevinho a morte após 10 annos de duração da paralysisa.

Anatomicamente: uma lesão typica dos seguintes systemas de fibras — feixes pyramidaes, cerebellosos directos, de Goll e de Burdach, mais accentuada nos primeiros.

CASO 3.º — Observação de Honne — Homem de 51 annos, tendo adquirido a syphilis aos 32 — paralysisa espinal syphilitica inteiramente caracteris-

tica. Morte por carcinoma, após 5 annos de duração da doença.

Encontrou-se uma lesão typica dos feixes pyramidaes, cerebellosos directos e de Goll, estes ultimos apenas affectados.

CASO 4.º — Observação de Williamson — Um caso de paralyisia espinal syphilitica, occorendo muitos mezes depois da infecção, com um inicio um pouco desusado e repetidos ataques agudos de paralyisia, ainda assim verificou-se o quadro usual.

Encontrou-se uma lesão typica bem accentuada nos feixes pyramidaes em toda a extensão da espinal medulla, nos feixes cerebellosos directos e nos feixes de Goll, sómente na região superior e cervical; os feixes de Burdach completamente livres. Em parte alguma se encontraram vestigios de myelite transversa ou de meningite, dignos de menção.

Eis aqui 4 casos de paralyisia espinal syphilitica nos quaes se encontrou *post-mortem* uma lesão typica de systemas combinados.

Ha porém casos em que, além d'estas lesões, se encontram outras a que Erb deu o nome de *secundarias*, havendo comtudo muitos neurologistas que affirmam não se poder dizer em absoluto qual das lesões encontradas em muitos casos é a *principal* ou a *secundaria*.

CASO 5.º — Observação de Honne — Oito annos depois da infecção syphilitica, appareceu o quadro typico da paralyisia espinal syphilitica que começou vagarosamente a desenvolver-se. Morte, passados 2 annos, por pneumonia.

Post-mortem— Degenerescencia de myelite chronica do oitavo ao decimo primeiro segmento dorsal, porém, em addicção, lesões de systemas combinados, acima e abaixo d'essa região.

CASO 6.^o — Observação de Williamson — N'este caso notou-se tambem haver uma infiltração gommosa no feixe lateral.

Casos identicos foram tambem relatados por Strümpell, Dreschfeld e outros.

Como se vê pela descripção d'estes casos, ha uma parte commum em todos, qual seja uma degenerescencia multipla combinada dos feixes lateraes e posteriores. D'este modo, embora haja em alguns casos uma lesão transversa mais ou menos completa, sendo muitas vezes difficil distinguir-se qual seja a lesão primaria e a secundaria, inclino-me para a opinião de Erb que diz que o factor principal da doença é a lesão dos systemas combinados e que a lesão transversa póde ser considerada como uma complicação.

Demais, etiologicamente, isto é perfeitamente admissivel.



Diagnostic

O diagnostico não é difficil na maioria dos casos e póde ser feito com confiança, quando o quadro clinico typico d'esta doença se tenha desenvolvido vagarosa e gradualmente ou mesmo um tanto agudamente depois da intercorrencia de ferimentos, traumatismos, excessos, etc., e se possa provar a existencia da syphilis pela historia pregressa.

Como já dissemos, a paralysia syphilitica differe da fórma espastica pura pela existencia de perturbações de sensação e da funcção da bexiga.

Com a myelite transversa o diagnostico faz-se pela ausencia de definidos phenomenos paralyticos com decubitus (o que se dá com o meu caso); com a meningo-myelite pela ausencia de symptomas meningiticos e radiculares, que n'esta apparecem sempre com a sua variavel intensidade, complicando-se de paraplegia.

A myelite syphilitica (spinal gummata), amolecimentos e hemorragias causadas pela alteração syphilitica dos vasos podem ás vezes dar logar a quadros clinicos que sejam de facto difficeis de reconhecer individualmente.

As outras affecções medulares, como a esclerose multipla, syringomyelia, esclerose lateral amyotrophica, polyomyelitis anterior chronica, etc., difficilmente poderão causar embaraços ao diagnostico.



