

Dia 10 de Fevereiro de 1921 às 14 horas

MARIO ALEXANDRINO

*de Lima
Residente prof. Tiago de Almeida*

I

MIELO- MENINGITES SIFILITICAS

*Agruente profs. Laurindo Gomes e J. Pereira
refas profs. Tricena Bastos e
Paenhalha*

NOTAS REFERENTES A UM CASO CLINICO DA ENFERMARIA DE
2ª CLINICA MEDICA.)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA A FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



No 80

1921/1 F47

JANEIRO DE 1921

MARIO ALEXANDRINO DA SILVA

MIELO-MENINGITE SIFILITICA

(NOTAS REFERENTES A UM CASO CLINICO DA ENFERMARIA DE
2ª CLINICA MEDICA.)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

JANEIRO DE 1921

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Professor director.....Dr. Maximiano Augusto de Oliveira

Lentes

Professor secretario.....Dr. Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINARIOS

ANATOMIA DESCRITIVA.....Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima

HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA...Dr. ADEL DE LIMA SALGADO

FISIOLOGIA GERAL E ESPECIAL...Dr. Antonio de Almeida Garret

FARMACOLOGIA.....Dr. Jose de Oliveira Lima

PATOLOGIA GERAL.....Dr. Alberto Pereira Vinto de Aguiar

ANATOMIA PATOLOGICA.....Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

BACTERIOLOGIA E PARASITOLOGIA...Dr. Carlos Maria Pereira Magalhães

HIGIENE.....Dr. João Lopes Martins Junior

MEDICINA LEGAL.....Dr. MANOEL LOURENÇO GOMES

MEDICINA OPERATORIA E PEQUENA

CIRURGIA.....Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior

PATOLOGIA CIRURGICA.....Dr. Carlos Alberto de Lima

CLINICA CIRURGICA :.....Dr. ALVARO TEIXEIRA BASTOS

PATOLOGIA MEDICA.....Dr. Alfredo da Rocha Pereira

CLINICA MEDICA.....Dr. THIAGO AUGUSTO DE ALMEIDA

THERAPEUTICA GERAL.....Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

CLINICA OBSTETRICA.....VAGA (1)

HISTORIA DA MEDICINA E

DEONTOLOGIA.....Dr. MAXIMIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LEMOS

DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA...Dr. Luiz de Freitas Viegas

PSIQUIATRIA.....Dr. Antonio de Souza Magalhães Lemos

PEDIATRIA.....VAGA (2)

PROFESSORES JURILADOS

Jose de Andrade Gramaxo

LENTES CATEDRATICOS

Padre Augusto Dias

Dr.

(1) Cadeira regida pelo professor livre Manoel A. de Mercês Frias

Dr.

(2) Cadeira regida pelo professor ordinario Antonio de Almeida Garr

A FACULDADE NÃO RESPONDE PELAS DOUTRINAS EXPENDIDAS NA DISSERTAÇÃO

§ Artigo 15º §2º de Regulamento privativo da Faculdade de Medicina de Porto de 3 de Janeiro 1920)

PALAVRAS PREVIAS

O ESTUDO DE MENINGO-MIELITES SIFILITICAS VERSA UM CASO CLINICO
NA ENFERMARIA DE 2ª CLINICA MEDICA.

ORDENAMO-LO DESTA ARTE.

A) MIELITES EM GERAL

- a) Sintomatologia
- b) Formas clinicas
- c) Diagnostico da sede da lesão em largura e altura
- d) Etiologia. MIELITES SIFILITICAS

B) APRESENTAÇÃO DO CASO CLINICO

Diagnostico e Etiologia

Tratamento. Prognostico. Conclusão

AO SENHOR PROF. THIAGO DE ALMEIDA, A CUJO SABER RENDO HOMENAGEM,
COM A MINHA GRATIDÃO, OS MEUS MELHORES AGRADECIMENTOS POR ME
DIGNAR, PRESIDINDO A ESTE ESTUDO.

MIELITES EM GERAL

Mielites são estados morbidos da medula espinhal que se podem repartir em dois grupos distintos. Num as alterações anatomo-patológicas limitam-se a determinados territorios medulares e toem, por consequencia, um quadro sintomatico bem definido: A poliomiélite anterior, a ataxia locomotora, o tabes dorsal espasmodico, esclerose lateral esiotrefica, a doença de Friedreich, a doença de Little constituem mielites sistematizadas. Ao lado destas entidades morbidas outras, como a hematomielia, as lesões traumaticas da medula, as compressões medulares, esclerose em placas, a siringomielia, as mielites difusas em geral, exemplificam as afeções medulares não sistematicas, nas quais o processo se difunde irregularmente, sem lei.

Formas ha em que o processo bizarramente se localiza à parte periferica do cilindro mielico (mielite anular) ou, pelo contrario, à porção central (mielite central).

Congestões, exúdates, amolecimentos, vasos ectasicos, elementos hemáticos em diapedese, proliferação da neuroglia, aumento de volume da célula nervosa e sua degenerescencia, cilindro-

eixo tumefacto, liquefação e segmentação da mielina, etc; em ter_ no destas lesões elementares, redopia a anatomia patologica da me_ dula.

