

Sobre um caso de poliomyelite anterior aguda do adulto (NOTAS DE UMA AULA)

pelo

Prof. FABIO DE BARROS

Cathedratico de Physiologia

Novi veteribus non opponendi, sed, quoad fieri potest, perpetuo jungendi foedere.

BAGLIVI.

Senhores, o nosso doente ¹⁾ é interessante por si mesmo. Além disso, porém, permitir-nos-a confrontarmos entre si varios grupos nosographicos que, embora differentes, mantêm caracteres clinicos communs por onde é facil confundil-os.

Comecemos por historiar a molestia que o trouxe ao hospital.

Quanto a informes anteriores, nada de positivo pudemos colligir, como testemunhastes, em repeatidos interrogatorios.

Do caso actual, sabemos que começou por disturbios digestivos. Vae para um mez, narra o paciente, que conta 58 annos de idade, após uma pequena refeição (queijo e vinho), sentiu-se mal, com desejos de vomitar. Recorreu a um medico, possivelmente um curandeiro, que lhe aconselhou um purgativo. Não obteve melhoras. No dia immediato e nos subse-

quentes teve febre. Logo após notou certa fraqueza nas pernas, mais accentuadas nas coxas. Essa fraqueza augmentou rapidamente, os membros inferiores tornaram-se impotentes, e, em menos de uma semana, a paralyisia era completa, não conseguindo elle sahir do leito, nem manter-se em pé e menos ainda caminhar. A paralyisia, em marcha progressiva ascendente, invadio o tronco e depois os membros superiores, localisando-se particularmente nas mãos, sendo impossivel a prehensão dos objectos.

Não teve retenção de urinas nem dos productos alvinos.

No momento actual, mantem-se a paraplegia flacida, com atrophia em massa dos musculos das pernas e coxas. O paciente consegue a flexão muito incompleta dos segmentos do membro inferior.

Persiste a paralyisia dos musculos do tronco, impossibilitando-o de assentar-se na cama. Os braços movem-se livremente, mas a força das mãos é reduzidissima. O estado de emaciação e de atrophia muscular é muito accentuado, com diminuição do tonus.

(¹) XV enfermaria, leito n.º 13

Existe, como podeis verificar, abolição completa da reflectividade superficial e profunda. Não se encontra o signal de Babinsky em nenhuma de suas variantes.

Verificam-se ligeiras perturbações da sensibilidade dos membros cruraes e na parte inferior do tronco, consistindo num retardamento da percepção das sensações, em zonas nitidamente metamericas, mais apreciaveis nos dominios de C6, S1 e S2. Não existem perturbações dos reservatórios. O doente não accusa dores expontaneas ou provocadas. Nunca as teve.

Julgando por uma primeira impressão, e sem precisar por emquanto um diagnostico clinico ou de localisação, temos diante de nossos olhos, um caso de *paralysis ascendente*, acompanhada de atrophias, de marcha aguda, e que mostra tendencias a ceder, a ajuizar pelo movimento dos braços e pela possibilidade de flexão, embora limitada, e sómente no plano do leito, dos segmentos dos membros inferiores.

Como classificar o nosso doente ?

Grasset, ¹⁾ em suas admiraveis lições de clinica medica, estudando dois casos de evolução semelhante ao nosso, chamou-os, de *paralysis ascendente à retrocession*, tendo, apenas, em vista resumir os caracteres clinicos sem nada prejudicar sobre a natureza nem sobre a localisação da molestia. É uma maneira commoda, confessa-o o grande professor, de fugir, de momento, aos embaraços de um diagnostico definitivo.

A clinica, todavia, não se satisfaz com tão pouco. Um diagnostico deve ser, sempre, o ponto de partida, para indicações therapeuticas, e, a menos que a designação proposta, a titulo provisório, já se vê, pelo preclaro mestre, não corresponda a um grupo de syntomas capazes de definir a natureza e a sede do mal, ella não passaria de um simples nome sem verdadeira utilidade pratica.

Ora, tres grupos nosologicos distinctos se apresentam, na clinica, com os caracteres de uma *paralysis ascendente* passi-

vel de retrogradação e cujos typos fundamentaes são a *paralysis atrophica da infancia*, *tephro* ou *poliomyelite anterior aguda infantil*, de Duchennem, as *paralysias geraes espinhaes de marcha rapida e curaveis* de Landouzy e Dejerine e, finalmente, a *paralysis ascendente aguda*, ou *molestia de LANDRY*. Em todos esses grupos registram-se typos superagudos, agudos e subagudos. Mesmo na *paralysis* de LANDRY que apresenta, ordinariamente, evolução rapida e fatal, assignalam-se casos de evolução mais demorada (observações de Martineau e Troisier e especialmente a observação de Cornil e Lépine, em que a molestia prolongou-se de março de 1874 a janeiro de 1875) e mesmo, posto que rarissimamente, de cura.

