

**D.<sup>RA</sup> IRACEMA FIGUEIRA DE FREITAS**

---

**Contribuição ao estudo das  
meningites syphiliticas na infancia**

**THESE DE DOUTORAMENTO**

(CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA)

**Approvada com distincção**



RIO DE JANEIRO  
Papellaria Americana — Rua da Assembléa n. 90  
1921

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

# THESE

apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro  
em 9 de Julho de 1921

e defendida pela

*D.<sup>ra</sup> Iracema Figueira de Freitas*

Filha legitima de Candido S. Freitas  
e D. Augusta Figueira de Freitas

**Dissertação:**

**Contribuição ao estudo das  
meningites syphiliticas na infancia**

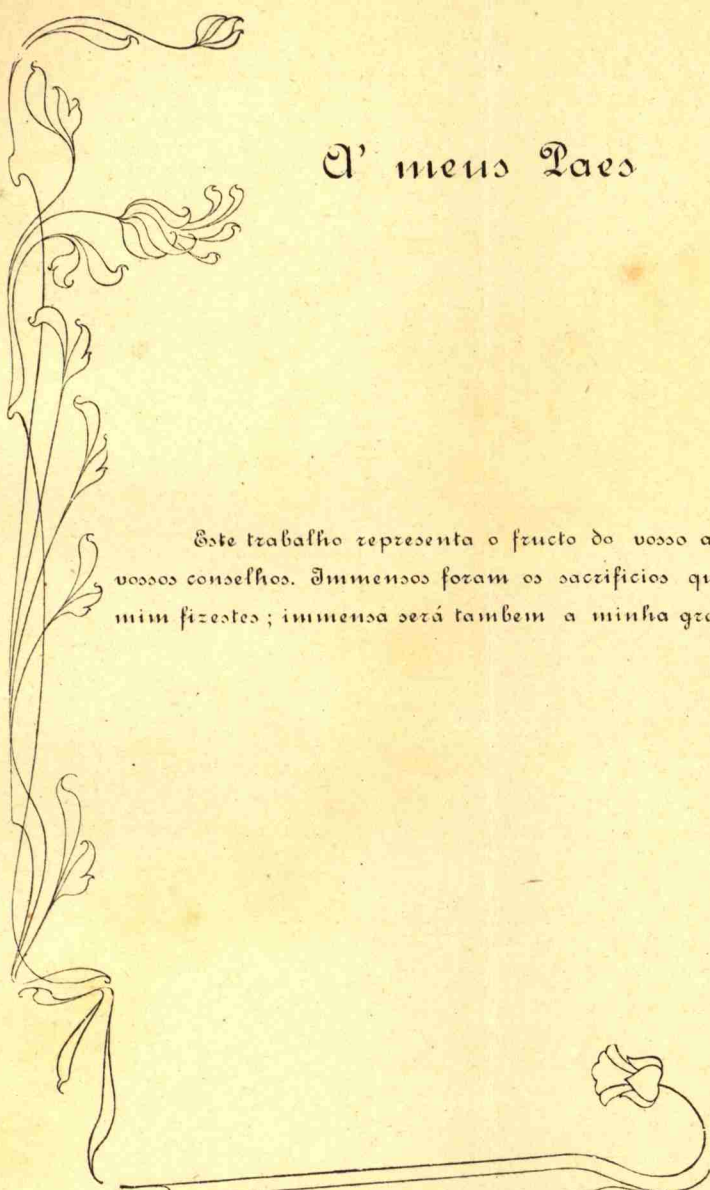
(CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA)

**Approvada com distincção**




RIO DE JANEIRO  
*Papelaria Americana—Assembléa, 90*  
1921





A' meus Pais

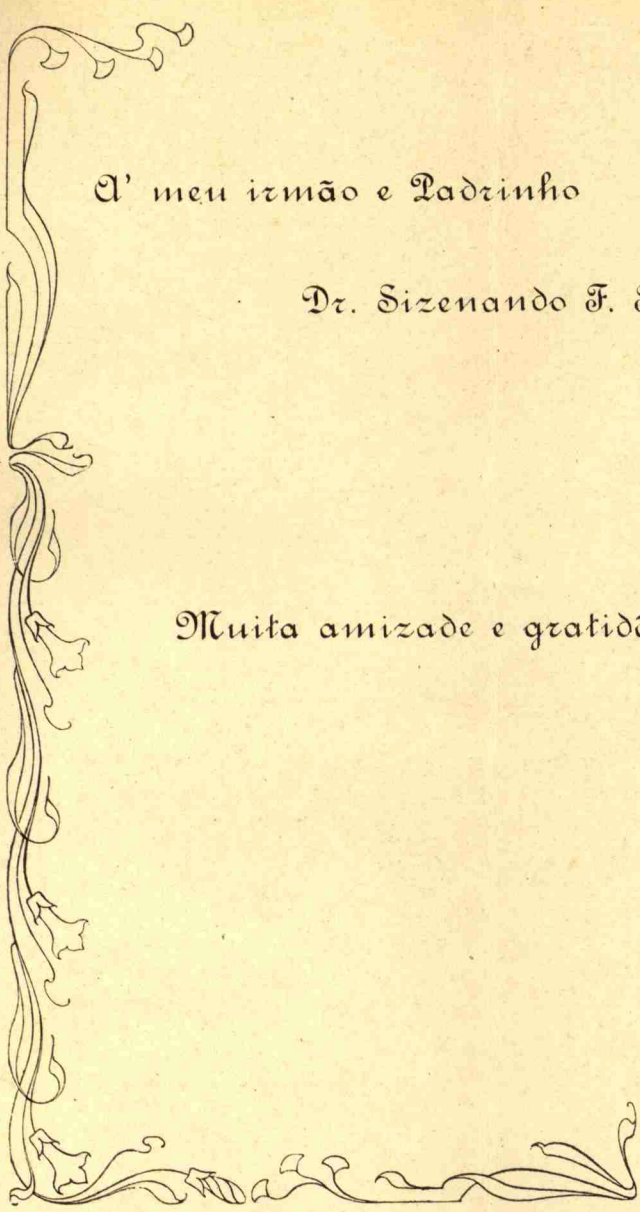
Este trabalho representa o fructo do vosso amor e  
vossos conselhos. Immensos foram os sacrificios que por  
mim fizestes ; immensa será tambem a minha gratidão.



