

VII

N.º 127

Francisco de Mendonça Monteiro

Um caso de Polynevrite

(TRABALHO DA 2.ª CLINICA MEDICA)

TESE DE DOUTORAMENTO

apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



MAIO—1922
TIPOGRAFIA MARQUES
R. Gonçalo Cristóvão, 191
PORTO

200/7 FMP

Um caso de Polynevrite

Francisco de Mendonça Monteiro

Um caso de Polynevrite

(TRABALHO DA 2.^a CLINICA MEDICA)

TESE DE DOUTORAMENTO

apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



MAIO — 1922

TIPOGRAFIA MARQUES

R. Gonçalo Cristóvão, 191

PORTO

Saculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR INTERINO - Prof. João Lopes da Silva Martins Junior

SECRETARIO INTERINO - Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica.	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidemilogia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia topografica e medicina operatoria	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrologia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifiligrafia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de
Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.*

A' memoria de minha Mãe

Saudade.

A meus primos João e José

In memoriam.

No meu Pae

Humilde trabalho para o muito que vos dêvo e quero.

A' tia Margarida

Se todas as Mães quando voam para o Céu, deixassem os filhos entregues em tão boas mãos, que tranquilas lá viveriam !

Nos meus queridos Nôos

Dêvo-vos imenso. Nunca o
posso esquecer porque não abri-
go na alma a ingratidão !

Às meus irmãos

Antonio
Ignez
Maria Victoria
Izabel Maria
Maria Adelaide

A todos envolvo no mesmo
abraço de sincera afeição e ami-
zade.

Ào meu irmão Miguel

Que dizer-te ? Não sei.
Fala melhor a nossa amizade.

À' minha cunhada Maria Magdalena

Em pouco tempo criei uma
grande estima por Ti.

Às meus queridos Padrinhos

D. Adelaide Meira

Dr. Joaquim de Meira

Um abraço de imensa grati-
dão e amizade.

Aos meus Tios e Primos de Guimarães,
Negrêlos, Porto e Lisboa

A minha perduravel e grande
amizade para todos.

No meu companheiro de estudo

Dr. Ilidio Prazêres

Tão amigos e tão separados!

No Dr. Honseca e Castro

Um grande abraço.

Nos meus condiscipulos

Todos cabem no meu coração.

No Ex.^{mo} Corpo Docente da Faculdade
de Medicina do Porto

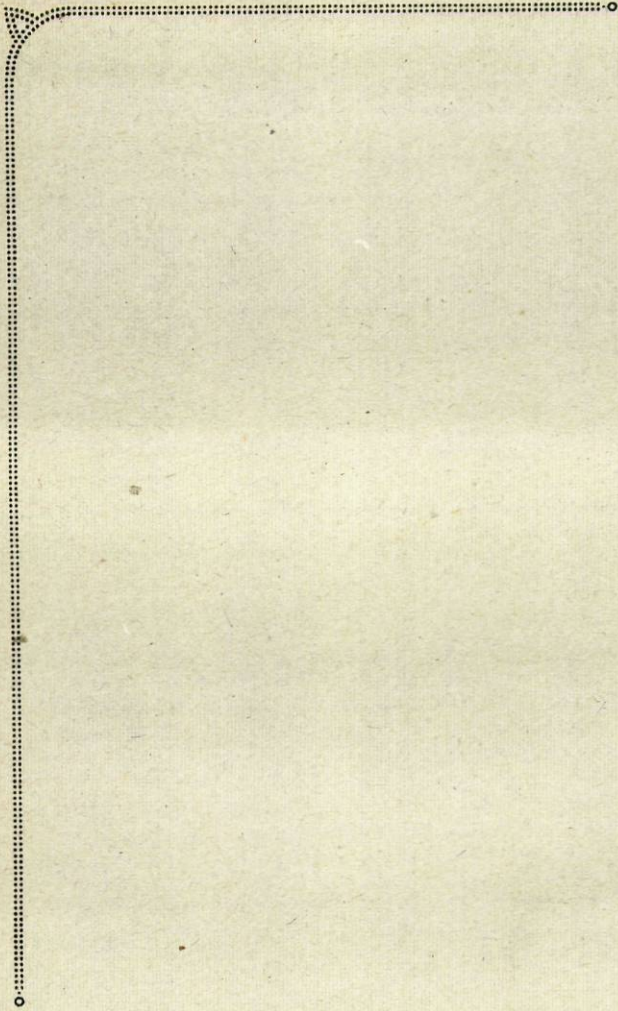
Os vossos ensinamentos serão
sempre o meu guia do futuro.

