

N.º 148

Francisco Maia Vasques de Carvalho

SÍFILIS DO CEREBELO

(Estudo clínico de uma doente)

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

OUTUBRO DE 1922



199/3 FMP

————— 1922 —————
IMPrensa NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
————— PORTO —————

SÍFILIS DO CEREBELO

N.º 148

Francisco Maia Vasques de Carvalho

SÍFILIS DO CEREBELO

(Estudo clínico de uma doente)

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

OUTUBRO DE 1922



— 1922 —
IMPrensa NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO INTERINO

Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embríologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontolo- gia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professor Jubilado

Dr. Pedro Augusto Dias

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRETOR

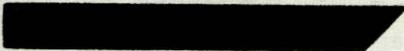
Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

Dr. Carlos Faria Moreira Ramalho

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

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

Dr. Pedro Augusto Dias

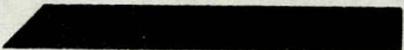


À memória querida de

Meu Pai

Neste momento de felicidade para mim uma dôr profunda me invade por te não poder beijar as mãos. Roubou-te Deus demasiado cêdo para que podesses vêr realizado o teu sonho mais ardente, o sonho que tantos sacrificios te custou.

Ao dedicar-te êste meu trabalho cumpro um sagrado dever prestando homenagem à tua memória.

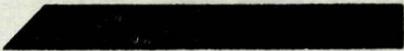




À memória de minha irmã

Maria do Carmo

*À alma irmã da minha alma
aqui deixo a expressão de viva
saúde.*



A minha Mãe

A meus irmãos

A' meu tio

Francisco Cardoso da Silva Maia

*Profundo respeito e gratidão por
tudo quanto por mim fizestes.*

A minhas tias

Francisca, Laura, Maria, Idalina,
Esther e Maria da Glória

A meu tio

Serafim

A minhas primas

Esther, Maria Dulce, Maria Luiza,
Francisca, Maria Laura e Stela

•

A meus primos

Antônio, Belarmino e A. Miranda

Aos meus condiscípulos e em especial

Dr. Henrique Seixas
Dr. João Victor Macedo Pinto
Dr. Manoel Paulo Souza Martins
Dr. Francisco José Mateus
Dr. António Homem da Cruz
Dr. Fradique M. Paula Santos

Aos meus amigos e contemporâneos e em especial

Fernando Duarte de Azevedo Antas

Manoel Araujo

Ulisses Canijo

Luciano Aresta Branco

Mário Cardia

Ao Ex.^{mo} Snr.

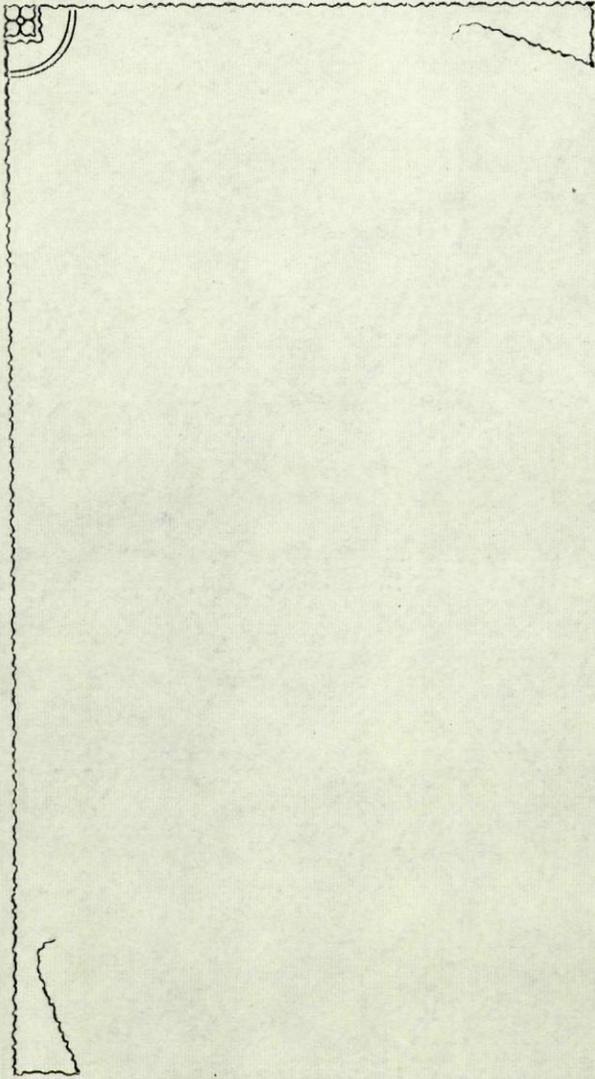
Dr. José Fernandes de Magalhães

À Faculdade de Medicina do Pôrto

Ao meu ilustre Presidente de Tese, Ex.^{mo} Professor

Thiago de Almeida

Homenagem, consideração e respeito.



PREFÁCIO

Quando estudei a doente que faz objecto d'êste trabalho, estava bem longe de supôr que ella me havia de servir para obter o diploma que me daria o direito de exercer a profissão que tinha abraçado.

Estava por outro lado occupado com os trabalhos escolares que tomam ao quintanista quâsi todo o tempo, não podendo por isso dedicar as atenções precisas ao estudo cuidadoso e completo de um caso especial.

Êste trabalho tem, pois, muitas lacunas, muitas faltas, umas corrigíveis com uma observação cuidadosa, outras não corrigíveis devido à pouca preparação de quem escreve estas linhas, para tratar um assunto tão escabroso e tão árduo, como é o da pathologia do cerebello.

Ê êste trabalho apenas a observação clínica duma doente cerebelosa com a indispensável justi-

fixação do síndrome, sede da lesão, discussão do diagnóstico diferencial, origem luética do mal e associação com lesões cerebrais da mesma natureza.

Mas neste simples registo um facto me anima — fixar a atenção num ponto que quasi totalmente tem passado despercebido, a localização da sífilis no cerebello.

Isto basta para solicitar a benevolência dos meus professores.

Não devo deixar de manifestar aqui meu sincero reconhecimento ao Ex.^{mo} Sr. Professor Thiago de Almeida por tantas atenções e deferências que comigo teve e pela honra que me deu acedendo a presidir à defeza d'este modesto trabalho.

PARTE I

OBSERVAÇÃO DA DOENTE

A. Q. de 19 anos de idade, solteira, natural do Pôrto, entrou neste hospital (sala Espírito Santo) no dia 1 de Abril de 1922, apresentando uma sintomatologia quási exclusivamente nervosa.

A marcha era quási impossível e apresentava uma grande dificuldade na articulação da palavra; foram estas perturbações que motivaram e justificaram a sua entrada.

Estado actual

Quando a observamos pela primeira vez, em 6 de Maio, a sua posição na cama tinha alguma coisa de particular. Mantinha-se sentada com os membros inferiores fortemente fléctidos, as côxas sôbre o abdómen e as pernas sôbre as côxas; apoiando as mãos sôbre os joelhos e a cabeça

sobre as mãos, posição esta que ela adoptava de preferência a qualquer outra.

Aparelho digestivo.—Normal.

Aparelho respiratório.—Normal.