Quer o processo morbido incida sobre a substancia branca (leucomielites) ou sobre a substancia cinzenta (poliomielites), e certo é que, a sintomatologia depende antes da sede lesional do que da natureza da alteração, donde se infere que o diagnostico da lesão mielica deve ser antes fisio-patologica que anatomo-pa_ tologica. E assim é, dum modo geral, para toda a patologia, que tem na constituição de syndromas, a sua expressão mais atual. Castaigne, por exemplo, faz assentar a patologia renal em moldes no_ vos, ligando mais intimamente, a fisiologia à clinica, quasi arre_ dias na era em que o substratum anatomo-patologico constituia "o pivot" da medicina.

Rasão segura que leva Grasset, estudando os syndromas me_ dularés, a afirmar: " sans nier l'importance du diagnostic anatomi_ que et du diagnostic nosologique qui, quand ils sont possible, doi_ vent venir compléter le diagnostic physiologique, on peut dire que le diagnostic du siège de la lésion est absolument capitale et de première nécessité pour tous les médecins d'aujourd'hui ". (I)

(I) Grasset-Diagnostic des maladies de la moelle, pg.6.

Iniciando-se bruscamente (mielite apoplectiforme de Hayem),
 as mielites e mais das vezes surge lentamente; variando a marcha
 e os sintomas com a sede e extensão. Sendo, na maior parte, de ori-
 gem infecciosa, os elementos sindrômicos da infecção aparecem em
 primeiro plano ao lado do entorpecimento, formigueiros, raquial-
 gias, dores na cintura, fraqueza de membros, prodromos da lesão
 medular; impossibilidade da marcha, reflexos alterados, sensibili-
 dade pervertida, agravos esfinterianos com perturbações urinarias,
 troficas e vaso-motoras, conduzem a mielopatia ao seu auge morbi-
 do. As perturbações da motilidade, da sensibilidade, troficas e
 vaso-motoras, viscerais e genéricas, são alterações sobre as quais
 nos detemos, afim de por sua síntese, reconstituirmos o quadro
 clinico das mielites.

PERTURBAÇÕES DA MOTILIDADE

A impotencia motora é o sintoma mais flagrante das desordens da motilidade. Localizada nos membros inferiores constituindo a paraplegia, atinge outras vezes os membros torácicos (paraplegia torácica), por vezes os quatro membros (quadriplegia), um membro superior outro inferior do mesmo lado (hemiplegia medular-síndrome de Brown-Séguar), ou ainda limitar-se a um membro.

Bexiga e recto são ainda tocados por alterações da motricidade, completas ou incompletas, paralíticas ou simplesmente paresicas. Incontinencia ou retenção urinaria, dejecções involuntarias ou obstipação, traduzem as perturbações vesico-retais (parálisia ou contractura). A parálisia dos membros inferiores pode revestir as formas flacida ou espastica. No primeiro tipo teremos perda total dos movimentos voluntarios, abolição de sensibilidade nos membros inferiores, parálisia do recto e da bexiga e emacição muscular.

Nas secções completas da medula a paraplegia flacida permanente, é de regra. Ao contrario, as lesões incompletas da medula apresentam-se sob a forma espasmodica e caracterizam-se por parálisia com contractura dos membros inferiores, exagero dos reflexos tendinosos, sinal de Babinski, trepidação epileptoide do pé e clonus da rotula.

alterações da sensibilidade e diminuição das sensações de calor e de toque.

PERTURBAÇÕES DA SENSIBILIDADE

Obejectivas ou objectivas, dentre estas, as ultimas são as desordens mais frequentes da sensibilidade. A dor, é sintoma frequente e bem elucidativo, sobre a qual ajustaremos muitas vezes, um diagnostico de lesão medular ou não medular, atendendo aos seus caracteres: irradiação, localização; etc. Assim é, que as sensações dolorosas do tronco, nos obrigam ao exame cuidado das partes moles e do esqueleto, afim de eliminarmos aquelas que possam trazer estados morbidos duma ou doutra parte. Posta de lado qualquer causa de erro, a dor indica-nos a participação das meninges, associação sobre modo frequente. Ao lado dessas algias medulares, as sensações de picada, de formigueiros, de calor e frio, são a expressão de aberrações da sensibilidade, como as designa Jaccoud⁽¹⁾

(1)-Jaccoud-Traité de pathologie interne, tomo I, pg. 330.

As perturbações objectivas, só raramente atingem certa im__
 portancia. O mais das vezes, reduzem-se a uma diminuição da sensi__
 bilidade. Os estados hiperstésicos com sensações dolorosas do membro
 oposto são raras e, quando existem são garantia de alterações fleg__
 máticas das serosas medulares. Uma ^{ou} outra vez, a anestesia constata__
 se e, por vezes, dolorosa. À semelhança da metricidade, as pertur__
 bações da sensibilidade podem revestir a forma paraplegica, hemiple__
 gica (síndrome de Brown-Séquard), ou ainda o tipo radicular.