No Ex.^{mo} S^{nr.} Professor

Dr. Thiago d'Almeida

meu Presidente de Tese

Sincera homenagem do vosso
humilde e reconhecido discipulo.



Observação clinica

Doente M. G., 20 annos, casada, lavradeira, natural de Arcos de Val-de-Vez, internada na enfermaria n.º 7, Sala de Jesus.

Tendo examinado a doente encontrei a seguinte syntomatologia, que passo a descrever: A padecente encontrava-se em decubito dorsal em immobilidade completa, com fortes dores á palpação ao longo da columna vertebral. As dores expontaneas existiam, mas atenuadas.

Ambas as pernas estavam levemente flectidas sobre as coxas e estas flectidas sobre o abdomen. Os membros inferiores estavam contracturados com impossibilidade de extensão completa. Extensão e flexão dos dedos do pé esquerdo, e extensão e flexão do pé sobre a perna. Impossibilidade da extensão e flexão dos dedos do pé

direito, encontrando-se este em forte extensão sobre a perna. Impossibilidade dos movimentos activos, realisando-se os passivos sem dificuldade.

Dores fortes expontaneas, á palpação, e com os movimentos, ao longo das massas musculares, em ambos os membros inferiores e em todas as articulações.

Nos membros superiores a supinação dos ante-braços era reduzida com dores ligeiras, expontaneas e á palpação. Os movimentos das espaduas estão um pouco reduzidos, realizando-se no entanto os movimensos activos e passivos sem grande custo, aparecendo dores ligeiras com eles. Apresenta, pois, o quadro de uma quadriplegia incompleta, com os movimentos dos membros inferiores mais prejudicados do que nos membros superiores.

Sistema muscular. — Atrofia e flacidez das massas musculares, muito acentuadas nos membros inferiores, sobretudo para as extremidades, como se verifica pelas medições a que procedi:

Perna direita :

$\frac{1}{3}$ superior = 23 cm.

$\frac{1}{3}$ inferior = 21 cm.

Perna esquerda :

$\frac{1}{3}$ superior = 24 cm.

$\frac{1}{3}$ inferior = 22 cm.

*Coxa direita :**Coxa esquerda :* $\frac{1}{3}$ inferior = 31 cm. $\frac{1}{3}$ Inferior = 30 cm.

Nos *membros superiores* a atrofia e flacidez das massas musculares, são menos acentuadas, apresentando melhor estado de nutrição. Ha uma leve atrofia das eminencias thenar, e o ante-braço esquerdo está um pouco espalmado, com ligeira atrofia muscular.

No ante-braço direito a atrofia era menos acentuada. As massas musculares dos braços estavam normaes. As medições que fiz, deram o seguinte :

Punhos	{	Esquerdo	17 cm.
		Direito	16 cm.

Parte media do ante-braço	{	Esquerdo	18 cm.
		Direito .	19 cm.

Sistema nervoso. — O estudo cuidadoso feito, mostrou o seguinte: *Reflexos tendinosos* olecraneanos, rotulianos, radiaes e masseterino = completamente abolidos. Não se poude pesquisar o reflexo aquiliano. *Reflexos cutaneos*: normaes.

Dos *reflexos anormaes*, apenas existia o sinal de Babinsky no membro inferior esquerdo.

Sensibilidade subjectiva. — Dores fortes nos membros inferiores em todas as articulações e ao longo do trajecto dos grandes troncos nervosos. Dores mais atenuadas nos membros superiores, nas articulações e ao longo dos troncos nervosos. Sensação de formigueiro e de frio, muitas vezes, nos membros superiores e inferiores, mais acentuada nestes. A *sensibilidade objectiva* estava normal.