Aparelho circulatório.—A ponta do coração bate no 4.º espaço intercostal, um pouco para dentro da linha mamilar e, à palpação, sente-se um ligeiro frémito sistólico; há choque difuso da ponta. A auscultação revela-nos, no fóco mitral um rude sôpro sistólico com propagação para a axila; no fóco tricúspido os ruídos cardíacos são normais e nos fócos da base notam-se os segundos ruídos batidos, principalmente no fóco aórtico.

A ária de maciez dos grandes vasos apresentava-se um pouco aumentada (aproximadamente seis centímetros).

Pulso: pequeno, hipotenso (T. M. = 11 e T. m. = 6 ao Pachon, na radial esquerda, na posição sentada), taquicárdico (84 pulsações). Reflexo óculo-cardíaco normal.

Aparelho génito-urinário.—Normal.

Sistema nervoso.—Pelo que diz respeito à sensibilidade táctil, apenas havia a considerar de anormal uma zona de anestesia na face externa da côxa direita; confunde o quente com o frio se o contacto fôr curto, mas o número de confusões, maior nos membros inferiores, é pequeno nos membros superiores e quasi nulo na cabeça.

Reflexos pupilares normais, sem nistagmus.

Dá respostas variáveis sôbre o conhecimento das côres, parecendo todavia não ter discromatopsia.

Palestesia (sensibilidade óssea): no perónio em ambos os lados estava diminuida; na tibia diminuida à direita e abolida à esquerda; no fémur estava diminuida em ambos os lados. Nos membros superiores era normal.

Tem os reflexos tendinosos geralmente muito exagerados, sôbretudo à direita. Esboça o reflexo de Babinsky e os reflexos cutâneos e abdominais estavam um pouco exagerados. Mas onde as perturbações são acentuadas é sôbretudo do lado da motricidade. Há ataxia dos membros, principalmente dos inferiores, parecendo resultar de um trémulo combinado com hipermetria.

Assim, a doente não pode marchar sem se apoiar a qualquer objecto, a qualquer móvel e, quando tem de se afastar dêles toma uma cadeira sôbre a qual se apoia e que faz arrastar adeante de si.

Durante a marcha tem um trémulo generalizado, baixa a cabeça, dobra-se sôbre o abdómen, levanta muito os pés e pouosa-os no sólo repentinamente.

Sósinha não anda e, quando se faz marchar tomando-lhe as mãos, inclina o corpo para deante descrevendo no seu conjunto um arco de círculo.

O equilíbrio de pé é muito difícil; só depois de se preparar bem é que se sustenta algum tempo

na posição ortostática, mas como que em equilíbrio instável, sempre pronta a apoiar-se ao móvel mais próximo.

Mantem os braços afastados do corpo como que servindo de balanceiros, um pouco inclinada para diante, sendo-lhe preciso afastar os pés, para, aumentando a base de sustentação se assegurar do equilíbrio. Ela mesmo reconhece isso e não é capaz de, nesta posição, juntar os calcanhares.

Anda melhor apoiada sobre os quatro membros e, convidando-a a marchar sobre os joelhos ela é incapaz de o fazer; cáí para diante. A oclusão dos olhos não influe sensivelmente sobre o seu equilíbrio; não tem o sinal de Romberg.

Tem incoordenação dos movimentos: mandando-a levar à ponta do nariz o indicador da mão direita ou da mão esquerda (prova de Babinsky) ela fa-lo com uma certa viveza de movimentos e como que às apalpadelas.

O dedo vem bater na raiz do nariz ou na face, abaixo da pálpebra inferior ou mesmo no lábio superior.

O mesmo acontece se se convida a levar o calcanhar de um pé ao joelho oposto: a perna eleva-se desmesuradamente e bate, quer a crista da tibia, quer a extremidade inferior do fémur e só depois de algumas tentativas consegue colocar o calcanhar sobre o joelho, constatando-se então algumas oscilações laterais.

Tem um trémulo intencional de largas oscilações. Pegando num copo para beber, abre excessivamente a mão para o apanhar, bate com êle violentamente contra os dentes, depois de tê-lo lançado fóra parte do seu conteúdo. Também a doente fixa-o sobre os joelhos com ambas as mãos e aproxima dêle a bôca, não a afastando enquanto não acaba de beber.

Tem trémulo palpebral e lingual que desaparece em repouso.

A sua força muscular está muito diminuída. Ao dinamómetro, na mão direita, a agulha fica na divisão 11 e na mão esquerda na, divisão 6. O sentido do espaço e o sentido estereognóstico estão normais.

Tem dismetria; os movimentos não são proporcionados ao acto a desempenhar. Mandando-a traçar linhas compreendidas entre duas paralelas, excede sempre o limite.

Nota-se ainda ligeira adiadococinésia, ou antes, disdococinésia, nos membros superiores e mais acentuada nos membros inferiores.

Tem perturbações da palavra; é tremulante, lenta, silabada, mas não é mutilada; há disartria.

Sob o ponto de vista psíquico é normal e apenas há a notar uma emotividade muito exagerada, rindo-se à mínima causa e outras vezes mesmo sem causa aparente. Chora também por motivos fúteis.

Antecedentes familiares.— O pai vive. A mãe faleceu vitimada por uma pneumonia não sabe a doente com que idade; não sabe também se teve alguns abôrtos.

Refere apenas que a mãe teve dez filhos dos quais só dois são vivos—ela e uma irmã de dezoito anos—tendo os outros morrido em creanças sem que saiba dizer com que afecções.

Antecedentes pessoais.— Teve o sarampo e a varíola em pequena. Costumava dar-lhe uns ataques que, segundo a descrição da doente deviam ser epiléticos. Assim, êsses ataques sobrevinham-lhe de um momento para o outro, sem causa ocasional, com pêrda de conhecimento, convulsões e amnésia consecutiva, ataques que lhe duravam alguns minutos e após os quais se sentia extremamente cansada tendo necessidade de se deitar.

Um dia aconteceu que durante um ataque se aproximou do fôgo, tendo ficado com várias queimaduras, de que ainda hoje conserva vestígios na face.

Estes ataques apareceram-lhe desde creancinha e diz a doente que "tinha estes ataques desde que se conhece".

Desde três anos, isto é, desde que se instalou o seu padecimento actual com a sintomatologia ruidosa que vamos já descrever, que estes ataques não se repetiram.

Tem uma reacção de Wassermann fortemente positiva.

É menstruada desde os dezoito anos. É vírgem.

*

* *

História da doença.— Conta a doente que estando a servir na Galiza, teve há três anos um ataque nocturno com convulsões, pêrda de conhecimento, grande prostracção, ataque de que acordou ao outro dia no hospital dando conta então de que estava hemiplégica do lado direito e afásica.

No hospital foi-lhe instituído um tratamento anti-sifilítico intensivo pelos preparados mercuriais e iodeto de potássio com que a doente beneficiou.

Assim, ao cabo de um ano de tratamento começou a falar, os sintômas paralíticos foram-se emendando, posto que muito lentamente. As melhoras iam-se acentuando, quando há um ano (em princípios de 1921) novo ictus lhe provocou uma

hemiplegia, esta esquerda, que, sob a influéncia do tratamento específico, foi cedendo.