A' meus queridos irmãos

A mais sincera amizade

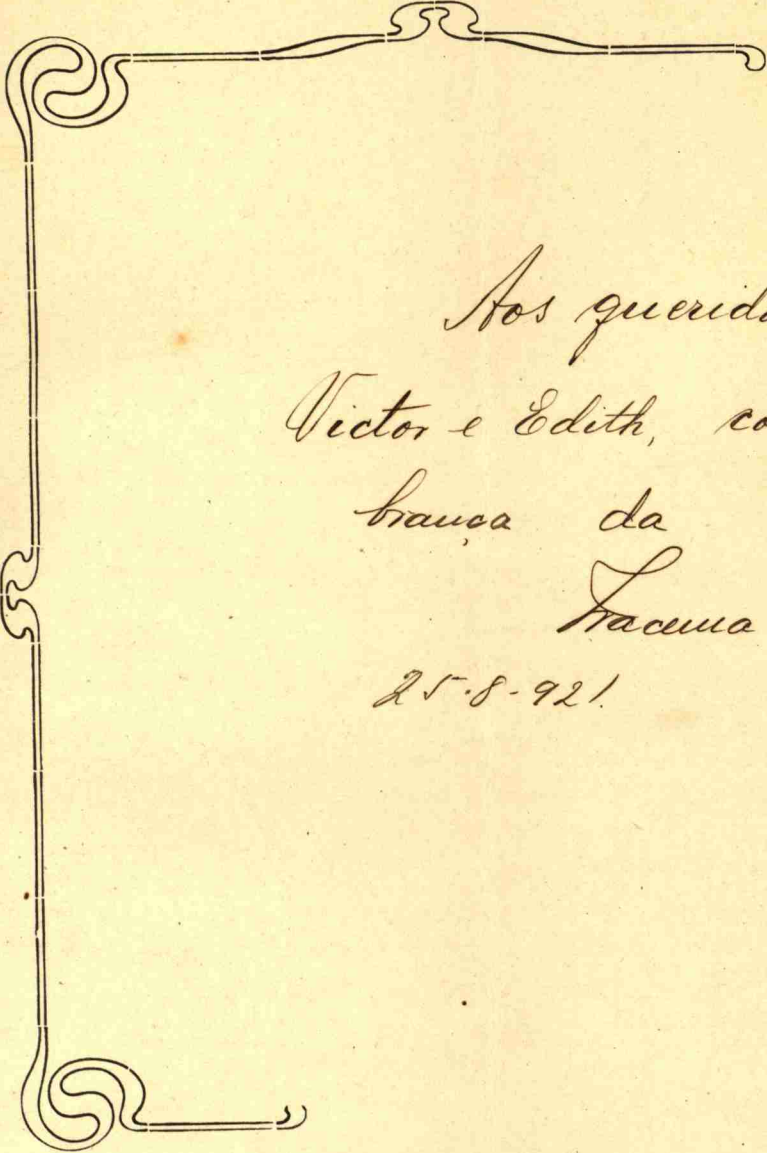




A' meu irmão e Padrinho

Dr. Sizenando F. Freitas

Muita amizade e gratidão



Aos queridos irmãos  
Victor e Edith, como lem-  
brança da  
Lucena.

25.8.921



## DUAS PALAVRAS

---

Ao apresentar á douta mesa examinadora da Faculdade de Medicina este trabalho com que, no limite das nossas forças e como o permittiram circumstancias outras, alheias aos nossos desejos, vimos cumprir um dos preceitos do nosso regulamento, não trazemos acalentada a ideia de ter ██████ contribuido para os archivos desta Escola com mais um estudo brilhante e original, como o de tantos espiritos privilegiados que por aqui perpassaram por entre sulcos luminosos.

Mas, a inexorabilidade dos contrastes, na analyse das nossas produções, si não lhes compensa os effeitos por que as desirmana nas suas utilidades, eguala-as ás vezes sob aspectos mais sentimentaes, mas nem por isso menos defensaveis.

A sabedoria dos nossos julgadores saberá distinguir com benevolencia estes aspectos, unicos, talvez, que nos fortaleceriam o animo vacillante a vir trazer esta concatenisação inexperiente ao julgamento de espiritos esclarecidos.

Ha nessa modesta contribuição nossa á dadivosa mésse de sciencia dos nossos Mestres, si não a consequencia de seus ensinamentos, passivel de repudio, talvez, á nossa inopia, ao menos a comprehensão nitida dos deveres que nos foram inculcados, na tarefa a que nos propomos, de perscrutar as dores com persistencia, devotamento e elevação de propositos.

Essa, talvez, a nossa absolvição sob o criterio superior de quem nos julga: si a exiguidade de conhecimentos e, mais que tudo, a premencia de tempo em epoca que nos obriga a enfrentar os primordios da vida pratica, nos impediram de tratar convenientemente assumpto de tão relevada importancia, si essas circumstancias nos impediram de trazer á apreciação um trabalho digno de nota, não levarão ao espirito dos nossos Mestres a duvida sobre o empenho com que esperamos nelle affirmar, de terem estes, a secundar a proficiencia em bem da humanidade soffredora, o desejo da nossa cooperação obscura, inefficaz talvez, mas decidida e esperançosa.

O presente trabalho nos foi suggerido quando, no serviço do Ambulatorio de Clinica Pediatrica da Faculdade, onde trabalhamos durante o nosso tirocinio academico, tivemos occasião de observar varios casos de meningite syphilitica, curadas apóz o tratamento especifico.

Ao Dr. Leonel Gonzaga a quem muito devemos pelo auxilio que nos prestou com os seus valiosos ensinamentos e pela solitudine com que sempre nos distinguiu, não podemos deixar de assignalar aqui o nosso reconhecimento.

---



NOÇÕES GERAES SOBRE AS AFFECÇÕES DAS MENINGES

## Noções geraes sobre as affecções das meninges

---

Nas rapidas noções que sobre o assumpto nos propomos exarar nesta modesta contribuição, vamos, á guisa de elementos elucidativos, passar em revista, de um modo perfunctorio, as camadas protectoras do eixo encephalo-medullar, isto é, as meninges.

Como o seu nome indica, são membranas superpostas, denominadas, indo de fora para dentro; dura-mater, arachnoide e pia-mater.

Destas membranas, somente as duas ultimas merecerão particular attenção nossa, visto ser o seu estudo necessario á melhor comprehensão do assumpto.

Essas duas membranas peri-nervosas, não são directamente juxtapostas uma á outra, como acontece com a dura mater e arachnoide; entre esta ultima, membrana serosa e a pia-mater, vascular, existe o grande espaço sub-arachnoidiano, espaço este preenchido por um liquido claro e transparente: o liquido céphalo racheano.



A pia mater, a mais profunda das tres meninges, é uma membrana vascular situada na superficie exterior do nevraxe.

Na sua espessura, os vasos destinados ao encephalo e á medulla, devidem-se em ramificações muito finas, antes de penetrar na substancia nervosa, razão pela qual se designa muita vez a pia-mater pelo nome de membrana nutridora dos centros nervosos.

Os caracteres estructuraes da pia-mater differem, segundo se examina esta membrana no encephalo ou na medulla. Devemos pois distinguir a pia-mater racheana e a pia-mater craneana.

A primeira se compõe de duas camadas superpostas: uma interna e outra externa.

A interna, que recobre directamente a medulla, é formada por feixes conjunctivos dispostos longitudinalmente e parallellos ao eixo da medulla espinhal.

A camada interna ou intima pia, (Axel) é formada por fibras conjunctivas na sua parte media, fibras que se dispõem circularmente e que são revestidas por fibras elasticas e por cellulas endotheliaes.

Entre estas duas camadas interna e externa, encontra-se um espaço lymphatico: é o espaço intra-pial que communica, de um lado, com o espaço sub-arachnoideano e do outro lado com as bainhas lymphaticas dos vasos medullares.

A pia-mater craneana reduz-se á camada interna e apresenta poucas modificações: compõe-se de fibras conjunctivas entrecruzadas, de fibras elasticas e de um revestimento endothelial.