Aparelho cárdio-vascular. — Pulso pequeno, ritmico, hipotenso, levemente taquicardico (á roda de 90 a 95 pulsações por minuto); 2.º ruído aortico um pouco vibrante.

Aparelho respiratório. — Ligeira broncofonia e expiração prolongada na parte anterior dos vertices pulmonares. Leve rudeza respiratoria na parte media e anterior dos pulmões.

Aparelho digestivo. — Ligeira anorexia; funções digestivas normaes.

No *aparelho urinario* a diurese era boa e não havia elementos anormaes na urina. Não havia perturbações esfincterianas, como se pode verificar.

Vou referir-me ao eletro-diagnostico feito na doente, que mostrou o seguinte :

Corrente faradica. — Ausencia de excitabilidade dos nervos e musculos dos membros inferiores. Nos membros superiores a excitabilidade era normal.

Corrente galvanica. — Ausencia de excitabilidade dos nervos e musculos dos membros inferiores. Nos membros superiores havia uma leve diminuição.

Conclusão. — Reacção de degenerescencia nítida e completa nos membros inferiores.

Historia da doença

Ha cerca de um anno teve uma prolongada doença febril, durante trez mezes com perturbações intestinaes, que parece ter sido uma febre tifoide.

Apóz trez mezes de tratamento a doente encontrava-se restabelecida. Durante a doença houve sempre grande prostação. Passados uns mezes, quando já trabalhava começou a sentir uma violenta raquialgia e cefalalgia, febre, agi-

tação, durando-lhe este estado uns 8 a 10 dias, pouco mais ou menos.

Á medida que estas fortes dôres se atenuaram, começou então a sentir dôres mais ligeiras por todo o corpo, sobretudo nos membros, que se foram intensificando, tornando-se violentas, que a obrigaram a acamar.

Passados uns dias as dôres diminuíram muito e julgando-se por isso melhor, tentou levantar-se não o fazendo senão com custo, chegando mesmo a cair quando tentou dar uns passos. Deram-lhe umas fricções fortes com remédios caseiros por todo o corpo, não experimentando melhoras, não se podendo levantar nem mexer, peorando dia a dia. Chamou então o medico, que lhe fez uma serie grande de pontas de fogo ao longo da columna vertebral, melhorando um pouco, pois começou a mexer os membros superiores, mas continuando os inferiores impossibilitados de movimentos activos. Aconselharam-lhe o uso de caldas, indo por isso para Monção, tomando muitos banhos quentes, com o que nada aproveitou. Desanimada veio para casa aonde esteve algum tempo. Depois a conselho do seu medico assistente, recolheu ao

hospital, aonde entrou nos primeiros dias de Março de 1921.

Antecedentes pessoais

Sarampo em creança; febre tifoide (?) violenta ha um anno. Tem dois filhos saudaveis.

Antecedentes hereditarios

Paes vivos e saudaveis.

Diagnostico

Pelos syntomas collidos sobretudo no systema nervoso e muscular, com inicio brusco e violento da doença, com dôres expontaneas e á palpação aq longo do trajecto dos grandes troncos nervosos e das massas musculares; com atrofas musculares muito acusadas nos membros inferiores; com uma instalação rapida da paralisia; com perturbações dos reflexos tendinosos,

que estavam abolidos e com a normalidade dos cutaneos; com ausencia de perturbações esfincterianas; com perturbações da sensibilidade subjectiva, fez-se o diagnostico de uma polynevrite sensitivo-motora, isto é, uma polynevrite mixta.

Diagnostico diferencial

As doenças que poderiam dar origem a confusões, seriam sobretudo a «polimielite aguda anterior» e a «paralisia ascendente aguda ou a doença de Landry». Na polimielite aguda anterior, apesar do inicio ser tambem brusco, como no caso presente, não ha no entanto uma tão forte intensidade de dores, não é acompanhada no geral de perturbações dos reflexos tendinosos, mas é acompanhada sempre de alterações dos reflexos cutaneos que ficam abolidos. As atroflas musculares aparecem no geral mais rapidamente de inicio.