A *paralysis atrophica da infancia*, tão bem estudada por Duchene (filho) e por Laborde em suas theses, é uma myelite systematica dos cornos anteriores da medulla. É uma *poliomyelite anterior aguda*, conforme ficou definitivamente estabelecido pelos trabalhos de Vulpian, Charcot e Joffroy.

Duchene (de. Boulogne) verificou, porém, em casos bem documentados, que a molestia não era exclusiva da infancia. Outros observadores entre elles Laveran, referem casos clinicamente comprovados de *paralysis atrophica aguda* no adulto. As differenças, segundo a idade, são nuanças, e residem sobretudo na evolução mais lenta da molestia quando accommette o adulto. O periodo de fastigio, neste caso, é mais longo, a marcha retrograda mais tarda, e no periodo progressivo a invasão paralytica e atrophica é mais dissociada, as diferentes partes do corpo são tomadas successivamente.

Estabelecida a identidade clinica da molestia no homem e na creança, por Duchene, Charcot a confirmou com a primeira necropsia feita por seu interno Gombault.

Assim constituiu-se o grupo das *paralysias espinhaes do adulto*, caracterisada, como a *paralysis aguda*, com atrophias, de marcha ascendente, que retrocede em pou-

(1) Grasset, *Leçons de clinique médicale*, 1916

co tempo, para localizar-se, definitivamente, num grupo de musculos ou, mais communmente, num membro ou nos dois membros homologos, affectando, a mais das vezes, a fórma paraplegica. Sob o ponto de vista anatomico, assignala-o a lesão atrophica das cellulas dos cornos anteriores da medulla.

No segundo grupo, a que nos referimos, o das *paralysias geraes espinhaes de marcha rapida, curaveis*, de Landouzy e Dejerine, a cura é completa. E' o que o distingue do grupo anterior. Naquelle a retrocessão é parcial. Restam, sempre, paralysias mais ou menos extensas, que se fixam num membro, num segmento de membro ou num grupo muscular, com a aggravante, na creança, de attingir elementos ainda em desenvolvimento, que conservam, d'ahi por diante, o typo infantil.

A paralyasia de Landouzy — Dejerine não é outra, pois, senão a *paralyasia geral espinhal anterior sub-aguda*, descripta por Duchene que assim lhe resume os caracteres (Grasset ¹⁾).

1.º — Enfraquecimento e abolição progressiva dos movimentos voluntarios, colhendo, de ordinario, os membros inferiores, primitivamente, generalizando-se em seguida; 2.º perda ou diminuição, desde inicio, da contractilidade muscular, nos musculos paralyzados; 3.º atrophia, em massa, dos musculos paralyzados; 4.º integridade da sensibilidade e dos esphincteres; 5.º a curabilidade completa.

Salvo o caracter de curabilidade, que não podemos affirmar, antecipadamente, no nosso doente, o seu caso tanto se enquadra neste, como no grupo anterior, visto que a curabilidade é o elemento differencial entre ambos.

Sob o ponto de vista da localisação, tudo leva a crer que, neste paciente, se trate de uma localisação central, nos nucleos cellulares dos cornos anteriores. Nem sempre, todavia, é facil discernir, em casos desta natureza, a sede da lesão,

si periphisica ou nuclear. Em uma palavra, em grande numero de casos é difficil, noutros impossivel, firmar o diagnostico differencial entre uma polynevrite e uma poliomyelite anterior. Em verdade, o professor Raymond, em suas memoraveis lições da Salpetrière, estabelece certo numero de caracteres diferenciadores desses dois grupos nosologicos, sem contar os typos de associações morbidas, de que nos dão exemplo os casos referidos por Grasset, Lépine, Mossé e Dastarac. ¹⁾ Essa distincção assenta sobre a maneira de se iniciar e de evoluir a molestia, sobre a marcha e distribuição das atrophias, sobre o estado dos reflexos e da sensibilidade, sobre a existencia ou não de disturbios na esphera da innervenção encephalica, etc.

Levando, pois, em conta taes signaes, o caso do nosso doente parece que se póde classificar como tendo, por sub-tracto anatomico uma lesão das cellulas dos cornos anteriores.

Mas, dado que seja assim, em qual dos dois grupos já referidos, devemos inclui-lo?

Olhemos o problema um pouco mais de perto.

Conforme com a opinião dos autores que melhor os estudaram e que, por assim dizer, os introduziram, como individualidades clinicas, nos quadros nosographicos, esses dois grupos de paralysias ascendentes seriam, anatomicamente, mylites cinzentas anteriores.