Hoje apresenta as perturbações que acabamos de relatar no estado actual, que fazem pensar em um ataque do cerebello pela sífilis, de que esta doente é portadora, como claramente o atesta a sua reacção de Wassermann fortemente positiva.

PARTE II

CAPÍTULO I

O síndrome cerebeloso. — Diagnóstico diferencial

As alterações do cerebelo exteriorizam-se por um conjunto de sintomas que constitui o chamado *síndrome cerebeloso* e raras se encontra completo num mesmo doente.

Assim um tumor que comprime parcialmente este órgão, um tubérculo, um abscesso, um foco de amolecimento, uma hemorragia, etc., traduz-se por sinais geralmente os mesmos para cada parte do órgão atingida.

É que, assim como o cérebro, o cortex do ce-

rebelo tem zonas especialmente affectas aos diversos departamentos do organismo, como o atestam não só os factos experimentais, como também a observação clínica.

Neste sentido tem sido empreendidas experiências que consistem umas na destruição parcial ou total do cerebello, outras na excitação mecânica, química ou eléctrica de diversos pontos do cortex cerebeloso e deve dizer-se que as conclusões de todos os experimentadores estão longe de ser concordes.

Emquanto que alguns fisiologistas indicam reacções precisas em relação com esta ou aquela parte do cerebello, outros põem em dúvida a sua própria excitabilidade; esta propriedade é recusada por alguns ao cortex mas concedida aos núcleos cinzentos centrais.

Por aqui se vê que a fisiologia do cerebello tem ainda muito que desvendar. Parece todavia estabelecido pelas experiências de Luciani, Munk, Lewandowsky, etc., em macacos, pelas de Flourens nas aves e pelas de André Thomas em cães e macacos, que consistem em destruições totais ou parciais do cerebello; pelas experiências de Ferrier que empregou a electricidade como excitante do cortex cerebeloso, que este tem zonas especialmente affectas aos diversos departamentos da motilidade.

Sem entrar em detalhes sobre estas experiências que este trabalho não comporta, não queremos dei-

xar de nos referir às conclusões interessantes a que chegou Ferrier pela electrização do cerebello em macacos e às de Munk, Russell, etc., pela destruição total ou parcial do cerebello d'estes animais.

Referimo-nos apenas a estes porque de todos os animais submetidos a experiências são aqueles cujo sistema nervoso mais se aproxima do do homem.

“Quanto menor é a distância que separa o homem do animal sôbre que se experimenta mais comparáveis são os fenómenos de *déficit* observados quer por virtude de uma doença localizada quer consecutiva a uma secção parcial.” (André Thomas).

a) A electrização da pirâmide do lobo médio faz girar os globos oculares para a direita ou para a esquerda no plano horizontal segundo os electrodos são applicados à direita ou à esquerda ao mesmo tempo que se produz um movimento para deante ou para baixo, da cabeça.

b) Na extremidade posterior do vermis superior a excitação eléctrica da parte mediana desta saliência, faz com que os globos oculares olhem directamente para baixo; nas partes laterais olham para baixo e para o lado correspondente à excitação.

c) A excitação eléctrica da extremidade anterior do vermis superior na linha mediana, faz voltar os olhos para cima, ao mesmo tempo que a cabeça se inclina para trás.

Simultaneamente há uma tendência a estender as pernas e alguns movimentos espasmódicos dos braços.

Quando a excitação incide à esquerda, ou à direita, há um movimento conjugado dos globos oculares e cabeça, que se voltam diagonalmente para cima e para o mesmo lado da excitação.

d) A excitação do lobo lateral (lóbulos semilunares), faz voltar os olhos para cima e para o mesmo lado da região excitada.

e) Excitando o flóculus, os olhos giram seguindo os seus eixos antero-posteriores.

Vê-se por estas experiências que os movimentos obtidos pela excitação do cortex cerebeloso são do mesmo lado que esta; são movimentos bruscos, espasmódicos e difíceis de precisar.

As pupilas contraem-se com predominância do lado excitado e, muitas vezes, produz-se nistagmus no comêço da excitação.

As idênticas conclusões se chegou excitando o cerebelo de gatos e cães.

Destruindo um hemisphério cerebeloso, constata-se o seguinte: o olho do lado operado está desviado para baixo e para dentro, o do lado sã para cima e para fóra; o animal tem tendência a cair do lado sã para o lado operado.

Nos primeiros dias, o macaco deitado sobre o ventre conserva os membros em abdução e o lado operado em plano mais inferior (Luciani) quando

se quer deslocar, rasteja, conservando sempre os membros muito afastados. Há trémulo intencional da cabeça e do tronco; os movimentos da mão do lado operado são mais irregulares.

Estes fenómenos vão melhorando progressivamente nos dias seguintes, conservando todavia os membros do lado lesado mais afastados do que do lado sã, os músculos um pouco contracturados, incoordenação de movimentos e trémulo intencional.

Há dismetria do lado operado e, segundo Luciani, os membros do lado da lesão estão paresiados, facto contestado por Munk, Ferrier e Turner. Russell assinalou perturbações de sensibilidade do lado da lesão.

A destruição total do cerebello provoca dismetria, incoordenação dos movimentos; o animal afasta os membros quando parado e quando procura mover-se, o que faz, rastejando sôbre o ventre.

Nos primeiros dias há trémulo intencional; marcha difícil, cambaleante, em zig-zag, quedas frequentes, fadiga rápida, perturbações que se vão corrigindo sem que todavia desapareçam totalmente.

Os reflexos tendinosos estão exagerados.

Destruindo o vermis o animal tem tendência a cair para trás e para o lado, indiferentemente para a direita ou para a esquerda. Os membros conservam-se em abdução e há trémulo que aumenta com os movimentos voluntários.

Estas perturbações diminuem nos dias seguintes, mas o animal levanta sempre muito os pés que deixam de tremer; só o trémulo da cabeça persiste. O macaco conserva uma tendência a cair para trás.

Segundo Wersiloff, o vermis superior tem sob a sua dependência os movimentos dos membros inferiores, a parte posterior do vermis inferior os movimentos dos membros superiores; cada metade do cerebelo está em relação com a metade correspondente do tronco.

Pruss afirma que cada hemisfério contém centros para os músculos do mesmo lado.

No vermis colocam a maior parte dos autores, os centros que presidem à coordenação dos movimentos dos olhos, da cabeça, do pescoço e do tronco, assim como nos hemisférios se colocam os centros coordenadores dos movimentos dos membros homolaterais, sendo natural pensar que cada hemisfério ainda comporta diversos centros especializados os movimentos de cada segmento de membro ou de cada grupo de músculos funcionalmente sinérgicos.

Rothlim, usando do processo de Batteli que consiste em irritar territórios cerebelosos estritamente localizados por meio de uma substância química em suspensão na goma arábica chegou às seguintes conclusões: a irritação do lobo anterior do cerebelo provocaria não sómente contracções dos músculos da cabeça e dos olhos, etc., mas tam-

bêm o sintoma da ataxia cerebelosa, atitudes e movimentos forçados.