Outro facto que aparece nas polimielites são as reacções meningeas que o liquido cefalo-raquidiano apresenta à analise, facto este que não aparece nas polinevrites, como mostrou a

análise do líquido cefalo-raquidiano da doente, não aparecendo as reacções meningeas.

Na «doença de Landry» a paralisia aparece completa e com rapidez nos membros inferiores, com fraqueza muscular intensa, mas que, tornando-se a paralisia ascendente por uma invasão rápida dos outros músculos, pôde matar em poucos dias. Não ha perturbações de sensibilidade, não aparece a reacção de degenerescencia e os músculos não se atrofiam, ao contrario do que succede nas polinevrites, como se vê no caso apresentado.

Qual a natureza das atrofiaes musculares? São de origem nevritica e vou expôr porquê.

As atrofiaes musculares podem ser devidas a uma emaciação grande, após uma doença prolongada com alimentação insufficiente e precária.

Ha dois grupos de atrofiaes musculares: as *neuropaticas* e *miopaticas*, quer dizer, as que são devidas a uma causa nervosa e as que provem de uma degenerescencia, distrofia da fibra muscular. Nas atrofiaes *miopaticas* o processo aparece sempre com muita lentidão, vindo ás vezes de tenra idade, ao passo que as atrofiaes

neuropáticas aparecem sempre com maior ou menor rapidez.

As atrofias neuropáticas subdividem-se ainda em dois grupos: as atrofias *mielopáticas* e as atrofias *nevríticas*. Vejamos agora a distinção entre as duas: Nas atrofias *mielopáticas* os reflexos tendinosos encontram-se exagerados ou levemente diminuídos algumas vezes.

Há contrações fibrilares mais ou menos generalizadas, havendo além disso uma característica importante: raras vezes aparecem nestas alterações de sensibilidade, o que é um elemento importante para o diagnóstico diferencial. — Nas atrofias *nevríticas* os reflexos tendinosos estão abolidos, não há tremulo fibrilar, havendo quasi sempre alterações de sensibilidade objectiva e subjectiva.

Outro elemento de diagnóstico que devemos tomar em consideração é a tendência com que as atrofias e os outros sintomas, se acen-tuam muitas vezes, frequentemente, nos membros inferiores. Apesar de não ser fácil á primeira vista fazer o diagnóstico diferencial entre as diversas atrofias, por causa de semelhanças que possam aparecer, no entanto no caso apre-

sentado as atrofas musculares são nitidamente de origem *neurítica*, pelas rasões atraz expostas.

Prognóstico

O prognóstico é sempre grave nas polinevrites, dependendo muito do número de nervos atingidos. Assim nas polinevrites mais ou menos generalizadas, como no caso apresentado, a demora da doença traz uma grande imobilização e como consequência disto uma impotencia funcional completa, acentuando-se cada vez mais as atrofas musculares. Um bom elemento para o prognóstico é a reacção de degenerescencia, pois quanto mais completa fôr, mostra mais já, as alterações profundas e graves, que tarde ou nunca serão reparadas. Enquanto houver excitabilidade galvano-faradica, é de esperar ainda de futuro uma menor ou maior restauração neuro-muscular. O estado geral tambem pode orientar-nos no prognóstico. Na doente apresentada, a duração do mal e a existencia da reacção de degenerescencia nos membros inferiores, que é completa, leva-me a fazer um prognóstico mau.

Nota. — Durante o tempo que a doente se conservou no hospital, as melhoras apresentadas não foram sensíveis, retirando no mesmo estado em que estava quando fiz a observação. Soube depois, posteriormente, por informações da Mãe que encontrei, que a doente se conserva no mesmo estado desde que saiu do hospital.

Tratamento

O tratamento que se fez à doente foi o seguinte:

Glicerofosfato de cal como remineralisante e a poção de sulfato de striquinina como tonico-estimulante. Fez-se-lhe tambem um ligeiro tratamento eléctrico pela corrente faradica, fornecida por um aparelho portatil, na propria enfermaria. Não foram sensíveis os resultados do tratamento.