As observações, acompanhadas de autopsia, de casos de paralyasia de Landry vieram, porém, modificar esse ponto de vista. Os estudos de Kiener, de Vulpian, do proprio Landouzy, de Hayem, de Déjerine e Goltz, foram negativos quanto a lesões medullares. Renovando suas pesquisas, em 1879, Dejerine encontrou em dois casos, ao lado da integridade medullar, alterações de nevrite radicular. E posto que este mestre da nenrologia não ousasse se pronunciar decididamente pela nevrite primitiva

Dienlaffoy — Pathologie interne, III. — Ver igualmente, a esse respeito, H. OPPENHEIM, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*.

1) GRASSET — op. cit.

como lesão anatomica da molestia de Landry, os trabalhos posteriores de Pitres e Vaillard, de Mme. Dijerine, de Eirsenlohr de Leydn firmaram definitivamente essa opinião.

Foi o bastante para que se fizesse a revisão das idéas referentes ás antigas observações de Duchene e de Loudouzy-Dejerine, e com o apparecimento e o estudo de casos mais recentes se opperasse, por dizer assim, um movimento centrifugo. Este ultimo autor publicou em 1890, um trabalho sobre o assumpto, com este titulo: "De la nature peripherique de certaines amyotrophies dictes spinales aiguiés de l'adulte." Rauzier, resume desta fórma a discussão ¹⁾: "Pour la plupart des auteurs aujourd'hui (Pitres et Vaillard, Leyden, Klumpke, Dejerine), la paralysie spinal subaigué de Duchenne ne serait autre chose qu'une variété de polynévrite généralisée, de nature toxique ou infectieuse, dans laquelle la lesion des troncs nerveux serait, á une période plus ou moins avancée, susceptible de se propager á la moelle."

Assim, pois, para taes autores, a lesão primitiva, é de natureza nevritica.

As lesões centraes, quando existem, são consecutivas.

Como conciliar essas opiniões extremistas? Será o caso de considerar como de origem peripherica, todas as observações tidas, desde Duchenne, como dependentes de myelites? Ha alguma cousa que vale mais que simples opiniões, resultantes de controversias doutrinarias: são os factos. E as observações de Hallopeau, de Gombault, de Schultz, de Risler, que encontraram em casos de paralyisia espinhal do adulto, lesões medullares, mantem-se intactas: Blocq e Marinesco reclamam a lesão espinhal, ao menos para um certo numero de casos, e, este ultimo expõe as suas razões numa publicação a que deu este titulo: "De la nature centrale, de la paralysie spinale aigue de l'adulte."

GRASSET ET RAUZIER — Traité des maladies du système nerveux. T. I.

Não é, aliás, sómente, em relação aos dois grupos mencionados que divergem os auctores, fundados em observações authenticas. Tambem, em relação á molestia de Landry, como refere Grasset, que aborda o problema com grande superioridade de vistas e de critica, a séde da lesão varia com os observadores. Reinhard, Eisenlohr, Schulz e Schultze, encon-
traram lesões medullares; Hoffmann e Centanni, uma meningo-myelite diffusa; Immermann uma poliomyelite tuberculosa; Achard e Guinon, uma myelite diffusa aguda de origem peri-vascular e lesões da mesma natureza nos nervos e nas fitas opticas; Klebs numerosos focos de thrombose nas arterias dos cornos anteriores; Sinkler, uma myelite cervical transversa. ⁽¹⁾

Por tudo isso, conclue o notavel professor de Montpellier: "Il y a donc, pour tous ces cas, des exemples authentiques de myélites, mais ces faits dans lesquels on a trouvé des myélites ne détrouissent pas plus les faits de névrite, que les faits de névrite ne détrouissent les faits de myélite."

Accrescentemos que a physiologia justifica, de certa maneira, a multiplicidade de sedes das lesões. E' conhecida desde Waller e seus successores a intima solidariedade que liga, entre si, os elementos constitutivos do neuronio. Uma lesão na continuidade da fibra nervosa, não sómente determina a degeneração immediata do segmento peripherico separado do centro nucleifero, mas repercute secundariamente, dentro de um prazo variavel, sobre o corpo celular.

Essa repercussão é mais ou menos grave.

A alteração celular póde limitar-se ao simples phenomeno de chromolyse, mais ou menos duradoura, com regeneração subsequente completa da cellula e da propria fibra. Noutros casos a transformação é mais profunda, e além da dissolução dos blocos de chromatina, verifica-se a migra-

1) Grasset, *op. cit.*

ção peripherica do nucleo, e o seu desapparecimento, com a regressão atrophica irremediavel do centro nucleifero e dos elementos que lhe estão apensos. A intensidade da lesão central depende da intensidade e duração do traumatismo peripherico e tambem do systema de nervos atacados. Assim, a simples secção das fibras laryngeas do pneumogastrico determina a atrophia indirecta consecutiva do nucleo dorsal do bulbo. Tal é ainda o caso para as fibras do feixe rubro-espinhal, do feixe vestibulo-espinhal, as dos pedunculos cerebelosos medios e para as fibras reticulo-espinhaes (1).