André Thomas, ⁽¹⁾ que ao estudo do cerebello se tem dedicado com paixão, chegou recentemente às seguintes conclusões:

“Cada centro destinado a um membro é decomponível em centros secundários, correspondendo cada um deles a um segmento de membro, a uma articulação, presidindo à elaboração de uma função estênica afectada a uma direcção determinada (extensão, flexão, rotação para dentro, rotação para fóra, adução, abdução)».

Que papel representa o cerebello no funcionamento dos músculos? Parece estabelecido que o cerebello recebendo o influxo nervoso partido das zonas motoras do cortex cerebral o transforma no sentido de o adaptar e proporcionar ao movimento a desempenhar, fazendo participar nêlo músculos funcionalmente sinérgicos e abolindo ao mesmo tempo os músculos ou grupos musculares funcionalmente antagonistas.

“O cerebello não serve provavelmente para re-

(1) “L'Encephale,” — Fevereiro 1920.

forçar a energia dinâmica do sistema muscular, assim como não é órgão de elaboração desta energia; mas contém os centros que presidem à coordenação estênica e tónica dos movimentos de um mesmo grupo funcional de músculos, assegurando a contracção de uns e o relachamento dos outros e a soma dos movimentos que compõem os grandes gestos. Em suma tem sob o seu contróle a sinergia, a rapidez e a amplitude dos movimentos».

Emquanto que Salle Archambault se expressa dêste modo Luigi Roncoroni ⁽¹⁾ explica os sintomas cerebelosos "pela pêrda de acção de refôrço que o cerebelo exerce normalmente sôbre os centros de coordenação, pela interrupção das vias reflexas que atravessam o cerebelo, pela compressão dos pedúnculos cerebelosos».

O cerebelo é portanto um órgão afectado à motibilidade e desde Munk que se lhe atribui o papel de órgão de equilíbrio; Lewandowsky considera-o como um órgão de sentido muscular e Mann ⁽²⁾ explica a ataxia cerebelosa pela falta ou supressão do registo das excitações periféricas que tomam a sua origem nos músculos no momento da sua contracção. Estes sinais da inervação muscular seriam normalmente registados no cerebelo e ficariam abaixo do limiar da consciência.

(1) "Rivista di patologia nervosa e mentale," Junho 1915.

(2) L'Encephale—Julho 1913.

Presidindo automaticamente à coordenação dos movimentos, regulando-lhes a amplitude e o ritmo combinando diversos grupos musculares para o desempenho dos movimentos complexos, o cerebelo representa um papel importantíssimo na manutenção do equilíbrio.

Assim o provam as experiências empreendidas em cães por André Tomas. Um cão privado da totalidade do cerebelo tem tendência a cair para trás ou a recuar; um outro a que foi destruído um hemisfério cerebeloso executa movimentos de rotação para o lado lesado, etc.

Mas este papel importante da manutenção do equilíbrio não é exclusivamente desempenhado pelo cerebelo; dele também compartilham o labirinto e a zona sensitivo-motora do cortex cerebral, a ponto de poderem suprir a sua falta como acontece nos casos de agénésia do cerebelo, dos quais o mais interessante e o mais nítido é sem dúvida o de Hitzig:

Uma doente de 32 anos que nunca tinha apresentado perturbações da motilidade é examinada por Hitzig que lhe notou sintomas de tabes ou de paralisia geral.

A autópsia revelou o hemisfério direito reduzido a dois pequenos lóbulos do tamanho de um feijão. Esta doente sabia dançar, podia saltar como qualquer mulher normal e aprendeu a andar no momento oportuno.

As *perturbações do equilíbrio* são pois um dos factos primordiais do síndrome cerebeloso e quando dizemos perturbações do equilíbrio queremos referir-nos não só ao equilíbrio estático mas também dinâmico.

O cerebeloso parado, de pé, oscila, e tanto mais quanto menor fôr a base de sustentação como se todos os músculos tivessem necessidade, para manterem o equilíbrio, de serem fustigados continuamente pelo inflexo nervoso das zonas motôras do cortex cerebral.

O equilíbrio deriva portanto de um esforço consciente, o que se não dá no indivíduo normal em que o cerebelo automática e inconscientemente vela pela sua manutenção.

Era o que acontecia na doente A. Q. que não podia juntar os calcanhares na posição de pé receiando a todo o momento cair e dizendo continuamente "eu caio, eu caio".

Em movimento o cerebeloso tem uma marcha característica é a *marcha do ébrio* dos autores.

A nossa doente não marcha sósinha sem se apoiar a qualquer móvel; quando na enfermaria se quer deslocar toma uma cadeira sôbre a qual se apoia e que faz arrastar adeante de si.

Amparando-a por debaixo dos braços e fazendo-a marchar deixa-se ficar para trás com o corpo emquanto que os pés se colocam muito adeante (assinergia de Babinsky) levantando-os muito acima

do sólo e batendo com êles violentamente sôbre o pavimento.

Estas perturbações do equilíbrio não são aumentadas com a oclusão dos olhos; não há pois sinal de Romberg.

A doente A. Q. não apresentava vertigens. Êste facto é, a nosso vêr, explicado pela integridade do labirinto. É um facto mais a acrescentar à afirmação de Dejerine que contradiz a opinião de Duchenne (de Bolonha) segundo o qual "a sua titubação não é produzida pela falta de coordenação dos movimentos, é causada pelas vertigens," são antes estas causadas por aquela e ainda com certas reservas.

Apresentava ainda a nossa doente, *trémulo intencional*. Quando se lhe mandava levar um copo à bôca, batia com êle violentamente contra os dentes e a par dêste trémulo apresentava êste sinal que os autores descrevem com o nome de *dismetria*. A doente A. Q. que não sabia escrever, traçando linhas compreendidas entre duas verticais excedia sempre o limite.

Fazendo dois pontos em uma fôlha de papel e mandando-a traçar uma linha unindo-os, descrevia uma linha irregular, partida, sinuosa e parando aquém ou além dos pontos limites.

A doente não sabe proporcionar a contracção dos seus músculos ao acto a desempenhar.

A prova de Babinsky (mandar ao doente levar

o indicador, à ponta do nariz) era positiva na doente A. Q.; o mesmo acontecia se se lhe mandava levar o calcanhar de um pé ao joelho oposto. Havia portanto dismetria não só nos membros superiores como também nos membros inferiores.

Podemos também considerar como dependentes da dismetria as perturbações da palavra.

A nossa doente não apresentava nistagmus.

Um outro sintoma importante para o diagnóstico da afecção de que é portadora esta doente é a *adiadococinésia* que consiste na impossibilidade, ou pelo menos grande dificuldade (*disdococinésia*), de execução de movimentos alternativos de sucessão rápida. A doente A. Q. apresentava êste sinal em ambos os lados.

Emfim nas lesões cerebelosas os reflexos tendinosos são exagerados nos quatro membros se a lesão é bilateral, nos membros homolaterais se a lesão é unilateral (Dejerine).

Mariano-R. Cartex ⁽¹⁾ descrevem um novo reflexo cutâneo que fazem incluir no síndrome cerebeloso: "quando se excita a planta do pé, o psóas ilíaco contra-lateral, o costureiro e, por vezes, o quadricípite contraem-se; observa-se pois uma ligeira flexão da côxa oposta sôbre a bacia, por vezes com extensão da perna."