Considerações

Não me propuz fazer um estudo completo sôbre o assunto atraz descrito, porque a minha pouca prática não m'o permite fazer, como me é impossível compulsar longamente tratados, para lhe dar o desenvolvimento que este capítulo da patologia apresenta neles. Vou dizer alguma coisa sôbre a *etiologia* e sôbre o *tratamento* das polinevrites.

No entanto direi que as polinevrites perifericas, são num grande número de casos, sob o ponto de vista clínico da sintomatologia geral, nevrites mixtas, traduzindo-se ao mesmo tempo por sintomas motôres, sensitivos e troficos, localisando-se a um ou vários troncos nervosos, que todos os clínicos conhecem.

As formas clínicas podem revestir, conforme

a predominancia de um ou outro sintoma os três tipos seguintes: polinevrite motora, sensitiva e trofica, podendo como no caso presente associarem-se as formas, (motora e sensitiva) dando uma forma mixta, isto é, a polinevrite sensitivo-motora.

A *etiologia* de qualquer doença é sempre de grande importancia pesquisa-la, mesmo nas de diagnóstico fácil e evidente, porque do seu conhecimento exacto derivam, não só elementos de um bom prognóstico, mas também em muitos casos indica-nos o caminho para uma terapeutica racional, de resultados seguros e completos.

A *etiologia* geral das polinevrites, pode filiar-se nas seguintes causas:

1.^a — *infecções*: febre tifoide, gripe, variola, impaludismo, tuberculose, scarlatina, difteria, etc.

2.^a — *discrasias* e auto-intoxicações, cancro, gota, diabetis.

3.^a — *Toxica*: alcool, fosforo, arsenio, mercúrio, chumbo.

4.^a — *Lesões* medulares e cerebrais.

5.^a — *Resfriamentos*, traumatismos, propagação de infecção visinha.

Nas nevrites por resfriamentos, chamados à *frigore*, e que alguns auctores apontam como causa única da doença, succede muitas vezes que a nevrite é de origem infeciosa, toxica etc., actuando o frio apenas como uma causa puramente auxiliar, fazendo despertar a causa, latente até então.

No caso apresentado vê-se pela história da doença que houve uma infecção violenta (febre tifoide?) que a fez sofrer durante três mezes, mais ou menos, curando por fim. Pouco tempo depois a polinevrite instalou-se rapidamente, o que fez pensar na natureza infeciosa da doença por causa da infecção muito provavelmente Eberthiana que atacou a doente. Suspeitando-se deste facto mandou-se proceder a uma sero-reacção de Vidal no sangue, que como se sabe pode apparecer ainda positiva ao fim de muitos mezes da cura, mas que foi absolutamente negativa neste caso. Aventou-se a ideia da sífilis, por ser esta uma causa frequente das polinevrites, mas nem ao interrogatorio e ao exame a que procedi, confirmaram a suspeita, como também a Reacção de Wasserman feita no sangue, foi de resultado negativo. Como disse acima o resfriamento póde

ser uma causa do aparecimento desta doença, sobretudo após uma grave infecção, actuando então, não como uma causa propria, mas sim como uma causa puramente auxiliar. Ora, sendo a doente uma lavradeira e por isso exposta a todo o tempo, ao sol, à chuva, descalça com os pés na humidade dos campos, por o seu trabalho assim o exigir, dias e dias inteiros, parece-me dever attribuir, com uma certa segurança a polinevrite a um forte resfriamento que a doente sofreu. Acresce ainda, que no interrogatorio que fiz, a padecente me disse, que estando em convalescença, começou a sua labuta diária sem grandes precauções de resguardo que seriam necessários e exigidos ainda. O organismo combatido, mal refeito ainda dos estragos produzidos pela violenta infecção que o atacou, tornou-se um ótimo campo, para a instalação rápida do mal que a afflige. Houve naturalmente a principio uma *causa infecciosa*, que quando examinada não existia, mas ficando a causa toxica e que um resfriamento violento veio despertar, como uma chicotada, instalando no organismo da doente a *polinevrite sensitivo-motora* a que me refiro.