Prognostico

O prognostico d'esta doença não é inteiramente obscuro, a cura raras vezes se dá e certamente só póde ser esperada nos primeiros estadios da doença.

Em todo o caso é possivel obter-se uma consideravel duração da vida.

Casos ha, no entanto, em que a morte sobrevem dentro de algum tempo por exacerbação da doença: paraplegia, marasmo e decubitus.

No meu caso, o prognostico, embora não seja completamente obscuro, quanto á possivel duração da vida do doente por alguns annos, é-o comtudo quanto á qualidade d'essa vida, pois certamente ha-de ser miseravel.



Tratamento

O tratamento deve ser o especifico, energico e repetido: mercurio e iodeto de potassio.

Aconselha-se tambem fazer conjunctamente o tratamento usado na paralyasia espastica pura, isto é: a hydrotherapia. electricidade, massagens, gymnastica, banhos ricos em CO_2 , em arsenico e em nitrato de prata.

Quando este tratamento der resultado, persistindo comtudo sequelas teimosas, como sejam a paralyasia espastica das pernas ou as perturbações da bexiga, Erb emprega a estrychinina (repetidas injeções sub-cutaneas de $0^{\text{gr}},002$ a $0^{\text{gr}},01$) da qual diz haver tirado grandes beneficios.

No caso por mim observado, o doente foi sujeito a um tratamento mercurial muitissimo intenso (20 dias seguidos d'injeções sub-cutaneas de benzoato de mercurio na dóse de 8 centigrammas, depois de oito dias de descanso uma série de 82 injeções intra-musculares de bi-iodeto de mercurio na dóse de 16 milligrammas por dia), e ao iodeto de potassio, a principio ministrado na dóse de $2^{\text{gr}},5$ por dia, isto durante 28 dias e depois na dóse de 5 gr. por dia.

*

Conjunctamente fez-se uma série de massagens, afóra o tratamento local da infecção da bexiga (lavagens com agua bórica e injeções de nitrato de prata na diluição de $\frac{1}{500}$).

O resultado d'este tratamento foi nullo, absolutamente nullo, o que eu attribuo a ter sido começado já muito tarde. Por isso entendo que um clinico, ao descobrir n'um doente os primeiros rebates d'esta molestia, deve immediatamente prescrever a medicação especifica e o mais energica possivel.

De resto isto está perfeitamente de accordo com os dados que nos fornece a anatomia pathologica, pois que não se trata aqui d'uma verdadeira lesão syphilitica propriamente dita — myelite especifica, arterite ou infiltração gommosa — mas sim de uma lesão para-syphilitica (de um processo degenerativo, de uma esclerose) e nós sabemos que depois de organizado o tecido de esclerose não o podemos fazer regressar.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Um osso é, além d'um tecido proprio do organismo, um residuo de substancias excretadas.

Physiologia. — A vida é um equilibrio movel chimico.

Pathologia geral. — A doença é esse equilibrio movel tendendo para a estabilidade.

Materia medica. — Medica é restabelecer o equilibrio movel prestes a transformar-se integralmente em equilibrio estavel.

Anatomia pathologica. — O substractum anatomico d'uma lesão muitas vezes é apenas de natureza chimica.

Pathologia cirurgica. — Extirpar um tumôr na maioria dos casos é addiar um mal.

Pathologia medica. — A arterio-sclerose é a senilidade das arterias.

Medicina operatoria. — Para a correcção do genu valgum acho preferivel a osteotomia linear de Mac-Ewen á osteoclasia, mesmo quando feita comapparelhos de precisão.

Partos. — Muitos accidentes do *post-parto* são bacteriologicamente explicaveis pelas irrigações vaginaes e intra-uterinas.

Medicina legal. — Para legislar é preciso partir das necessidades da especie.

Hygiene. — A acção pathogenica do bacillo da tuberculose varia com o meio.

VISTO.
O Presidente,
Alfredo de Magalhães.

PÓDE IMPRIMIR-SE.
O Director,
Moraes Caldas.