Estudemos a circulação na pia-mater:

Como já dissemos acima, as arterias destinadas ao nevraxe

se ramificam na pia-mater em vasos de pequeno calibre e assim penetram na massa nervosa. Essas ramificações finissimas estão situadas: na porção racheana, entre as duas camadas interna e externa, e na porção craneana, na face interna da camada ali existente.

Quanto á circulação lymphatica, não se conhece ainda o modo por que se comporta a lymphá na espessura da pia-mater.

Sappey e Robin negam a existencia de vasos lymphaticos verdadeiros.

Essa opinião entretanto é contrariada por Mascagni que descreve na pia-mater lymphaticos tenuissimos, caminhando parallelamente ás arterias e ás veias. Da mesma sorte, Foknam, por meio de insufflações abaixo da arachnoide, viu apparecer uma rêde lymphatica na espessura da pia-mater.

Essas controversias nos mostram como é difficil affirmar-se alguma cousa nesse sentido.

Delineadas succintamente estas questões, tanto, quanto nos propomos fazer, passemos á tratar em rapidas palavras da inervação da pia-mater.

A porção craneana da pia-mater apresenta numerosos nervos de disposição mais ou menos plexiforme e provindo do plexus carotidiano.

Do modo da terminação das suas tenues divisões não temos noção até hoje; entretanto Bochdaleck, pôde observar que das raizes de grande numero de nervos craneanos destacam-se ramusculos muito finos, dirigindo-se aos plexus sympathicos das arterias da base.

A porção racheana da pia-mater, possui, do mesmo modo, grande rêde nervosa, constituída por filetes, provindo em grande parte do grande sympathico.



Segundo Remak e Kolliker, existe tambem um certo numero de filetes muito tenues que se destacando das raizes posteriores dos nervos racheanos, penetram directamente na pia-mater.

Devemos mencionar ainda alguns ramos provindo dos nervos sinu-vertebraes de Lusckha como fazendo parte da inervação dessa meninge.

Arachnoide — Esta membrana assim chamada por causa da sua tenuidade comparavel a uma teia de aranha, é uma membrana serosa que separa as outras duas meninges: dura-mater e pia-mater.

E' formada por dous folhetos : um parietal, que está em relação com a dura-mater e outro visceral que está em relação com os centros nervosos.

Entre estes dois folhetos existe uma cavidade: é a cavidade arachnoidiana.

Como as outras meninges, a arachnoide pode ser estudada na sua porção racheana e na sua porção craneana. Em ambas as porções, entretanto, a estrutura da arachnoide é mais ou menos a mesma.

Como já dissemos, a arachnoide é formada por dois folhetos: visceral e parietal.

O primeiro é formado por uma tenue lamina conjunctiva revestida por uma camada de cellulas endotheliaes, lamina esta composta de feixes conjunctivos muito finos e entrelaçados.

O folheto parietal é formado essencialmente por uma camada de cellulas endotheliaes juxtapostas á face interna da dura-mater.

Quanto a inervação da arachnoide, nada ha de positivo nesse ponto.

Histologistas notaveis como Kolliker, negam a sua existencia, enquanto Luschka e Bochdalech assignalam na arachnoide craneana, um certo numero de filetes nervosos cuja origem attribuem ao trigemeo, facial e espinhal.

Delineadas essas noções de um modo geral, vejamos agora quaes as lesões que podem attingir as meninges.

Essas lesões podem se dar sob a influencia de diversas causas. São occasionadas já por um traumatismo, dando lugar á ruptura de vasos, já por uma intoxicação anterior ou uma infecção, localizando-se nos vasos e produzindo as chamadas hemorragias meningéas; já ainda por alterações devidas á inflammação das meninges.

Essas lesões podem attingir tanto as meninges molles (arachnoide e pia-mater) como a meninge dura (dura mater).

Observaremos cedo que o termo meningite só se applica á inflammação das meninges: pia-mater e arachnoide, reservando-se o nome de pachymeningite para o processo inflammatorio da dura-mater.

Weichselbaum e sobretudo Netter esclareceram bem este capitulo da pathologia.

O estudo das meningites data de um periodo relativamente recente.

Até o fim do 18.º seculo, era desconhecida a inflammação das meninges.

O papel das meninges em pathologia nervosa salientou-se sobretudo com o trabalho de Herpin que creou o termo meningite.

Desde então os trabalhos sobre este assumpto deram ás inflammações das meninges uma autonomia indiscutivel com um quadro clinico á parte.



Lenn, em 1825, estudando o processo morbido a que Whytt chamára hydrocephalia aguda, propoz-lhe o nome de meningite aguda.

Fabre e Constant em 1835 crearam o termo de meningite tuberculosa a que Barthez e Rilliet mais tarde consagram um capitulo á parte.

As meningites são causadas pela invasão de microbios nas meninges.

Essa infecção pode ser feita já directamente atravez da caixa craneana quando o envoltorio osseo dos centros nervosos se acha comprometido, já por uma infecção proxima ás meninges, ou ainda pela generalisação de uma infecção distante, pela via sanguinea.

Alem disso, ha tambem as reacções provocadas pelas toxinas secretadas pelos microbios, fóra das meninges.

O estudo clinico das meningites basea-se em duas noções essenciaes: a localisação das lesões e o modo de acção pathogenica.

Os processos meningiticos são mais frequentes sobretudo na infancia.

Nobécourt, diz mesmo que a infancia é um factor predisponente de primeira importancia.

Entretanto, factores outros taes como a herança morbida, o alcoolismo dos paes, etc., actuam como causas predisponentes nas meningites, do mesmo modo que causas outras occasionaes, locaes ou geraes, podem influir para que a meninge seja invadida pela infecção.

A irritação das meninges traduz-se por uma reacção quasi total da massa encephalica. Por esse motivo ella se manifesta sempre por uma multiplicidade de symptomas de generalisação juntos a phenomenos de localisação.



A alteração da cortex revela-se então por um certo numero de manifestações que, pela sua sua constancia, persistencia e intensidade durante o periodo da molestia, constituem um conjuncto symptomatico essencial no estudo das meningites.

Queremos nos referir á chamada tripeça meningitica dos antigos autores e constituída pelos tres symptomas: cephaléa, vomitos e constipação.

A esses signaes que são de grande valor para o diagnostico, vão se juntar symptomas outros, geraes e physicos.

Entre todos se destacam os signaes de Kernig e de Brudzinski, a rigidez da nuca e dos membros, perturbações vasomotoras, perturbações da sensibilidade, perturbações psychicas, respiratorias, etc., etc.

Esses symptomas traduzem a alteração da cortex central e do encephalo em geral. São provocados pelas perturbações circulatorias, pelo augmento do liquido cephalo-racheano, pela congestão, ou pela acção das toxinas microbianas sobre os elementos nervosos.

Cada um desses symptomas tem caracteres proprios.

A cephaléa, sobretudo, é um factor predominante nas meningites. Violenta, lancinante, ella é as vezes de caracter grave:

« é specialmente grave nei processi meningitici, nella meningite cerebro spinale e nella forma tubercolare ».

(BRUN E SCHNIRER)

Exacerba-se pelos ruidos, pelos movimentos, pela luz, fazendo o doente emittir gritos e privando-o do somno reparador.