Podemos, em resumo, como faz Jaccoud, reduzir as 6 is grupos as
 perturbações da sensibilidade: As impressões dolorosas mostrando
 a irritação das raízes raquidianas; as modificações da impressie-
nabilidade táctil (hiperstesia, anestesia, formigueiros; etc) deno__
 tando a participação dos cordões brancos posteriores.

PERTURBAÇÕES DA REFLECTIVIDADE

O estudo dos reflexos preside à localização em altura da lesão

Exagero de reflexos abaixo da lesão, abolidos no seu nível, -era quasi lei assente entre neuriatras.

Exercendo o cerebro uma acção inhibitoria sobre os centros medulares, a secção mielica interceptaria as communicações entre cerebro e me_ dula, dando livre curso ao automatismo medular e, consequentemente, exaltação do reflexo. Da destruição de centro medular ao nivel da lesão, resultaria a abolição de reflexo corespondente a esse centro. Mas factos ultiores de observação clinica, vieram demonstrar, que a citada lei não era inflexivel, e excepções a contradizem.

Bastian (I) apresenta casos de mielite cervical e cervico-dorsal com abolição de reflexos e integridade ~~de~~ funcional, no entanto, dos centros vesical e anal. E este autor pretendia substituir a teoria antiga por outra, já caduca: Quando ha secção completa da medula todos os reflexos são abolidos; exageram-se quando a lesão é parcial. Esta teoria como as outras, não vingou; outros neurologistas a pu_ zeram em cheque e, de taã modo que, no momento actual a abolição dos reflexos é signal de valor minimo, e exagere fornec~~er~~ões indica_ ções mais proveitosas.

(I) - Cit. de Grasset (Maladies de la moelle) e de Dejerine (Semi_ logie du système nerveux).

Dentre diferentes grupos de reflexos, os tendinosos e os cutâneos (reflexos cerebro-espinhais) assumem importancia maxima; estão em segundo plano os reflexos simpaticos, -vase-motores e secreterios. Reflexos tendinosos, quer reflexos cutaneous obedecem a leis estabelecidas (as de Pflüger): leis da localisação, da inversão, da simetria e da irradiação, cuja analise nos indica a maior ou menor irritabilidade dos centros excitados. Ao lado disto, a apreciação quantitativa, isto é, o grau de intensidade com que esses reflexos se estabelecem: Clonismo da mão e do pé, epilepsia espinal e dança da rotula, são exageros de reflectividade; outras vezes, porem, são mortigos, "por assim dizer latentes" (1) e, é necessario despertalos: a manobra de Jendrassik acorda o reflexo patelar.

Deste arremedo de physio-pathologia se conclue que a reflectividade pode apresentar-se exagerada e espasmodica, abolida ou diminuida.

(1)-Dejerine-Semiologie du système nerveux, pg. 246.

9

Dentre os reflexos tendinosos do membro inferior, o rotuliano ou pa-
telar, o achiliano, o do tibial anterior e posterior, e dos pero-
nianos são de pesquisa comum; do membro superior o reflexo bicipi-
tal, tricipital; etc. Os principais reflexos periosteos e osseos
são o reflexo dos aductores, nos estados espasmodicos e reflexo de
Mendel-Bechterew (substituição da flexão dorsal do segundo, terceiro,
quarto e quinto artelhos pela flexão plantar). No membro superior
o reflexo periosteos radial, elcraneos, periosteos cubital; etc.
Os reflexos cutaneos--contrações musculares devidas a excitação
mecanica dos nervos sensitivos da pele--estudados vulgarmente, são
o cremasteriano, o do nadegueiro, e reflexo plantar, no membro in-
ferior; e escapular e o palmar no membro toracico. As alterações pa-
tologicas dos reflexos cutaneos tem decidido valor diagnostico; o
sinal de Babinski (inversão do reflexo plantar, -flexão dorsal dos
artelhos em vez de flexão plantar), completo ou dissociado, é indice
seguro de lesão do feixe piramidal. O sinal de Schaefer, o de
Oppenheim, e paradoxal de Gordon, constituem proximos parentes do
fenomeno dos artelhos de Babinski e encarreiram-se no mesmo valor
semiotico. No abdomen o reflexo abdominal de Rosenbach subdividido
em epigastrico, abdominal medio e inferior; e reflexo bulbo-caver-

nesso e anal infiltrações-se ao lado do reflexos cutâneos.

PERTURBAÇÕES TROFICAS E VAGO-MOTORAS

As lesões medulares arrastam alterações da nutrição nos elementos dependentes do departamento lesado. Observam-se perturbações nos ossos, articulações, músculos e na pele. As perturbações troficas ósseas e articulares são constituídas por fracturas espontâneas, deformações articulares; etc. Nos músculos ^a amiotrofia da lugar à flacidez das massas musculares, com incapacidade funcional desses músculos. De todas as alterações da troficidade são as cutâneas as mais precoces e que decidem a gravidade do prognóstico.