(1) "Revista de la Sociedad de Psychiatria, Neurologia y Medicina Legal," — Buenos-Ayres 1915.

Com o nome de *anisosthenia* A. Thomas e A. Durupt (1) descrevem um sinal que colocam entre os fenómenos de dismetria e que consiste no seguinte: quando se manda a um doente fechar as mãos e abri-las bruscaemente, os dedos indicador e mínimo da mão do mesmo lado da lesão afastam-se dos dedos médio e anular para voltar em seguida à posição normal.

Este fenómeno quer seja explicado pela contracção excessiva do primeiro interósseo e do adutor do mínimo, quer seja a consequência da hipostenia dos músculos antagonistas revela segundo estes autores uma perturbação no equilíbrio dos músculos antagonistas análogo ao que se observa no animal após uma destruição parcial do cerebello. Não pesquisamos estes reflexos na doente A. Q.

*

* * *

Esta doente apresentava pois os principais sintomas de síndrome cerebeloso: perturbações do equilíbrio estático e quinético; a assinergia de Babinsky; trémulo intencional; dismetria; perturbações da diadococinésia; exagêro de reflexos; perturbações da palavra (ataxia dos músculos da fonação); não apresentava nistagmus nem vertigens.

(1) "L'Encephale," — Fevereiro de 1920.

Um dos muitos pontos discutidos em patologia do cerebello é o seguinte: terá este órgão alguma influência sobre a inteligência? O cerebello não é órgão do psiquismo, todavia parece influir indirectamente sobre a inteligência pelo seguinte mecanismo: se o indivíduo, o homem no nosso caso tivesse de prestar atenção aos seus movimentos para os coordenar, para, em sumá, suprir a função do cerebello, isso far-se-ia desfalcando consideravelmente as suas faculdades psíquicas que, dêste modo, se não exteriorizariam em toda a sua pujança e dariam assim a impressão de diminuidas. Resta-nos para completar este capítulo estabelecer o diagnóstico diferencial com outras afecções que por alguns dos sintomas descritos se poderiam confundir com a sífilis do cerebello de que esta doente parece ser portadora.

*

*

*

Diagnóstico diferencial.

a) *Com a esclerose em placas.*— A primeira afecção em que pensamos ao vêr esta doente, foi uma esclerose em placas. As perturbações da palavra são análogas; a palavra é silabada, mas nas afecções do cerebello é mais lenta do que na esclerose em placas (Dejerine).

Constata-se nesta ultima afecção um certo grau

de espasmodicidade e as perturbações vão-se acentuando à medida que a doença progride. Em regra o comêço é lento e progressivo e o primeiro sintoma que habitualmente chama a atenção é a dificuldade da marcha.

Há primeiro uma certa paresia dos membros inferiores que se acentua progressivamente, apresentando remissões de duração variável, que a praso mais ou menos longo se transforma em espasticidade e que vai até à contractura permanente que coloca os membros inferiores em extensão e adução. A trepidação epileptoide é então um sinal que nunca falta.

Estas perturbações acarretam modificações na marcha que lembra e simula, por vezes perfeitamente, a marcha do cerebeloso (marcha cerebelo-espasmódica).

Campbell e Crouzon encontraram doentes portadores de esclerose em placas com as perturbações descritas por Babinsky com o nome de assinergia cerebelosa.

As contracturas são geralmente menos intensas nos membros superiores do que nos membros inferiores. Há também na esclerose em placas um trémulo intencional e encontra-se aproximadamente em cinquenta por cento dos casos nistagmus.

Ao cabo de alguns anos aparecem perturbações gerais, pêrda de apetite, emagrecimento e enfraquecimento progressivo da inteligência. As perturba-

ções da palavra acentuam-se, a ponto de esta se tornar ininteligível, aparecem perturbações tróficas, os esfíncteres paralizam-se e o doente sucumbe em verdadeira caquexia.

Na nossa doente em exame atento permite pôr de parte a esclerose em placas. Com efeito, nesta altura da evolução da doença deveria já apresentar uma certa rigidez muscular, principalmente nos membros inferiores, o que se não encontra; a palavra tem alguma coisa que a distingue da palavra da esclerose em placas; não é monótona e há palavras de pronúncia fácil em que as sílabas se sucedem normalmente; por outro lado a própria influência do tratamento é um argumento a invocar para pôr de lado a esclerose em placas.

b) Com o tabes dorsal.— Não tinha a doente A. Q. senão algumas poucas semelhanças, estas mesmo grosseiras e o diagnóstico diferencial permite ao mais sucinto exame pôr de lado esta afecção.

A doente A. Q. não apresentava o sinal de Romberg, o sinal de Argill-Robertson. Os reflexos tendinosos longê de estarem abolidos (sinal de Westphal) estavam pelo contrário muito exagerados. No tabes não há perturbações da palavra e o sentido estereognóstico está sempre alterado (esclerose das vias sensitivas medulares); nunca na nossa doente apareceram crises álgicas viscerais.

c) Com a doença de Friedreich.— A afecção

de que é portadora A. Q. tem com esta doença algumas semelhanças.

Esta doença, de carácter geralmente familiar, é pelas perturbações da marcha que começa as suas manifestações.

O doente marcha com uma espécie de titubeação que lembra a marcha do cerebeloso (*marcha tabeto-cerebelosa* de Charcot); não pode estar de pé imóvel por causa das oscilações que agitam o seu corpo e o doente é obrigado para restabelecer o equilíbrio a mudar continuamente os pés; é a ataxia estática de Friedreich.

Há também, na doença de Friedreich, trémulo intencional análogo ao da esclerose em placas, mas há um carácter distintivo entre esta doença e a afecção de que é portadora A. Q. e vem a ser que se verifica quasi constantemente a abolição dos reflexos tendinosos.

Na doença de Friedreich a palavra é lenta, pastosa, desigual; certas palavras são pronunciadas mais depressa do que outras (Dejerine) e notam-se diferenças de tonalidade nas diversas sílabas de uma mesma palavra ou de palavras consecutivas.

*

* *

Qual é a região do cerebello lesada? Êste ponto é um dos mais obscuros em patologia do cerebello e como acabamos de expôr os fisiologistas ainda

não estão inteiramente de acôrdo sôbre as localizações funcionais do cerebello. É natural que num futuro mais ou menos próximo, tendo-se estudado convenientemente a anatomia e a fisiologia dêste órgão, se possa, trazendo para a clínica as conclusões dos experimentadores ajudadas por um número sufficientemente grande de observações necrópsicas de doentes do cerebello, chegar à perfeição com que já hoje se fazem as localizações no cerebello das diversas alterações dêste órgão.

No estado actual dos nossos conhecimentos em matéria de patologia do cerebello não podemos, pelo simples facto da observação clínica de um cerebeloso, dizer com precisão a região do órgão atingida, excepto os casos de lesões grosseiras como tumores, abcessos, hemorragias, etc., tendo a sua séde sôbre um dos hemisférios cerebelosos e em que a sintomatologia, à face dos conhecimentos actuais, se encarrega de nos guiar na sua localização.