Às vezes é excellente signal de investigação, sinão de diagnostico, pela rapidez com que se installa:

«la cephalalgie, dans la meningite, est pres-  
que toujours, le premier signal».

(DIEULAFOY)

Esse symptoma, entretanto, é difficil de ser pesquisado na primeira infancia. Emquanto que na segunda infancia a criança póde accusar a dor, designando a sua localisação, a criança de muito pouca idade, só traduz o soffrimento por gritos prolongados que emitta a toda hora.

Taes são os caracteres da cephaléa meningitica.

Esse symptoma que revela uma lesão dos centros nervo-  
sos, diminúe de intensidade á medida que o processo menin-  
gitico evolúe.

O mesmo acontece com os vomitos. Este outro symptoma que apparee precocemente no inicio da molestia, raras vezes persiste até o fim; depois de alguns dias diminúe de inten-  
sidade para desaparecer em seguida.

Os vomitos meningiticos ou vomitos nervosos, têm caracte-  
res particulares: são vomitos que apparecem quasi sempre independentemente da ingestão de alimentos, em jejum, ou mesmo occasionados por um movimento qualquer; são repe-  
tidos, sem nausea e sem esforços. Entretanto, podem ser vo-  
mitos alimentares, produzidos depois da repleção estomacal.

A constipação prolongada, tenaz, rebelde ao tratamento, pode, contudo, deixar de existir. Esse symptoma deixa de ter valor, si se trata de um constipado habitual; dahi serem mul-  
tiplas as causas de erro.

São esses os tres primeiros symptomas nitidos do pro-



cesso meningítico, que, pela constancia e pelo apparecimento precoce, são de grande valor para o diagnostico dessa affecção.

A esses se associam outros importantes tambem pela frequencia e precocidade.

*Signal de Kernig*—Descoberto por Kernig em 1883 e vulgarizado em França por Netter.

Sem ter um valor pathognomónico exclusivo, por isso que elle é encontrado em affecções outras que não as inflammções das meninges, o signal de Kernig é contudo de um valor quasi comparavel ao da punção lombar. Consiste em uma contracção dos flexores da articulação do joelho que impede o doente de ter os membros inferiores em extensão.

Observa-se o signal de Kernig tambem nos membros superiores.

O meio mais pratico de pesquizal-o é o seguinte: deitado o doente sobre o dorso, a perna flexionada na articulação do joelho, quando o signal é positivo, resiste a todo o esforço que se faça para vencer esta flexão e para conservar o membro em extensão normal, quando igualmente fôr mantida a flexão da coxa sobre a bacia.

Um ponto interessante na semeiologia do signal de Kernig é a relação que existe entre a sua evolução e a dos reflexos rotulianos.

Triboulet e Gachet, demonstraram que, com a abolição destes, coincide o apparecimento daquelle.

O signal de Kernig pode apparecer tambem no curso de varias infecções como a pneumonia, bronchopneumonia, pleuresia purulenta, grippe, etc., o que denota a participação das meninges no processo infeccioso.

Do que ficou dito, conclúe-se que, quando ha existencia



de outros symptomas de meningite, este signal tem um valor diagnostico indiscutivel. Dizemos quando ha coexistencia de outros symptomas, porque elle não apparece exclusivamente nas meningites propriamente ditas. Sendo assim, deve-se ter como complemento, para o diagnostico, um exame clinico completo e o estudo do liquido cephalo-racheano então, esclarece por si só, qualquer ponto duvidoso.

A rigidez da nuca, facil de ser pesquisada em todas as idades, é tambem um symptoma que acompanha sempre o processo meningitico.

Alem desses, o signal de Brudzinski, as convulsões, as contracções, etc., são de grande importancia como elementos de diagnostico.

O signal de Brudzinski que não é observado na criança normal, é pesquisado do seguinte modo: deitado o doente sobre o dorso, flexionando-se a perna sobre a coxa e esta sobre a bacia, de maneira que a coxa se ponha em contacto com a parede abdominal, vê-se produzir um movimento identico ou em sentido opposto no membro do outro lado; quando o movimento é em sentido opposto ha então augmento da extensão do membro symetrico.

Esse symptoma entretanto deixa de existir muitas vezes sem que a sua ausencia exclúa a supposição de uma meningite.

As paralyrias podem tambem deixar de apparecer. Quando existem, são habitualmente tardias, o que contribue para que torne menos significativo esse symptoma, sob o ponto de vista diagnostico.

Convulsões — E' este um symptoma de grande importancia, dada a sua frequencia, nos processos meningiticos infantis.

Raras no adulto, ellas são ao contrario muito frequentes na infancia.

Generalisadas ás vezes, ellas são mais frequentemente parciaes, repetidas, e ás vezes mesmo com perturbações persistentes da motilidade.

As crises convulsivas na meningite. são observadas ora ao nivel do tronco, ou mais geralmente nos membros.

Hutinel, no seu estudo sobre meningites descreve as convulsões symptomaticas, hemiplegicas, monoplegicas e frequentemente acompanhadas de perturbações geraes que caracterizam o ataque de apoplexia; perda de conhecimento, gritos, pallidez, terminando sempre por um periodo de prostração prolongada.

As contracções musculares nas meningites são constantes: manifestando-se a principio pela rigidez da nuca, ellas se podem generalisar mais tarde aos membros, dando a estes caracteres particulares.

A's perturbações circulatorias e respiratorias, aquellas se manifestando por desordens rythmicas do pulso e estas pela modificação do rythmo respiratorio (typo de Cheynes Stokes ou o de Kussmaul) se podem juntar perturbações vaso-motoras que são ainda mais importantes, porque affectam mais promptamente o sentido do observador: as alternativas de pallidez e vermelhidão do rosto do doente, a risca meningitica de Trousseau que tambem se encontra em muitos estados febris, podem prestar serviços importantes para o diagnostico.

Descriptos de uma maneira geral, o conjuncto de symptomas que constituem o processo meningitico, devemos entretanto observar que nenhum desses symptomas é pathog-nomonic da meningite.



Só o exame do liquido cephalo-racheano constitue um elemento de certeza no diagnostico dessas affecções, por isso que, todo o processo meningitico se traduz por modificações do liquido cephalo-racheano.

Estas modificações serão estudadas por nós quando falarmos da punção lombar.

Esses symptomas que acabamos de descrever e ainda outros que variam segundo a intensidade da molestia, são communs a toda meningite em geral.

Ora, sendo essas lesões causadas por varios e multiplos agentes e variando a symptomatologia em cada caso, comprehende-se como é difficil differençar-se a natureza de cada processo.

Para classificar as meningites segundo a natureza do agente causal, diz Hutinel, arriscar-se-ia a differenciações artificiaes e theoreticas, por isso que, innumeros micro-organismos podem produzir lesões inteiramente semelhantes. Assim sendo, resultaria uma classificação fastidiosa, onde teriamos de descrever successivamente as meningites por estreptococcus, pneumococcus, colibacillos, etc. etc.

Entretanto, existem agentes que merecem attenção particular pela sua acção nociva sobre os centros nervosos e que devem ser estudados separadamentē, tal a sua importancia.