A escara sagrada

mediana ou lateral, é uma ulceração resultante duma nutrição imperfeita, favorecida pelo decubite dorsal e ainda pelo contacto de fezes e urinas nas formas incontinentes.

A hipertrofia ou atrofia do sistema piloso com alterações das unhas, acompanham a escara sagrada. A par das alterações troficas,

tes: Eosema azul, manchas eritematosas, edemas ou anemia dos ter_ ritorios paralisados, suores abundantes, cianose, hipotermia ou hipertermia (no inicio).

PERTURBAÇÕES VISCERAIS E GÊNICAS

As alterações da respiração são frequentes nas lesões dos seg_ mentos cervico-dorsal: Inspirações lentas, expirações breves; tosse dispneia, tornando-se espasmodica pela progressão da paralisia dos musculos inspiradores; paralisia diafrãmica (dependente de alte_ rações no dominio de 3º, 4º, 5º, 6º, pares cervicais); etc.

As perturbações cardiacas (bradicardia, palpitações; etc), são menos frequentes e acompanham os desordens do aparelho respirato_ rio nas lesões cervico-dorsais. As perturbações da sensibilidade vesical (micções frequentes e dolorosas, ausencia da necessidade de urinas) ; as da metricidade vesical (retenção ou incontinencia de urina por regurgitamento), dependendo das localizações parali_ cas no corpo ou no colo da bexiga, a par das perturbações digesti_

vas (disfagia, vomitos, obstipação ou incontinência de fezes),

completam o quadro das desordens viscerais das mielites.

Algumas vezes as perturbações urinárias atingem um grau mais elevado e as urinas purulentas, indicando uma pielonefrite são marcantes dum prognóstico grave.

As desordens de sentido genésico, incidindo sobre a potência genital reduzem-se a sua abolição ou diminuição.

FORMAS CLÍNICAS

As diferentes variedades clínicas das mielites deduzem-se da análise do seu aparelho sintomático, que se exterioriza de modo diverso, comportando-se descrições variadas pela associação dos sintomas, dependentes da altura e da localização do mal.

MIELITE CERVICAL

É esta forma, a mais grave, pelas suas complicações gerais e, por certo, a que mais comumente traz um prognóstico fatal.

Quadriplegia ou, simplesmente paraplegia torácica, membros superiores; atrofia de alguns ~~muscles~~ músculos de braço, contractura dos músculos do pescoço, trismus; dores na nuca irradiando para os membros superiores; perturbações da sensibilidade homônimas da motilidade; exagere de reflexe tendíneas, reflexos cutâneos normais ou exagerados; perturbações respiratórias/ (dispneia, soluços, etc); perturbações cardio-vasculares (atraso ou aceleração do pulso, acidentes sincopais e apsectiformes, edemas dos membros superiores, etc).

As desordens oculares acompanham frequentemente a mielite cervical: Midriase com exoftalmia, aperte pupilar com retracção do globo, diminuição da fenda palpebral/, etc.

Perturbações vesico- retais.

Quando a lesão é unilateral a forma cervical da mielite, apresenta-se sob o tipo homiplegico (síndrome de Brown-Séquard).

MIELITE CERVICO-DORSAL

Esta forma tem um quadro sintomático idêntico ao da mielite

cervical: membros superiores livres ou atingidos, perturbações
ou
oculo-pilares, perturbações vesico-rectais; reflexos tendinezes
exaltados, cutaneos normais ou exagerados.

Mielite dorso-lombar

Nesta forma a mais cômum e aquela que por isso, melhor
se presta a constituição e descrição de quadro classico das mieli-
tes. Febre, anorexia, suores profundos, etc.

Perturbações da utilidade: paralisia dos membros inferiores, pa-
ralisia completa ou incompleta da bexiga e recto, atrofia muscular
com reacção de degenerescencia.

Perturbações subjectivas da sensibilidade (entorpecimento, formi-
gueiros, etc); anestesia ou hipeestesia (perturbações objectivas).

Reflexos tendinezes e cutaneos abelidos ou diminuidos.

Perturbações troficas intensas (escara sagrada).

.
..

Além das formas clinicas expostas, outras se descrevem, co-
me a cilio-espinal, paralisia de Landry, sindroma de Brown-Sé-
quard, etc.

A forma cilio-espinal comporta a sintomatologia da cervical.

acrescida de desequilíbrios gástricos mais intensos.

A paralisia aguda ascendente ou doença de Landry, caracteriza-se pela rápida progressão do mal, pelo seu prognóstico, e parece dever considerar-se, conforme Collet (I), uma mielite ascendente.

A sua sintomatologia varia à medida que o mal progride.

O síndrome de Brown-Séquard, constitui uma mielite hemi-lateral.

Este síndrome é constituído por paralisia dos membros do lado lesionado e hemianestesia do lado oposto.

Acima da porção hemianestésica, ha uma zona de hiperestesia.

Na metade paralitica, ha duas faixas de hiperestesia interrompidas por uma faixa anestésica.

Da altura a que a lesão se instala, depende a extensão das perturbações da sensibilidade e da motilidade.

Na medula cervical teriamos paralisia do membro superior, inferior e hemitorax do lado doente, e hemianestesia dos territórios homónimos do lado oposto a lesão.