Qual é a região do cerebello lesada? Este ponto é um dos mais obscuros em patologia do cerebello e como acabamos de expôr os fisiologistas ainda

CAPÍTULO II

Diagnóstico da lesão e da sua natureza

No capítulo anterior tratamos do síndrome cerebeloso e das relações que com êle apresentava a **sintomatologia** da doente A. Q. Supomos ter feito a **demonstração** duma lesão cerebelosa.

Neste vamos tentar fazer o diagnóstico da natureza **sifilítica** da lesão do cerebello, e do período a que pertence.

Um ponto que queremos frizar e nos colocou em uma situação embaraçosa vem a ser a **escassa documentação** que a literatura médica da especialidade nos fornecia.

Não encontramos senão dois casos de sifilis do cerebello descritos, o primeiro por Greggio e o segundo por Zuber que abaixo resumimos.

Já Gaucher no seu livro "Syphilis du Système nerveux," nota esta falta de documentação sobre a **localização cerebelosa** da sifilis.

Será esta falta devido à raridade dos casos de sífilis do cerebello?

Não nos parece que se deva atribuir a êste factor a exiguidade de documentação sôbre sífilis do cerebello por varias razões.

Em primeiro lugar porque o cerebello, como qualquer parte do sistema nervoso e de um modo geral qualquer órgão ou sistema da economia, pode ser prêsa da avariose. Vai já longe o tempo em que J. Hunter, Astley Cooper, Lasègue, etc., pensavam que a sífilis não atacava os centros nervosos ou raras vezes o fazia.

Em segundo lugar não se explica que, carreando o sangue espiroquetas e indo estes localizar-se com tanta freqüência sôbre o sistema nervoso, não invadam o cerebello com freqüência proporcional à sua irrigação.

Fournier, em 5.762 casos de sífilis, encontra 1.851 de sífilis do sistema nervoso. Nesta estatística relativamente grande nem um só caso de sífilis do cerebello é mencionado.

Parece-nos antes que se deve encarar a questão de outro modo.

O funcionamento do cerebello pode até certo ponto ser substituído pelo labirinto e pela zona sensitivo-motora do cortex cerebral. Não é para admirar pois, que a grande maioria dos casos da sífilis do cerebello tenham passado despercebidos e que os ligeiros sintomas por que se instala o sin-

drônia cerebeloso sejam tomados à conta de ataques da sífilis a outros departamentos dos centros nervosos, rápidamente debelados pelo tratamento específico.

Eis o caso de Greggio (1): Um homem até aí saudável e robusto foi, dois anos e meio antes da sua entrada no hospital, atacado de uma dôr brusca na região occipital direita, dôres sobretudo frequentes de tarde com exacerbação nocturna.

Apresentava vertigem rotatória com tendência a cair para a direita e, com deslocamento dos objectos no sentido dos movimentos dos ponteiros de um relógio, precedendo as dôres.

Estes fenómenos apareciam-lhe três ou quatro vezes por dia. Ao exame do doente notam-se: grande sensibilidade à pressão na região occipital direita superior; uma diminuição da audição e da transmissão óssea das vibrações; ligeira atrofia muscular, perturbações da diadococinésia e trémulo intencional pouco pronunciado; assinergia estática na posição vertical; tendência a cair para a esquerda durante a marcha, etc.

Pensou o autor que se devia tratar de uma lesão cerebelosa localizada no hemisfério direito e a evolução tornava provável a existência, de um tumor, com exclusão de um processo tuberculoso,

(1) "Semaine Médicale", 30 de Setembro de 1908.

improvável pelo facto da coluna cervical ser indolor, ou sifilítico.

Todavia apesar das negativas do doente, o autor antes de recorrer a uma intervenção, experimentou um tratamento pelo salicilato de mercúrio, que rapidamente melhorou o doente das perturbações subjectivas dolorosas e vertiginosas; esta medicação foi continuada, combinada com o iodeto de potássio.

Três meses depois a cura era completa e mantinha-se passados outros três meses.

Zuber relata o seguinte caso: um homem contraiu a sífilis e passados desasseis e vinte anos é tomado de crises apoplectiformes que começam por um ictus súbito e acompanhadas de cefaleias, de perturbações da palavra e de amnésia.

Mais tarde sobreveem sintomas cerebelosos, vertigens, titubeação, marcha ébria. O doente deitado ou de pé, tem vertigens contínuas; a marcha é a do ébrio, afasta as pernas para alargar a base de sustentação e tem um pouco de paralisia facial esquerda.

Depois de uma melhora passageira pelo tratamento anti-sifilítico, a situação agrava-se e aparece uma hemiplegia direita seguida de contracção e epilepsia parcial e o doente sucumbe no côma.

A autópsia revelou um antigo foco de amolecimento amarelo que destruiu a parte inferior do hemisfério direito do cerebello. Este foco corres-

ponde ao território vascular da artéria cerebelosa inferior que apresentava lesões de arterite obliterante. Lesões análogas e simétricas existiam no hemisfério esquerdo.

O cérebro não estava indemne; apresentava focos de amolecimento centrais e corticais.

A nossa doente era portadora de afecção análoga.

Apresentava como vimos no capítulo anterior o síndrome cerebeloso nos seus sintomas mais importantes; esta sintomatologia carregada à entrada no hospital, foi-se esbatendo, posto que muito lentamente, e três meses depois a doente saía do hospital sensivelmente melhorada dos sintomas que motivaram a sua entrada, melhoras estas obtidas com o tratamento pelo benzoato de mercúrio e iodeto de potássio.

A doente que quasi se não podia deslocar por si só, saíu do hospital podendo andar sobre moletas.

A natureza sifilítica da sua afecção era atestada por numerosos caracteres. Em primeiro lugar a hereditariedade carregada da doente: a mãe teve dez filhos, vivendo apenas a doente A. Q. e uma irmã que actualmente tem dezoito anos, tendo os outros falecido em criancinhas.

Este facto é importante, porquanto é sabido que a sífilis dizima os filhos dos sifilíticos na primeira ou segunda infância se um tratamento apropriado

não interveio. Estes são vitimados geralmente por meningite sífilítica.

A doente não sabe se a mãe teve abortos.

Em segundo lugar o aparecimento tardio da menstruação que se fez aos dezoito anos: em média no nosso clima a menstruação aparece dos doze para os treze. Este facto demonstra já a inferiorização física da doente por uma afecção que influencia sobre todos os departamentos da economia.

Em terceiro lugar o resultado fortemente positivo da reacção de Wassermann no sangue da doente e enfim os resultados obtidos pelo tratamento específico pelo benzoato de mercúrio na dose de dois centigramas e iodeto de potássio na dose de dois grammas *pro die* em períodos alternados, com intervalos de repouso, segundo o método de Fournier, que a doente tolerou muito bem.

*

Porque é que tratando-se de uma afecção de natureza sífilítica, o tratamento específico não debelou completamente todos os sintomas mórbidos? A nosso vêr, várias circunstâncias influíram para que isso se não desse.