Quero referir-me ao bacillo de Koch, ao spirocheta da syphilis e ao meningococcus de Weichselbaum, que provocam lesões que se manifestam por caracteres particulares e que, por isso mesmo, requerem um estudo especial.

Assim sendo, devemos classificar as meningites em *especificas* isto é, as causadas por certos germens especiaes e



as *não específicas* que tem por causa toda uma serie de microbios pathogenicos.

Como meningites especificas, ficam comprehendidas :

A meningite syphilitica.

A meningite tuberculosa.

A meningite cerebro espinhal.

Classificadas as meningites em especificas e não especificas, vamos agora dizer algumas palavras, sobre a meningite syphilitica, que constitue propriamente o assumpto deste trabalho.



DAS MENINGITES SYPHILITICAS

## Das meningites syphiliticas

---

As lesões syphiliticas das meninges, não são raras na infancia; pode-se mesmo dizer que ellas apparecem com uma frequencia relativamente grande, o que contribúe para tornar mais interessante o seu estudo.

Essas lesões são geralmente hereditarias e caracterizam-se já por espessamentos localizados nas meninges molles, já pela presença de espiroquetas nos vasos, exsudatos, ou ainda por infiltrações gommosas peri-arteriaes, ás vezes de caracter hemorrhagico (Henbuer), alojando-se sobretudo nas bases.

Essas infiltrações modificam de maneira vária, a composição do liquido cephalo-racheano. Uma lymphocytose abundante é, ás vezes, indício, por si só, de existencia de lesões especificas do nevraxe ou de suas membranas.

Em trabalhos publicados em 1906 e 1907, Darré, Ponselle e Ravaut, tratando das lesões meningeaes de origem syphilitica, relatam terem constatado pela autopsia, em um



recem-nato heredo syphilitico que durante a vida havia apresentado reacções meningeas muito nitidas, a existencia de varias lesões inflammatorias nos seguintes pontos : ao nivel da base, na região de chiasma, apparecimento de um exsudato sero-fibrinoso recobrimdo como uma teia de aranha, os vasos dessa região ; ao nivel da cortex espessamento da pia-mater.

Praticados cortes nessas diversas regiões, foi constatada a presença de espiroquetas numerosos no interior dos vasos, em suas paredes e sobretudo, nos exsudatos peri-vasculares. Esses mesmos auctores, em trabalho publicado recentemente, relatam terem encontrado o espiroqueta no nucleo das cellulas endymarias da medulla e em cellulas nevrogligas peri-endymarias.

As manifestações meningiticas da syphilis, comquanto muito semelhantes ás da tuberculose, apresentam ás vezes variações que convem assinalar.

Essas differenciações não só dizem respeito ás lesões anatomicas, (reacções da pia-mater e arachnoide) aos exsudatos sero-purulentos e fibrinosos, como tambem ás alterações da cortex e aos vastos amollecimentos dos centros brancos.

Alem disso, as lesões syphiliticas são mais veladas, mais discretas e ás vezes, apenas perceptíveis.

Nas meningites tuberculosas, sendo os centros nervosos atingidos de uma maneira completa, a morte é quasi certa como consequencia, ao passo que nas lesões de origem syphilitica, não obstante serem os centros nervosos comprometidos na sua integridade, raramente occasionam uma morte rapida.

Essas lesões syphiliticas variam igualmente, segundo se

trata de lesões meningeas heredo especificas no lactente e lesões meningiticas que accommettem a creança geralmente de 2 a 6 annos. (Hutinel).

No primeiro caso as meningites especificas agudas se observam nos primeiros mezes da vida, no momento em que a infecção é grave, diffusa e se traduzem já por lesões caracterisadas, já por modificações do liquido cephalo-racheano.

No segundo caso, diz Hutinel, a reacção meningéa é causada por uma infecção já antiga, latente ou desconhecida, e provocada pela acção de infecções banaes sobre os centros nervosos anteriormente attingidos.

Em ambos os casos porem, essas lesões são traduzidas por uma exagerada lymphocytose do liquido cephalo-racheano.

Nas meningites syphiliticas da primeira infancia, o que caracteriza a lesão é sobretudo uma vascularite, que se extendendo ás meninges molles e á substancia nervosa, provoca essas reacções.

As primeiras lesões apparecem nos vasos onde existem os treponemas.

O exame do liquido cephalo-racheano, é de grande valor no diagnostico das meningites syphiliticas. Como já disse-mos, esses estados se traduzem por uma exagerada lymphocytose do liquido.

Essa lymphocytose comquanto não seja o unico elemento de prova, serve no emtanto de indice de grande valor no diagnostico de um heredo-syphilitico.

Segundo o professor Alfaro, com mais de vinte lymphocytos por millimetro cubico na cellula de Nageotte e menos



de 50, póde-se, dada a existencia de outros indícios clinicos, pensar na hypothese de uma meningite syphilitica.

Ravaut e Tobler, estudando detalhadamente esta questão, trouxeram dados valiosos para o cyto-diagnostico das meningites syphiliticas.

No que diz respeito á reacção de Wassermann do liquido, si ella é positiva, tem incontestavelmente grande valor, sem todavia excluir a possibilidade de um meningite tuberculosa sobrevinda em um heredo-syphilitico. Do mesmo modo, as reacções tuberculosas positivas não afastam a supposição de um processo syphilitico.

Entretanto, si ha ausencia do bacillo de Kock no liquido cephalo-rachiano e do meningococcus, si se trata de um heredo-syphilitico com estigmas nitidos de lues, deve-se desde logo pensar na natureza syphilitica do processo.

O professor Alfaro assim expressa a sua opinião nesse sentido.

«En presencia de un cuadro meningeo con linfocitoses, sin etiologia tuberculosa confirmada por la presencia del bacillo en el liquido, debe siempre ensayar-se el tratamiento especifico.»

As meningites syphiliticas se traduzem, como já dissemos, por lesões macroscopicas e histologicas, por alterações cytologicas do liquido cephalo-racheano e por symptomas clinicos.

Estes symptomas nós estudaremos separadamente quando tratarmos da symptomatologia das meningites syphiliticas.

Quanto ás alterações cytologicas do liquido cephalo-racheano, teem estas variações muito frequentes.



Assim, em 28 heredo-syphiliticos cuja idade variava de uma semana a um anno de idade, Ravaut encontrou o seguinte resultado: em oito casos, nenhuma reacção cytologica no liquido cephalo-racheano; em tres casos uma reacção discreta (3 a 6 lymphocytos); em oito casos uma reacção media (7 a 20 lymphocytos) e em nove casos uma reacção forte (20 lymphocytos por m. c.)

Tobler, em 14 casos de lues hereditaria, achou em doze, uma forte lymphocytose e 5 vezes sobre 7 um augmento da quantidade de albumina.

Sobre este ponto nós insistiremos ainda quando tratarmos do liquido cephalo-racheano.

Na primeira infancia, as meningites syphiliticas são causadas, como já tivemos occasião de dizer, por infecções latentes que sobreveem pela influencia de uma infecção aguda ou de uma intoxicação.

Regra geral, sobreveem sempre em creanças cujos estigmas de heredo-syphilis são largamente constatados.

Os symptomas que caracterisam a meningite syphilitica, são, de uma maneira geral, os que se observam nas meningites tuberculosas.