Para os segmentos inferiores da medulla, a paralisia seria do membro superior do lado da lesão e perturbações de sensibilidade do outro lado.

(I)-Collet- Brécis de pathologie interne, Vol.I, pg. 146.

SEDE DA LESÃO

a) Diagnostico em lingua

O conhecimento dos attributos fisiologicos dos diferentes elementos da medula é condição essencial para um diagnostico claro e preciso de lesão mielica.

Eis, os elementos essenciais para estabelecer o diagnostico em lingua duma lesão medular:

As raizes e as zonas radiculares anteriores sob a influencia duma irritação dão lugar a cãimbras e contracturas; das influencias depressivas resultam paralisias e atrofias musculares.

A lesão dos cordões antero-laterais conduz à paralisia dos musculos situados abaixo da lesão.

A lesão dos cordões laterais traz a aparição de contracturas, trepidação epileptoide, espontanea ou provocada.

As lesões das raizes e zonas radiculares exteriores, traduzem-se por dores fulgurantes, anestesia e perturbações ataxicas.

Os nucleos constitutivos da coluna de Clarke, na região dorsal, são o ponto de partida de algias varias e desordens sensitivas.

As amiotrofias resultam de lesões das cornos anteriores. (I)

(I)-Cf. Grasset-Traité pratique des maladies du système nerveux, pg. 383;

As perturbações sensitivas (hipertesia, anestesia, formigues, etc) indicam a participação dos cordões posteriores.

A abolição da sensibilidade à dor é sob a dependencia da substancia cinzeta posterior, razão da analgesia ser frequentemente observada na mielite central (1).

A lesão atingindo desigualmente as duas hemimedulas ou sendo nitidamente unilateral, traduz-se pela hemi-paraplegia e sintomas adjuntos ao sindroma de Brown-Séquard.

b) Diagnostice em altura.

O exame local nas doenças medulares é factor auxiliar no diagnostice em altura da mielite.

A sede das dores, das fracturas resultantes de traumatismo directo ou indirecto, de desvios, etc e as suas relações com as raizes que lhe correspondem são outros tantos elementos de diagnostice.

Chipault (2) indica qual o numero que devemos juntar à apofise espinhosa, sede de qualquer sinal exterior, para determinarmos a raiz de nerve raquidiano correspondente.

(1)-Cf. Jaccoud- ep.cit. pg. 330/

(2)-Chipault- Sur les rapports des apophyses épineuses et des origines radiculaires, cit. de Grasset.

Para a medula cervical o numero I se da apofise ^{de} terminada; e numero 2 na região dorsal superior; na região dorsal inferior (a partir da 6ª ate à IIª vertebra) e numero 3; a parte inferior da IIª e espaço inter-espinhoso subjacente correspondem os tres ultimos pares lombares; à Iª e espaço subjacente os pares sacrados.

As perturbações da motilidade, da sensibilidade e da reflectividade são ainda elementos para determinar a altura da lesão medular.

As paralisias musculares variam nas diferentes regiões atingidas.

Quando a lesão atinge a medula na totalidade do seu diametro transverso, a motilidade e a sensibilidade são abolidas nos territorios dependentes da medula subjacente.

Se a lesão transversa é incompleta as alterações correspondem à parte lesada. O exame de reflexos tem a mais alta importancia e tem merecido discussões ruidosas da parte dos neurologistas.

Sobre esta questão, ao tratarmos das perturbações da reflectividade, indicamos os diferentes pontos de vista em controversia, e quais as deducções praticamente utilizadas.

As desordens do grande simpatico e da iris, as perturbações respiratorias e circulatorias são proprias das lesões das regiões altas da medula .

Dividida a medula em diferentes segmentos, conhecidos os centros que neles tem sede, a par dos desequilibrios da motilidade e da

sensibilidade, estabelecer-se-ha o diagnostico em altura da lesão mielica.

LESÕES DO CONE TERMINAL

Deste segmento medular depende a sensibilidade da pele da região sacro-cccigea, do anus, do perineo e orgãos genitais; residem ahi os centros motores da bexiga e recto.

Conseqüentemente, as lesões do cone terminal traduzem-se por obsti_ pação ou incontinenca de materias fecais; retenção ou incontinen_ cia de urinas; anestesia ou hipeestesia ano-perineo-escretal; ana_ fredisia, ausencia de erecções e impotencia sexual.

Medula sagrada

O segmento sagrado, preside a inervação dos flexores do pé e das artelhes; dos pequenos musculos do pé; à sensibilidade da face posterior da ~~coxa~~, coxa, da face externa da perna e do borde ex_ terne do pé. Os reflexos plantar e do tendão de Aquiles tem ahi a sua sede. A sintematologia da medula sagrada é portante:

Queda do pé com perda da maior parte dos movimentos; anestesia da face posterior da coxa e da perna, da face antero-externa da perna e borde externo do pé. Abolição do reflexo plantar e aqui_

liano. Reflexos ano-vesicais exagerados ou abolidos.