No *tratamento* de uma polinevrite devemos ter em vista três fins sobretudo, que são os seguintes: impedir a alteração dos nervos; remediar as perturbações causadas; favorecer a regeneração dos músculos e nervos atacados, tanto quanto possível.

Para que se consiga atacar a doença necessario se torna conhecer a etiologia do mal, por que suprimindo a causa podemos ainda fazer estacionar a doença na sua evolução. Assim nas polinevrites de natureza toxica o favorecimento da eliminação do toxico traz melhoras sensiveis para o mal. Nas de natureza infecciosa, como por exemplo nas polinevrites sifiliticas, o tratamento especifico é indispensavel para a cura do mal.

Muitas vezes é necessário recorrer a um tratamento sintomatico apropriado para combater a dôr.

Um ponto importante para o tratamento é o estado geral do doente, que se deve sempre levantar por uma alimentação substancial, rica sobretudo em materiaes que sejam utilizados para a restauração do sistema neuro-muscular, que são os alimentos ricos em substancia azotadas e fosforadas. Juntamente os reconstituintes

e os mineralisantes, como os glicerofosfatos, os hypofosfatos, o oleo de figado de bacalhau, devem ser dados, porque são valiosos auxiliares para o fim therapeutico que se tem em vista.

Quanto melhor fôr o estado geral do doente, mais rapida será a cura, por o organismo crear uma maior vitalidade, resistindo melhor, creando assim um elemento bom de cura. Uma medicação considerada bôa é feita pela striquina, quer em poção quer em injeção, como tonico-estimulante, que tem dado bons resultados, pois supõe-se favorecer a regeneração dos nervos motôres, excitando a actividade da medula.

A *Electrotherapia* que é um dos meios mais potentes para a cura das perturbações produzidas pelas polinevrites, deve ser aplicada quando o periodo agudo e doloroso passou e com algumas precauções. Assim quando o systema neuro-muscular é ainda excitavel á corrente faradica, deve ser esta a empregada para favorecer a excitação. Se o systema neuro-muscular é inexcitavel á corrente faradica, será então à corrente galvanica que se deve recorrer.

Se o systema neuro-muscular é excitavel á

corrente faradica e inexcitavel á corrente galvanica, deve ser a galvanica ainda a empregada no tratamento a fazer.

Como se vê, o conhecimento perfeito das reacções electricas é necessario e muito importante, para o emprego da electrotherapia nas polinevrites. A *massagem* tambem pôde ser empregada para a excitação do systema neuro-muscular, mas os seus resultados são menos completos.

Na doente que apresento não houve melhoras e porquê? A doença encontrava-se já num periodo adiantado á data da entrada, para se poder tirar do tratamento toda a efficacia que seria para desejar. As alterações neuro-musculares eram profundas; a paralisia dos membros inferiores devida a estas alterações era grande e a reacção de degenerescencia, que era completa nos membros inferiores, fazia prever a não efficacia do tratamento electrico.

Quando se constata este ultimo facto o prognostico torna-se severo, mesmo que se actuasse energicamente. Aonde haveria a lucrar com a eletrotherapia era nos *membros superiores*, em que as alterações apresentadas eram menores, muito

mesmo, assim como a reacção da degenerescencia não aparecia, havendo apenas uma ligeira hypoexcitabilidade galvanica no systema neuro-muscular.

VISTO

Thiago d'Almeida,
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins,
Servindo de Director.

BIBLIOGRAFIA

COLLET — *Précis de Pathologie Interne* — Vol. I.

DIEULAFOY — *Pathologie Interne* — Vol. III.

GUILHERMO OSLÈR — *Tratado de Pathologia Interna* —
Vol. II.

MAURICE DE FLEURY — *Manuel pour l'étude des Maladies
du Système Nerveux.*

J. VIRES — *Maladies Nerveuses.*

BROUARDEL ET GILBERT — *Traité de Médecine* — Vol. X.

DR. THIAGO DE ALMEIDA — *Lições de Clinica Medica.*

NOGIER — *Physiothérapie — Électrothérapie* (coleção Gil-
bert e Carnot).