Assim sendo, como poderemos firmar o diagnostico das meningites syphiliticas?

Este não póde ser determinado, diz Hutinel, sinão com a evolução da molestia.

Si bem que o exame do liquido cephalo-racheano seja um elemento valioso, casos ha, porém, em que a reacção de Wassermann só dá um resultado positivo, depois de iniciado o tratamento especifico.

O que caracteriza sobretudo a meningite syphilitica na

infancia, é o numero muito limitado de symptomas com que ella se installa, principalmente no lactente, o que contribue para tornar mais delicado o seu diagnostico.

Clinicamente ella se apresenta sob os aspectos mais diversos, simulando muitas vezes, uma meningite tuberculosa.

Casos ha em que, despresados os dados referentes á herança syphilitica da creança e os varios estigmas especificos de grande valor para o diagnostico de uma meningite syphilitica, póde-se pensar em uma meningite tuberculosa.

A esse respeito cita o Professor Alfaro um observação interessante, na qual elle relata ter incidido nesse erro de diagnostico e que transcrevemos aqui :

« Tratava-se de uma creança de 6 annos que havia tido, durante o primeiro anno de vida, ataques de eclampsia e que parecia mais tarde perfeitamente normal.

Apresentava, quando a vi em consulta, um quadro completo de meningite tuberculosa: estado semi-comatoso, rigidez ligeira da nuca, Kernig pouco notado, ventre retrahido, arhythmia, bradicardia, vomitos, etc., com temperatura moderada, mas mais elevada do que nas meningites bacillares.

O liquido cephalo-racheano claro, hyperalbuminoso (0,75) continha regular quantidade de elementos, quasi que exclusivamente lymphocytos,

Não se encontrou microbios. O diagnostico por mim feito, como medico assistente, foi o de meningite tuberculosa. Porém, dada a



severidade do prognostico, resolvemos continuar o tratamento mercurial que nesse dia se havia iniciado. O exito foi completo e em poucos dias o restabelecimento se deu.

Posteriormente, a aquisição de dados anamneticos permittiu constatar syphilis paterna e pol-a em relação com alterações dentarias na creança, e sobretudo, os ataques convulsivos da primeira infancia.»

Por essa observação elucidativa se vê quão importantes são aquelles elementos, desprezados no caso do professor Alfaro, para o diagnostico de uma meningite syphilitica.

B. Seicht relata um caso de meningite em uma creança de 12 mezes, na qual todos os symptomas faziam suppor se tratar de meningite tuberculosa.

Entretanto, o apparecimento de uma coroidite no curso da molestia fez suspeitar a syphilis.

Foi então feito a reacção de Wassermann, com resultado positivo, assim como tambem foram pesquisados espirochetas numerosos no liquido cephalo-racheano.

Fallecida a creança foi verificado pela autopsia, não haver processo tuberculoso.





SYMPTOMATOLOGIA ESPECIAL

## Symptomatologia especial

---

Na meningite syphilitica da infancia, dous factores prevalecem: o estado meningéo e os caracteres do liquido cephalo-rachidiano.

O estado meningéo se traduz por um numero limitado de symptomas. Esses symptomas, si bem que tenham, de um modo geral, os mesmos caracteres dos observados na meningite tuberculosa, apresentam no entanto algumas differenças que nós assignalaremos á medida que os formos analysando.

Hutinel aponta como particularidades do processo meningitico de origem syphilitica na infancia, os seguintes factores: a predominancia de lymphocytos no liquido cephalo-rachidiano, a reacção de Wassermann positiva no mesmo liquido e sobretudo o estado geral do doente relativamente favoravel.

Na maior parte das vezes, o processo meningitico se installa com a predominancia de dous symptomas: a cephaléa, difficil entretanto de ser pesquisada na criança de pouca idade, e a insomnia, rebelde, difficil de ser combatida.



A meningite syphilitica apparece, já tivemos occasião de dizer, nos primordios da existencia, quando a infecção é aguda, grave, diffusa, ou ainda em outro periodo da infancia, num heredo syphilitico e provocada ahi por um agente qualquer.

A's vezes ella sobrevêm no decorrer de uma saúde perfeita na apparencia: é uma criança que se conserva bem disposta e que é acommettida repentinamente de convulsões, acompanhadas de cephaléas e vomitos.

Essa cephaléa, quando verificada, é de grande valor para o diagnostico, pelos seus caracteres essenciaes: é contínua, rebelde a todo o tratamento, ora diffusa com o maximo localizado no frontal e no occiput, ora parcial, mas sempre tenaz. Affecta ás vezes o typo de paroxismos nocturnos que têm particularidades proprias ás cephaléas syphiliticas, o que por si só é bastante para se pensar na especificidade da molestia.

Apparecidos esses symptommas, a criança começa a emmagrecer e a experimentar sensações de cansaço invencivel.

Repetem-se os vomitos e de repente apparecem as contracturas, o signal de Kernig, rigidez da nuca, etc.

A esses symptommas se juntam outros que se explicam por uma invasão progressiva das meninges, attingindo subitamente o encephalo; são as perturbações intellectuaes, representadas sobretudo pela mudança de character; ao mais das vezes, diz Hutinel, «a criança torna-se triste, apathica, somnolenta, conservando-se immovel, olhos fixos ao longe».

Outras vezes ella se irrita constantemente, sem causa, torna-se má, aggressiva, ou ao contrario, triste, sensivel, de uma ternura doentia».

Esse periodo varia extremamente; pode desaparecer com

a evolução da molestia ou ainda prolongar-se muito tempo apóz a terminação do processo meningítico.

A elevação da temperatura negada por Barthez, Rilliet e outros, apparece no entanto muito frequentemente. Chega a elevar-se muitas vezes a 40.º; outras vezes é minima ou pouco elevada, mas continua.

Os vomitos teem os caracteres proprios dos vomitos cerebraes. Apparecem ás vezes tardiamente; outras vezes ainda, deixam de apparecer; a sua frequencia é menos notavel do que na meningite tuberculosa.

A constipação é tenaz, rebelde, sem caracteres proprios.

O appetite é quasi sempre diminuido, si o doente não tem anorexia absoluta.

A lingua torna-se ligeiramente saburrosa e secca.

As perturbações motoras caracterizando-se pelas contracuras e pelas convulsões, são quasi sempre notadas nas meningites syphiliticas.

As convulsões podem ser generalizadas ou parciaes. São mais frequentes nos primeiros mezes da vida e sobreveem como em todas as meningites. A's vezes desaparecem com a evolução da molestia; outras vezes apparecem novamente no periodo terminal.

Alojam-se sobretudo nos membros, quando parciaes e podem mesmo attingir varios grupos musculares: olhos, face, etc.

As paralsias, quando não são tardias, são raras; são ás vezes, mesmo, paresias ephemerias, devidas sobretudo aos nervos craneanos e se traduzem por uma paralsia facial ou lingual.

Podem ainda attingir os membros inferiores e desaparecer apóz o tratamento especifico.



As perturbações dos reflexos são também interessantes: apresentam-se ás vezes exaggerados, outras vezes abolidos ou com symptomas de espasmodicidade.

E' notavel o apparecimento do signal de Babinski, sobretudo quando o doente apresenta uma hemiplegia que persiste apóz o desaparecimento do processo meningitico.