Não é, pois, para extranhar que, segundo os casos, a necropsia revele a multiplicidade de sedes das lesões.

Nos casos que evoluem rapidamente para a cura ou para a morte, se a lesão foi primitivamente peripherica, é natural que se não encontrem lesões centraes, ou porque o disturbio cellular, leve, não haja compromettido a vitalidade do centro nucleifero, limitado á simples chromolyse, ou porque, dada a rapidez do exito lethal, nos casos agudos, e mais ainda nos super-agudos, não haja decorrido o tempo necessario para a repercussão cellular do processo degenerativo.

No caso actual, que vae evoluindo sob fórma menos rapida, não nos parece difficil o diagnostico de sede.

Trata-se evidentemente de uma myelite cinzenta systematisada aos cornos anteriores da medulla, de uma tephro ou poliomyelite anterior aguda do adulto, molestia cuja existencia, apesar da sua raridade, ficou definitivamente estabelecida por Duchenne: "J'ai cru longtemps, que la symptomatologie de la paralysie atrophique de l'enfance ne se rencontrait pas chez l'adulte; mais ayant observé quelquefois chez celui-cette même symptomatologie, j'en ai conclu naturellement que la paralysie devait être produit par la même lésion

anatomique. Cette consideration m'a donc engagé à la designer sous le non de: paralysie spinale antérieur aigue de l'adulte, ou par atrophie des cellules antérieurs."

Nem sempre, porém, repito, é facil a distincção. Por isso, em certos casos pelo menos, seria preferivel, para não antecipar um julgamento, formular o diagnostico de sede em limites menos restrictos, contentando-nos em classificar-os como *polineuronites anteriores*. Com effeito, poliomyelites anteriores, ou polynevrites, a lesão é sempre do deutero-neuronio motor, accommettido, primitivamente, ora no corpo cellular, ora no seu prolongamento principal. Desta maneira, a molestia se caracteriza como consequencia da lesão do systema medullar-peripherico, sem traçar todavia, limites absolutos á extensão do processo morbido, cuja tendencia, como acabamos de ver, é generalizar-se aos varios elementos do neuronio, que constituem uma unidade trophica e pathologica incontestavel, vivendo em mutua e estreita independencia uns das outras.

De resto, a quetsão da sede exata das lesões, tem, nos tempos actuaes, uma importancia muito menor do que nos tempos em que se exigia do clinico que *pensasse anatomicamente*. E', exactamente, autorizado por essa liberdade maior de raciocinio clinico que Pierre Marie defende a analogia entre as paralsias infantis espinhaes e cerebraes, attendendo que ambas derivam de uma mesma causa infecciosa, que se localisa ora no cerebro, ora na medulla.

Ha ainda poucos dias, tive oportunidade de apresentar-vos um paraplegico, com todos os elementos de um syndrome de localisação dorsal inferior. Levantei então a hypothese de tratar-se de uma myelite transversa syphilitica. Mas o diagnostico da natureza da molestia e, consequentemente o tratamento racional ficaram suspensos, até que o exame do liquido rachidiano revelando a infecção luetica (Wassermann positivo + + +), abriu o caminho ás indicações therapeuti-

V. VAN GEUCHTEN, Anatomie du système nerveux de l'homme; MINGAZINI, Anatomia clinica dei centrinervosi.

cas. Foi instituído, de accordo com a natureza da molestia, o tratamento específico, e as melhoras não se fizeram esperar.

A conclusão que, ainda uma vez, devemos tirar desses factos, é que ha, em clinica, a necessidade de evitar os extremos das controveersias doutrinarias, se queremos, de alguma fórma, ser uteis aos doentes. Cada caso merece uma interpretação propria, posto de parte, a cabeceira do enfermo, o espirito de systema ou de doutrina. O dogmatismo scientifico, é o peor dos dogmatismos, o que mais com-

mumente conduz a erros, tanto mais irreparaveis, quanto, nelles, periclitam vidas que se nos entregam confiantes.

E' a profunda licção que resalta da sabedoria de J. B. Vico, nestas palavras que vivem ha dois seculos: *In re medica, qui recte per theses pergunt magis contendunt ne corrumpantur systematâ, quam ut sanentur ægroti. In vita agenda, quam sæpe peccant, qui eam per themata instituerunt?*" 1).

1) J. B. Vico—De antiquissima italorum sapientia.