Em primeiro lugar, a doente vinha de fazer duas hemiplegias sucessivas certamente de orí-

gem cortical e é razoável admitir que as alterações trazidas ao funcionamento desta parte do cérebro pela lesão causal, a deixaria para sempre em um estado de hipofuncionamento.

Em segundo lugar, a grande extensão das lesões que ocupavam não só as zonas rolândicas como também o cerebelo e, por último, a própria natureza da lesão.

Tratando-se de uma sífilis hereditária pode dizer-se que as suas manifestações são escleroses ou gômas ou lesões esclero-gomosas, isto é, lesões do período terciário da sífilis. Ora é precisamente sobre estas alterações que o tratamento, influenciando aliás muito benéficamente, deixa sempre *reliquats*, mercê das alterações produzidas sobre os elementos nobres dos órgãos e mormente sobre o sistema nervoso.

Eis o depoimento de Fournier sobre o tratamento da epilepsia de origem sifilítica:

“Qu'avons nous à esperer dans cet ordre de syphilis cérébrales dont l'épilepsie constitue le premier stade ou qui conservent la forme épileptique pour un temps plus ou moins long? Tout ou rien suivant les cas.

Il est des cas en effet, où ce traitement fait merveille comme il en est d'autres où il ne fournit que des résultats incomplets, provisoires, voire même négatifs quelquefois.”

Sôbretudo se os accidentes epilépticos são já an-

tigos e ainda mais, se se associam a outras lesões cerebrais em evolução mais ou menos avançada, o insucesso é quasi fatal.

Ora a doente A. Q. nunca fêz tratamento algum contra a sua sífilis e, só quando um quadro trágico se lhe apresentou, o fêz, tratamento que, de resto melhorando-a, não a curou completamente.

É que as lesões produzidas sôbre o cortex cerebral curam à custa de tecido de cicatriz funcionalmente inerte, quando mesmo não é causador de perturbações mais ou menos graves. O elemento nervoso—o neurone—uma vez destruido o seu centro trófico—a célula nervosa—nunca mais se regenera.

CAPÍTULO III

Associação da lesão do cerebello a outros síndromas nervosos na doente A. Q.

A sintomatologia nervosa actual da doente A. Q. é nítidamente de origem cerebelosa como acabamos de vêr no capítulo anterior.

Mas a par das alterações do cerebello, o seu sistema nervoso, nas restantes partês que o constituem, não está íntegro.

Como ficou dito na primeira parte dêste trabalho, a nossa doente foi acometida de duas hemiple-gias sucessivas. Primeiro, uma hêmiplegia direita com afasia, em 1919 e, dois anos depois, em princípios de 1921, uma hemiplegia esquerda.

Há ainda um facto a que devemos referir-nos neste capítulo e vem a ser os ataques epileptiformes de que a doente sofria desde criancinha.

Comecemos por êste último ponto.

Sendo A. Q. uma sifilítica hereditária como procuramos provar, é racional e perfeitamente admis-

sível que uma placa de esclerose, uma lesão esclero-gomosa cérebro-meníngea se tivesse desenvolvido na zona rolândica do hemisfério esquerdo. Esta lesão evolucionando progressivamente mercê da falta de tratamento específico, comprimiu esta região cortical e é sabido o papel importante que representam estas compressões na determinação dos ataques epilépticos.

A sífilis hereditária e o alcoolismo são, como é noção vulgar, as principais causas da epilepsia.

E não é só sífilis hereditária; tem-se visto doentes sifilíticos, como Klieneberger relata três exemplos nítidos, com ataques convulsivos mais ou menos repetidos, mordedura da língua, cefaleias entre os ataques, etc., que contrairam recentemente a sua sífilis.

As afirmações da doente acerca dos caracteres destes ataques são suficientemente claras para que nenhuma dúvida fique no nosso espírito acerca da sua natureza comicial.

A sífilis pode determinar ataques de epilepsia em nada diferentes dos ataques da epilepsia vulgar e Fournier, cuja autoridade em matéria de sífilis ninguém contesta, expressa-se d'este modo:

«Voici, je suppose, deux malades couchés au voisinage l'un de l'autre dans une salle d'hôpital et présentant au même moment une crise épileptique de forme convulsive, la crise vulgaire du grand mal.»

L'un de ces malades est un épileptique vrai, tandis que l'autre n'est qu'un syphilitique accidentellement affecté d'une crise d'épilepsie par le fait d'une lésion cérébrale spécifique.

Or, un médecin, ne connaissant en rien les antécédents, l'histoire de ces deux malades se trouve là à point nommé, pour assister à ce double scène...

Eh bien! ce médecin de parce qu'il aura vu, constaté, pourra-t-il se faire une opinion et poser un diagnostic différentiel? Non, ce médecin ne pourra pas se prononcer de la sorte, quelles que soient d'ailleurs son expérience et son habilité.

A sintomatologia destas ataquas descrita pela própria doente não deixa dúvidas sobre o seu carácter epiléptico: sem pródromos ou com pródromos ligeiros sem causa ocasional, êsses ataquas sobrevinham-lhe de um momento para outro, com convulsões, durante as quais se feria ou se queimava como uma vez lhe aconteceu, a sua curta duração, o estado de prostracção em que ficava e a amnésia consecutiva, tudo isso são sinais capitais de epilepsia vulgar.

Foi após uma destas crises que a doente acordou numa cama de um hospital da Galiza, hemiplégica do lado direito e afásica.

Estes casos de comêço brusco das hemiplecias sifilíticas completas são raros. São mais vulgares aqueles em que a invasão se faz por *étapes* (endar-

ferite obliterated) começando por um membro ou segmento de membro, a mão por exemplo, estendendo-se depois à face, mais tarde ao membro inferior, ou ainda a invasão é progressiva começando por uma simples paresia de um lado do corpo.

Como explicar este comêço brusco? A lesão evoluindo progressivamente sem ter a contrária-la um bom tratamento, rompeu em determinada altura alguma pequena arteríola ectasiada que, provocando uma pequena hemorragia local e circunscrita, instalou tão rapidamente esta hemiplegia.

Internada a doente e instituído um tratamento apropriado as lesões foram cedendo, a motilidade apareceu do lado hemiplegiado, a palavra tornou-se cada vez mais inteligível e a doente saiu muito melhorada ao cabo de um ano.

Mas em breve a falta de tratamento se faz sentir e, eis que a doente, após um novo ano, é novamente internada por uma hemiplegia, desta vez esquerda.

É que, lesão análoga à determinante da afasia e hemiplegia direita, se desenvolve na região rolândica do hemisfério direito.

Novamente melhorou da sua hemiplegia esquerda com o tratamento específico pelo benzoato de mercúrio e iodeto de potássio, mas então ficou com perturbações do equilíbrio e da marcha já descritas no capítulo anterior.

Como manifestasse, a ideia de "tomar choques

eléctricos,, porque estava convencida de que só a electroterápia a podia curar completamente, enviaram-a para o Pôrto, terra da sua naturalidade, para lhe satisfazer o seu desejo e com êsse fim deu entrada no hospital de Santo António em 1 de Abril.

Em resumo: nas primeiras fases constata-se sintomas de ordem comicial, depois hemiplegias e actualmente lesões do cerebello.