Quanto á risca meningitica de Trousseau, ella é encontrada geralmente, sem apresentar caracteres particulares.

Em relação ás perturbações oculares, ha alguma cousa de interessante a assignalar. Ellas dizem respeito não só a musculatura externa, como ao globo ocular propriamente dito.

O musculo attingido pela paralyasia é geralmente o motor ocular externo, dando em resultado o estrabismo, a diplopia, etc.

Em relação á pupilla, verifica-se ora myosis, ora mydriase, ao lado de uma desigualdade pupillar, ou de dificuldade de accommodação da luz, etc.

O exame do fundo do olho tem grande valor ás vezes, pois a estase papillar, quando existe, é um indice de differenciação da meningite tuberculosa, por isso que ella ahí é raramente encontrada.

Entretanto, o exame ophthalmoscopico raras vezes nos poderá prestar auxilio, pois que é impossivel pratical-o na infancia, maximé durante a evolução da molestia.

As perturbações respiratorias e do pulso, são muito mais attenuadas na meningite syphilitica do que na meningite tuberculosa. A's vezes mesmo, o pulso se conserva regular, sem as instabilidades da meningite tuberculosa.

São esses, de um modo succinto, os symptomas geraes que acompanham um processo meningitico de origem syphilitica, na infancia.

Como se vê, esses symptommas são, com algumas particularidades distinctivas apenas, os symptommas que caracterizam todo o processo meningitico em geral.

Entretanto, um caracter predominante nas meningites syphiliticas, é a exiguidade de symptommas com que ella se apresenta.

Do mesmo modo, esses symptommas variam extremamente em cada caso e nas diversas formas clinicas, quer se trate de uma meningite latente, que antecede muito tempo a forma aguda e que só é reconhecida com a punção lombar, quer se trate da meningite frusta onde, ás vezes, as simples perturbações oculares bastam para se suspeitar uma invasão das meninges; na meningite de repetição, em que os accessos se repetem successivamente; ou ainda na phase sub-aguda, em que a meningite se prolonga assustadoramente.

Em todas essas formas, porem, a symptommatologia restricta, constitúe por si só um factor para o diagnostico das meningites syphiliticas.

A evolução da meningite syphilitica varia consideravelmente. Na maior parte das vezes ella tende para a cura, depois de iniciado o tratamento especifico, ao contrario da meningite tuberculosa que termina, regra geral, pela morte da criança.

Hutinel diz mesmo que casos ha em que a meningite syphilitica termina pela cura, mesmo sem emprego de tratamento algum.

Ao contrario de Hutinel pensam outros autores que, embora de prognostico menos sombrio relativamente, do que a meningite tuberculosa, leva frequentemente á morte, quando não tratada convenientemente.



Seja como fôr, em qualquer dos casos porem, o que importa é fazer-se precocemente o diagnostico da meningite syphilitica e esse nos é fornecido não só pelo exame clinico, como tambem pelo exame do liquido cephalo-rachidiano que nos fornece elementos de valor, indispensaveis para o diagnostico e sobre o qual diremos algumas palavras.

PUNCCÃO LOMBAR



## Puncção lombar

---

Quando fizemos um rapido resumo dos conhecimentos anteriores sobre á symptomatologia da meningite syphilitica, propositalmente deixamos de tratar da puncção lombar, o que faremos agora, dada a sua importancia sob o ponto de vista diagnostico.

Melhor fôra apenas chamar a attenção para as observações nossas, nas quaes o exame do liquido cephalo-rachidiano nos trouxe grande auxilio para o diagnostico, deixando ao arbitrio de quem nos lê, a interpretação dellas.

Apezar disso queremos dlzer duas palavras sobre o assumpto.

Si difficil nos foi colher dados que auxiliassem a interpretação nossa sobre as meningites syphiliticas, mais difficil nos é citar estudos especiaes sobre o liquido cephalo-racheano em taes processos meningiticos.

Creemos não ser demasiado lembrar que jamais autor algum se occupou especialmente deste assumpto; são referen-

cias esparsas nos jornaes ou revistas, publicações de observações avulsas ou pequenos trechos intercalados em trabalhos varios sobre affecções das meninges.

Autores que se teem occupado especialmente do liquido cephalo-racheano, como Anglada, Milian, Sicard, e outros, apenas tratam resumidamente desse assumpto.

Entretanto, o exame bacteriologico e as reacções histogicas do liquido cephalo-racheano, nas meningites de origem syphilitica teem uma extraordinaria importancia para o seu diagnostico.

Passemos em revista de uma maneira muito rapida, os caracteres proprios do liquido cephalo-racheano na creança normal e na attingida pela meningite syphilitica, para que possamos estabelecer a sua differenciação.

Não insistiremos aqui sobre as vantagens da punção lombar, cuja descoberta devemos á Quinke, como meio therapeutico, porque esta parte desvia-se do caminho que traçamos. Diremos apenas que sobre o assumpto tem escripto varios autores como Ravaut, Boveri, Gastinel, Welter, Paillard e outros.

Não nos deteremos igualmente em descrever a technica da punção lombar que hoje, com o uso que se faz como meio diagnostico, é de technica banal. Desapparecidos os antigos receios que se tinha outrora da punção, os accidentes hoje sendo causa difficil de se dar, a technica perdeu aquelle character rigorista que tinha nos seus primeiros tempos.

Os accidentes sendo causa, no mais das vezes, dependente da quantidade de liquido retirado, devem desaparecer quando for sempre conhecida a tensão do liquido.

Nas creanças, o canal racheano está mais proximo da pe-



ripheria do que no adulto e as apophyses espinhosas das vertebraes lombares tem uma direcção horizontal, não sendo por isso preciso inclinar a agulha.

Reconhecemos que attingimos o canal racheano, por uma sensação especial de termos vencido uma resistencia elastica, fibrosa, que é a do ligamento amarello.

Reconhecemos que attingimos o fundo do sacco racheano pela sahida do liquido cephalo-racheano pelo canal da agulha.

O ponto de eleição para a punccão lombar, é o espaço intervetebral situado entre a 4.<sup>a</sup> e a 5.<sup>a</sup> vertebraes lombares, a criança estando em decubitus lateral ou melhor ainda sentada na borda do leito.

### Caracteres physicos

Aspecto e côr—O liquido cephalo-racheano normalmente é limpido, transparente, sem o menor traço de coloração.

Quantidade — Sabe-se que o liquido cephalo-racheano varia de volume de accordo com a estatura da criança e na razão inversa do desenvolvimento do eixo cerebro-espinhal.

Varia extremamente em casos anormaes, haja vista a hydro-cephalia.

Calcular a quantidade exacta no vivo é impossivel, por isso que a sua retirada total é incompativel com a vida.

Densidade—Não tem tambem um indice fixo.

Poucos tem-n'a estudado no estado normal. Achard e Loeper encontraram uma densidade normal de 1003 e 1004.

Lhéritier reunindo dados de observações de casos normaes e pathologicos, fixou em 1002 a densidade do liquido cephalo-

racheano ; nas mesmas condições, Sicard, encontrou cifras variando entre 1004 e 1012; Toison e Lenoble 1007; G. Riedel 1005 a 1008, etc.