Retenção e priapismo ou incontinência de impotência.

Medula lombar

Da medula lombar saem os cinco pares de nervos lombares que innervam o tricipite femoral, os flexores da perna sobre a coxa, e desta sobre a bacia; e cremaster e os musculos da parte inferior do abdomen. Residem ali os centros dos reflexos cremasterianos e retulianos. Os sintomas dominantes das lesões lombares são a paraplegia completa com anestesia até ao nembroil; retenção de urina e fezes; trepidação epileptóide; reflexo retuliano abolido e aquiliano normal ou exagerado. Das perturbações troficas resalta a escara sagrada. Quando a lesão é unilateral: síndrome de Brown-Séguar

Medula dorsal

Inerva os musculos do abdomen, intercostais e torácicos. Preside à sensibilidade da pele do tronco. O quadro sintomatico da medula dorsal é constituído por paralisia e anestesia dos territorios subjacentes à lesão; exagere ou abolição dos reflexos cujos centros estão abaixo da lesão; reflexo abdominal abolido. Priapismo frequente. Perturbações troficas: escara sagrada; zona com dores nevralgicas. Estas nevralgias e a zona intercostal concorrem para melhor precisar a altura da lesão. Basta saber qual o nervo correspondente

à zona e nevralgias.

Medula braquial

Neste segmento medular tem origem os 5^o, 6^o, 7^o e 8^o pares cervicais e o primeiro dorsal, donde sae a innervação do membro superior.

Centro dos reflexos tendineos do membro superior, do centro cilié espinal, etc. Sintomas: Paralisia e anaestesia, dolorosa ou indolor, total ou parcial, dos membros superiores e abolição dos seus reflexos. Quando a secção medular é completa impedindo a passagem das vias centripetas da motilidade e da sensibilidade do membro inferior, teremos a juntar as perturbações indicadas, a paralisia ~~saxx~~ com anestesia dos membros inferiores e, a maior parte das vezes exagere do seu reflexo (rotuliano, aquiliano, etc)

Grasset divide a medula dorsal em quatro segmentos, correspondentes nos territorios innervados pelo mediano, cubital, musculo-cutaneo, circumflexo, etc. E deste modo precisa pelos musculos atingidos a altura da lesão. ER Collet divide a medula braquial em dois segmentos, superior e inferior, com as seguintes perturbações: paralisia de deltoide, bicipete, braquial anterior e longe supinador; anestesia em faixa da face externa do membro superior, desde a espadua até ao pelegar% (lesões correspondentes ao segmento superior 5^o e 6^o pares cervicais).

As lesões do segmento inferior (7ª e 8ª cervicais e xxx Iª dorsal) são: paralisia dos músculos innervados pelo mediano e cubital, perturbações oculo-pupilares (midriase ou miase)

Medula cervical

Centro dos movimentos de flexão, extensão e rotação da cabeça, dos movimentos do diafragma (centro do frenico). Sensibilidade do pescoço, da região occipital e da orelha.

Sintomatologia: Doras na nuca e no occiput; nevralgia do frenico e paralisia diafragmatica, impossibilidade dos movimentos da cabeça. Na medula cervical, como na braquial, se o corte é completo ha perturbações da reflectividade, e motilidade dos membros inferiores. Quando a lesão é unilateral ha igualmente, um tipo de hemiplegia medular, o sindroma de Brown-Séquard.

Etiologia

As mielites podem resultar dum estado morbido anterior (mielites secundarias) ou ser independentes (mielites primitivas).

As causas determinantes das mielites sãe a hereditariedade, as infecções, as intoxicações e os traumatismos.

Compete a hereditariedade, quota parte na etiologia das doenças medulares. Assim é que ha doenças da medula, comuns a certas famílias, como a doença de Friedreich, a paraplegia espasmódica familiar, a tabes, etc.

No caso de tabes não é, e visto não concordar diversas opiniões, a hereditariedade tabética que se transmite, mas o factor causal de tabes, a infecção luetica.

As infecções constituem a principal fonte originaria das mielites.

A sífilis ocupa, por certo, o lugar principal na sua etiologia.

A sífilis tem na patologia medular esse, de certo, em toda a patologia a chave da grande parte dos enigmas etiologicos.

Para Bazin 2/3 das paraplegias sãe de natureza luetica.

* Sur dix affectiões médulaires qui vous rencontreront plus de la moitié reconnaîtra la vérole pour cause immédiate (1) afirma

Gilles de la Tourette.

(1) - Gilles de la Tourette - Perceps cliniques et traitement des mielites syphilitiques. pg. 1.

As contrarie de que pensa Strümpell (1) (2), a maior parte das
 dos autores consideram a sífilis medular bem individualizada pa-
 ra merecer estudo especial. A sífilis medular é o tipo das doen-
 ças medulares por mielomalacia, reconhecendo como origem uma ar-
 terite obliterante.

Anatomicamente, diz la Teurette, é a lesão vascular que preside
 à evolução do processo. O processo morbido atinge ao mesmo tempo
 as meninges e o tecido nervoso, de tal modo que, as mielites de
 origem sífilítica são constantemente meningo-mielites.