PARTE III

Breves considerações sobre sífilis nervosa

A sífilis é, depois da tuberculose, um dos maiores flagelos da humanidade. De contágio extraordinariamente fácil, propaga-se e difunde-se cada vez mais, mercê de vários factores cujo estudo não cabe dentro do plano dêste trabalho.

A profilaxia da sífilis deveria ser instituída e mantida de maneira severa por todos os meios praticáveis a dentro da constituição actual da sociedade.

Confrange o coração vêr-se os inúmeros casos de crianças de todas as idades, de adultos mesmo, pagando com usura descuidos dos seus progenitores.

É vêr-se a série de alterações profundas do sistema nervoso da doente A. Q. provocada pela sífilis transmitida pelos pais.

Um filho de um sífilítico não tratado raras ve-

zes é normal e geralmente é um degenerado no significado mais lato do termo; um degenerado fisicamente como o atestam os inúmeros sinais indicados pelos autores como traduzindo alterações héredo-sifilíticas, degenerado sob o ponto de vista psíquico de que são exemplos, numerosos casos de debilidade mental, de desequilibrados, etc.

É tanto mais grave a sífilis quanto é ela muitas vezes desconhecida, umas vezes porque o incidente primário passou despercebido e foi levado à conta de qualquer ulceração banal, outras vezes porque o doente perdeu a recordação dêste incidente.

São estes casos que não sendo tratados, porque as suas manifestações são de etiologia desconhecida, determinam as lesões mais graves e as mais irremediáveis.

Umaz vezes o héredo-sifilítico apresenta desde os primeiros tempos, manifestações mais ou menos graves, prelúdio geralmente de acidentes mais graves ainda. São filhos de sifilíticos mortos de tenridade, vitimados por sindromas vários entre os quais predomina o meningítico; são indivíduos apresentando, como a doente A. Q., durante uma grande parte da sua vida, crises de epilepsia essencial, acabando por alterações profundas do seu sistema nervoso que acarretam impossibilidade do doente angariar os necessários meios de subsistência.

Outras vezes são indivíduos que frequentemente

sê queixam de cefaleias, que nenhuni analgésico consegue acalmar.

Outras vezes ainda indivíduos que durante uma grande parte da sua vida não apresentaram o menor sinal que os obrigasse a recorrer ao seu médico, ou que apresentaram sintomas que levaram à conclusão — mercê da falta de um estudo cuidadoso do doente — de qualquer afecção banal — uma simples nevralgia muitas vezes, dôres osteocópicas que parecem de natureza reumatismal, etc., etc., — e que aparecem mais tarde com manifestações dos períodos avançados da sífilis.

Foi isto o que aconteceu com a doente A. Q. Nunca se tratou convenientemente porque os seus ataques eram passageiros, posto que relativamente amiudados, e, passados êles, a doente voltava às suas ocupações sem que nada parecesse ter-lhe acontecido. Entretanto o fogo lavrava e só quando um acidente tão grave como uma hemiplegia direita com afasia a fêz despertar, é que começou o seu tratamento.

Todas estas manifestações dos períodos avançados da sífilis — gômas, escleroses, paraplegias, hemiplegias, aneurismas, tâbes, paralisia geral, etc., — poderiam ser evitadas, se, conhecida a especificidade da afecção um tratamento adequado fosse instituído ao doente.

As considerações que acabamos de formular e que poderíamos de resto desenvolver se os limites

dêste trabalho o comportassem, não sendo, de resto, novidade, deveriam ser conhecidas pelo público para que, recorrendo a quem tem o dever de zelar pela sua saúde, lhe permitissem fazer o tratamento a tempo de evitar lesões irreparáveis.

Evitar tanto quanto possível a sífilis, trata-la convenientemente desde comêço, saber diagnóstica-la em héredo-sifilíticos ou avariados que desconhecem a sua afecção e trata-la, eis pois o que é necessário fazer-se.

Não basta mandar fazer uma reacção de Wassermann no sangue dos doentes para se concluir, dos possíveis resultados negativos, a ausência da sífilis.

Noiré cita a propósito da questão—o casamento dos sifilíticos, cinco observações que demonstram a pouca confiança que nos deve merecer uma R. W. de resultados negativos. Em todos êles se constata uma R. W. negativa em ambos os pais havendo todavia diversas perturbações que curam sob a influência do tratamento anti-sifilítico.

Noiré insurge-se contra as conclusões da Sociedade de Dermatologia que autorisa o casamento se a R. W. fôr negativa durante dois anos e diz que só se pode consentir o casamento com a condição de se fazer o tratamento específico à mulher em caso de gravidez.

Um bom meio de despistar a invasão do sistema nervoso pela sífilis é o exame do líquido céfalo-raquidiano, que deve ser feito em todos os casos

de sífilis generalizada, antes mesmo do aparecimento de sinais clínicos reveladores do ataque aos centros nervosos.

Desde o comêço do período secundário o seu exame pode revelar uma albuminose ou uma linfocitose, mas a sua R. W. pode ser negativa. O doente deve neste caso ser vigiado atentamente. Mas se a R. W. é positiva é incontestável a sífilis nervosa e então é preciso instituir o tratamento específico.

Por outro lado, a R. W. pode dar resultados positivos em doentes portadores de afecções diversas, mas isentos de toda a tara luética. É preciso pois guiarmo-nos sôbretudo pela observação clínica e exames laboratoriais bem interpretados.

Conclusões

1.^a

A sífilis do cerebello não é tão rara como seríamos levados a crêr pelo número extremamente reduzido de observações publicadas. O facto da pouca documentação é devido, certamente, às compensações que se estabelecem nas perturbações do cerebello, que dêste modo se não exteriorizam com uma sintomatologia que chame a atenção do clínico.

2.^a

A sífilis hereditária dá freqüentes vezes origem a ataques epileptiformes; é pois para aconselhar que em presença de tais crises, sobretudo em crianças, se pesquize os estígmata e sintomas das sífilis hereditária para, instituindo a tempo o tratamento

adequado, se evitarem os fenómenos graves do período terciário, de que é um nítido exemplo a doente A. Q.

3.^a

A localização no cerebello de lesões pequenas e delicadas é, no estado actual dos nossos conhecimentos, quasi impossível. É todavia de esperar que, quando um número suficientemente grande de autópsias se tiver observado, se chegue a conclusões que a experiência só por si nos não pode fornecer.

4.^a

É necessário chamar a atenção dos sifilígrafos para a localização no cerebello da avariose; é muito provável que um grande número de casos tenham passado despercebidos.

Visto

Thiago d'Almeida
Presidente.

Pode imprimir-se

Lopes Martins
Director.

BIBLIOGRAFIA

J. DEJBRINE.

Semiologie des affections du système nerveux. — Paris, 1914.

E. GAUCHER.

Syphilis du système nerveux. — Paris, 1910.

A. THOMAS.

La fonction cerebelleuse. — Paris, 1911.

FOURNIER.

Traité de syphilis. — Paris, 1906.

L'Encéphale. — Juillet, 1903.

FOURNIER.

La syphilis héréditaire tardive. — Paris, 1886.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1921.

Paris Médical, Janvier, 1921. — Mars, 1921.

La Presse Médicale. — Février, 1921.