"Les artères parenchymateuses peuvent être seules et primitivement
 envahies la lésion restera nerveuse proprement dite, mais, je le
 répète ces cas sont l'exception, comparativement à ceux où l'ar-
 térie et la phlobo-sclérose influencent concurremment la moelle et
 ses enveloppes (3).

Em conclusão, podemos afirmar que na sífilis medular participam
 constantemente as meninges, isto é, não temos sífilis medulares
 mas meningo-medulares. As formas clínicas das mielites sífilíti-
 cas e, como as outras mielites, podem ter uma marcha aguda ou cro-
 nica. A forma hereditária da sífilis medular constitui, igualmente

(1) Strümpell-Traité de pathologie spécial et de thérapeutique des
 maladies internes vol II, pg. 123.

(2) -Settas-Contribuição à l'étude anatomique et clinique des pa-
 ralysies spinales syphilitiques, cit. de Gille de la Teurette.

uma das suas variedades. O quadro clinico da mielite sifilitica é, em toda identico ao descrito, por exemplo, para a mielite dor-se-lambar. Dentre as diferentes formas de sifilia medular merece especial referencia a paralisia espinal sifilitica ou paralisia de Erb, caracterizada pela sua espasmodicidade e pela sua evolu-ção progressiva. O inicio da paralisia de Erb é muito lento, e tan-to assim que durante anos o doente pode ter pequenos sinais, sem isso lhe merecer reparos. Dejerine descreveu em 1894 um sindroma a que chamou de claudicação intermitente da medula espinal, e que é, muitas vezes uma das etapas, da paralisia espinal sifilitica. Este sindroma, caracteriza-se pela claudicação que surge de- pois da marcha e que vai progredindo de modo que uma ligeira fa- diga traz a claudicação.

A tendencia da infecção sifilitica a localizar-se nos vasos, com os seus fenomenos de inflamação crônica dá por vezes, uma arteri- te progressivamente obliterante e, consequentemente, uma insufi- ciente nutrição do territorio medular. Se a obliteração se acentua a paralisia de Erb estabelece-se.

A claudicação associa-se sintomas de ordem nervosa (sinal de Ba- binski, trepidação colicéptoides, perturbações ginecicas, etc), que a distinguem da claudicação intermitente de Charcot, devida a uma arteri- te obliterante das arterias do membro inferior (pediosa)

Além da sifilia, outras infecções podem ter como consequencia uma doença medular. A tuberculose, lepra, a gripe, a blenorragia, fe-

bre tfeide, erisipela reumatismo agudo, etc. A difteria, e saram_ pe, a broncopneumonia, a desintéria, doenças mais vulgares na_ potologia infantil podem complicar-se de mielites. A tuberculose das vertebrae (mal de Pott) é a causa mais frequente das paraple_ gias por compressão originando uma paguimenigite local ou desen_ volvendo um abcesso frio no canal medular.

As ergotismo, latirismo, etc, e outras intoxicações, se atribue a causa de certas mielites. O traumatismo, directo ou indirecto, é um dos factores causais mais frequentes de mielites.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

E. S. M. , 42 anos, solteira, tolerada.

Entrada para a enfermaria 7 (clinica do Prof. ^{Snr.}Thiago de Almeida)

em Maio de 1920.

O exame da doente no momento da entrada mostrava impotencia motora incompleta dos membros inferiores, incontinencia de urinas, obstipação, etc.

A analise dos deferentes aparelhos fornece-nos as seguintes dados:

Pert. digestivas:-Eructações

- Plenitude com os alimentos
- Obstipação rebelde
- Dores abdominais mais intensas no epigastre
- Fígado atrofiado com sinais de insuficiencia hepatica (hípcszoturia e hípcsulfeconjugação)

Pert. Urinarias: -Ligeira albuminuria

- Urinas purulentas
- Retenção e incontinencia urinaria
- Cistite

Pert. Gineceologicas:-Estritas de colo

- Vaginite

Pert. Cardio-vasculares: - Ruídos cardíacos acentuados
 - Pulso pequeno e hipotensão
 Ganglios inguinais e cervicais

Pert. Nervosas:

Motilidade: - Movimentos passivos normais com ligeira dificuldade à extensão, acentuada à esquerda.

- Impossibilidade dos movimentos activos do membro inferior (paraplegia)
- Movimentos activos dolorosos
- Sinal de Kernig
- Sinal de Grasset e Gausset positivo

Refletividade: - Reflexo rotuliano vivo à esquerda, apagado à direita

- Sinal de Babinski
- Ausência de trepidação epileptoide e de clonus da retula
- Reflexos cutâneos abelidos na região hipogástrica

Sensibilidade: - Formigueiros e Criestesia

- Dores espontâneas aumentadas pela pressão e pelos movimentos
- Raquialgias
- Hiperestesia cutânea plantar
- Sensibilidade térmica, dolorosa e tátil embatadas

Troficas: - Flacidez e atrofia das massas musculares dos membros inferiores mais à direita

-Secara sagrada-

•Keratinização da pele da planta dos pés
Reação de Wassermann positiva no sangue e líquido cefalo-raquidia_
ne. Hiperalbuminose. Linfocitose em certo período da doença.

HISTORIA PESSOAL E DA FAMILIA

Do passado morbido desta doente convem destacar uma ulceração do
colo do utero x á ha dez anos, provavelmente de natureza sifiliti_
ca, visto a doente, pouco depois, começar a sentir cefalalgias
violentas, dores ossas e articulares e apresentar placas mucosas
Laringites frequentes. Hemorragia com cistite. Febre tifoide
ha anos. Alceolice inveterada,
Da familia nada digno munita de nota.

DIAGNOSTICO E ETIOLOGIA

Conclue-se da sintomatologia apresentada pela doente, tratar-se
duma mielite.

As perturbações da motilidade, da reflectividade e da sensibilidade_
de indicam-nos lesada a medula em todos os seus elementos.

As desordens esfincterianas vesico-retais e os desequilibrios da

reflectividade localizam a lesão na medula lombar.

A albumina-reação positiva, e linfocitose igualmente positiva, embora em parte do período de doença, sinal de Kernig, raquialgias e as dores dos membros inferiores atribuem às meninges um certo papel na evolução da doença.

"Il existe bien dans les myelites aiguës des phénomènes douloureux mais les douleurs rachidiennes et les douleurs des membres n'atteignent pas l'intensité avec laquelle on les observe lorsque les méninges participent au processus. La réaction lombaire, en montrant l'existence de réactions inflammatoires du liquide céphalo-rachidien, confirme le diagnostic..." (1)

A participação das meninges nas mielites sífilíticas é vulgar e é certamente a sífilis, a base etiologica desta mielite.

A reação de Wassermann positiva no sangue e liquido cefalo-raquidiano confirmam esta etiologia e, para justificar e diagnosticar, se nada mais restasse, a eficacia do tratamento era a prova certa.

A sífilis foi a causa fundamental, e alcoolismo e a "profissão" associaram-se; e traumatismo foi a causa adjuvante que obrigou a medula a revelar a lesão.

Miele meningite transversa sífilítica é, pois, o diagnostico.

(1) Castaigne-et Pissieu-Les maladies des méninges, pg. 289/90

TRATAMENTO E PROGNOSTICO

Nas suas linhas gerais, a terapêutica é idêntica à da sífilis localizada nos outros órgãos: o tratamento mercurial (cianeto e benzeato de mercúrio, etc), em injeções subcutâneas ou intravenosas aplica-se à sífilis medular do mesmo modo que às outras localizações treponêmicas.

O sistema nervoso exige, porém, certas cuidados. Nas sífilis fixas e antigas, como diz Geugerot (1) é contra indicado, bem como nas períodos de caquexia, por causa da acção anemizante do mercúrio, a arsenoterapia, cautelosa e em doses fracas, tem no tratamento das afecções específicas do sistema nervoso alto valor terapêutico. O tratamento local, feito pelas injeções intrarquiridianas de sais arsenicais ou mercuriais, tem tido sorte varia entre os diversos sifilígrafos. Leredde mostra-se entusiasta da medicação; Marcerelles formula as indicações da medicação intracranial: Penificiarias as sífilis meningias secundarias sem lesões nervosas; as sífilis tardias, pelo contrario, nada aproveitariam ou surprender-se-hiam, muitas vezes Herxheimers violentes. "Quant à une guérison véritable elle n'est point démentré (2).

(1)-Geugerot- Traitement de la syphilis en la clientèle pg.489

(2)Jaccoud op. cit. pg. 333.

O progresso dos conhecimentos etiologicos, posteriores a Jaccoud
vieraam demonstrar a cura possivel da mielite sifilitica.

"Je ne le crois pas pour ma part et j'estime que ni tant de para-
plegiques syphilitiques incurables peuplent les hospices c'est
qu'ils ont été insuffisamment traités et surtout que la therapeuti-
que n'a pas été mise en oeuvre en temps utile" (1)

À ne sa deente foi instituida, tem cedo quanto possivel, a ther-
apeutica especifica.

À guisa de conclusãe desta estude diremos, com o pensar de la Fou-
rette, que a mielite sifilitica é curavel.

Diagnosticar e tratar precocemente é prevenir um mal irremediavel.

(1)-Gilles de la Tourette-Les myelites syphilitiques, pg. 73

Visto

Pode imprimir-se

THIAGO DE ALMEIDA

MAXIMIANO DE LEMOS

BIBLIOGRAPHIA

Gilles de la Tourette- Les névroses syphilitiques.

Gastaing et Puisseu- Les maladies des méninges.

Jaccoud- Pathologie interne

Grasset- Diagnostic des maladies de la moelle

-Traité pratique des maladies du système nerveux

Dejerine- Sociologie du système nerveux

Rosenthal- Maladies du système nerveux

Geugerot- Le traitement de la syphilis en la clientèle

Dieulafoy- Pathologie interne

Collet- Précis de pathologie interne

Strümpell- Pathologie spéciale.