### Caracteres Chimicos

Composição—É' alcalino e incoagulavel. Na sua composição, entre os elementos inorganicos, depois da agua, predomina o chloreto de sodio e entre as materias organicas sobresahe a albumina.

Milian julga que se deve approximar o liquido cephalo racheano ao humor aquoso e liquido amniotico, afim de os distinguir bem das serosidades.

G. Riedel encontrou 0,10 por mil em media normal, phosphatos no liquido cephalo-racheano normal. Viegas encontrou glycose na proporção de 0,30 por mil e Dierken encontrou uma substancia reductora em 0,72 %.

Em relação á cytologia, o liquido cephalo-racheano não deve ter normalmente, elemento cellular algum.

Todas as vezes porem, que as meninges offerecem uma reacção contra uma causa, seja ella qual fôr, apparecem no liquido cephalo-racheano elementos organisados: os *leucocytos*.

No inicio de toda a reacção a formula leucocytaria é á polynucleose succedendo-se a esta á medida que a reacção declina, a monunucleose.

De outro lado, a lymphocytose parece ser primitiva quando no liquido cephalo racheano existem toxinas que provocam reacções meninges.

As causas que provocam estas reacções são tão frequentes, que se pode dizer que normalmente se encontra no liquido



cephalo-racheano lymphocytos em numero muito discreto, apenas perceptivel.

Num importante estudo sobre a muneração dos leucocytos do liquido cephalo-racheano, Melle. Condat estabelece a cifra de 2 a 3 lymphocytos por millimetro cubico, para a lymphocytose normal.

Jeanselme e Chevalier estabelecem 2 lymphocytos por millimetro cubico. Nagotte 1,8; Laruelle 5 lymphocytos; Levi-Valensi 2, etc.

O professor Alfaro no seu estudo sobre o liquido cephalo-racheano para o diagnostico differencial das meningites, citando as observações de Melle. Condat, estabelece, com ella a cifra de 2 a 3 lymphocytos por m. c. na cellula de Nagotte.

E' ainda Melle. Condat que conclue, de accordo com observações documentadas que, acima de 3 a lymphocytose seria physiologica.

### **Microbiologia do liquido cephalo-racheano**

O liquido cephalo-racheano normal é aseptico.

No curso de algumas molestias infecciosas os germens podem passar para o liquido cephalo-racheano e então ha as meningites sobrevindas n'um processo infeccioso.

Alguns germens podem ter a sua primeira localisação nas meninges; assim o pneumonococcus, o estreptococcus, etc.

Outros, como o bacillo de Kock, o meningococcus de Weichselbaum, o espirocheta da syphilis, tem o seu campo de acção limitado ás meninges, causando as meningites especificas.

### Permeabilidade das meninges

Hoje já se acredita que experiencias bem feitas sobre a permeabilidade das meninges, sejam muito uteis á pathologia geral.

Melhor fôra dizer permeabilidade dos plexos coroides que das meninges, pois o liquido cephalo-racheano é uma secreção dos plexos.

Acredita-se que normalmente os plexos retenham as substancias que o sangue possa conter, secretem o liquido, sejam encarregados da sua formação.

Os plexos não teem uma funcção passiva de apenas deixar filtrar e transudar o liquido que conteria alguns elementos do sangue.

Em condições especiaes, os plexos podem se tornar permeaveis ás substancias contidas no sangue; estas condições derivam de causas que momentaneamente possam impedir os plexos de exercer a sua funcção.

De dentro para fora, se assim se pode dizer, as meninges são permeaveis; isso resulta da circulação do liquido cephalo-racheano dos plexos para a lymphá.

### O liquido cephalo-racheano, no curso das meningites syphiliticas

Não temos, infelizmente, até hoje, exames completos do liquido cephalo-racheano de doentes attingidos de meningite syphilitica, nem autor algum encontramos que cuidasse especialmente desse assumpto. São referencias vagas, ora sobre a cytologia, ora sobre uma pesquisa qualquer esparsa.



Baseados nessas referencias e nos exames feitos nos casos observados por nós, é que podemos tirar as conclusões que seguem:

### **Caracteres physicos**

O liquido cephalo-racheano nas meningites syphiliticas é geralmente limpido, podendo ser ligeiramente amarellado, mas nunca purulento.

Carrière affirma não se ter jamais encontrado liquido purulento nas meningites syphiliticas.

E' geralmente hypertenso, não apresenta nunca o reticulo febrinoso habitual ás meningites tuberculosas.

### **Exame cytologico**

O estado cytologico é muito identico ao da meningite tuberculosa.

Regra geral, o liquido não se apresenta nunca normal e uma leucocytose com predominancia lymphocytaria é a regra nas meningites syphiliticas.

E' preciso lembrar, entretanto, que essa lymphocytose é encontrada, não só nas meningites tuberculosas, como tambem no periodo secundario das meningites cerebro-espinhaes.

Mas nas meningites syphiliticas a lymphocytose é sempre mais fraca do que nas outras, (Melle. Condat) si bem que uma cifra maior que a media, não permitta excluir a hypothese de um processo syphilitico.

Melle. Condat, em duas observações de meningite syphilitica, encontrou, n'uma, 202 lymphocytos por millimetro cubico e na outra 32 lymphocytos.

Diz o professor Alfaro que:

« En las meningites sifilíticas, si bien hay casos en que no se pasa de 30 a 40 linfocitos, en otros puede alcanzar-se 200 y aun mas, es decir, más que en algunos otros de meningites tuberculosa. »

A contagem dos elementos, é geralmente feita na cellula de Nageotte, que é limitada sobre uma lamina espessa, por um quadrado de vidro de 1 millimetro de profundidade.

Ha dois modellos de graduação dessa cellula: um formado por uma serie de divisões (40) correspondendo a 1,<sup>m</sup>25 cada uma, e outra, cujas divisões correspondem a 2,<sup>m</sup>50 cada uma.

O exame deve ser o mais aproximado possivel da punção lombar, afim de evitar as alterações leucocytarias e o deposito de elementos e não deve conter sangue no liquido.

Colorida a quantidade de liquido necessaria (1/2 a 1 cent, c) por um reactivo colorante, o azul de Unna, por exemplo, enche-se a cellula com este liquido por meio de uma pipeta, adaptando-se por cima uma laminula, tendo-se o cuidado de não formar bolha de ar.

O excesso do liquido é retirado das bordas da laminula por meio de papel de filtro.

A numeração é feita ao microscopio, apparecendo os elementos coloridos em azul.

Si os elementos são raros, faz-se a contagem de cada uma das divisões de per si, tirando-se a media.

Si são numerosos, basta contar-se 8 divisões no modelo grande e 16 na cellula pequena, o que corresponde a 20 m.c, e tira-se a media em seguida.

Por esse methodo pode-se avaliar do gráo de lympho-



cytose do liquido. Com mais de 3 lymphocytos por millimetro cubico, deve-se concluir que ha reacção pathologica.

Essa lymphocytose varia de 3 a 400 elementos por millimetro cubico. Nas meningites syphiliticas ella raramente se eleva a tão alto, no mais das vezes oscilla entre 25 a 100, ao contrario das meningites tuberculosas em que as fortes lymphocytoses são observadas sempre.

Entretanto casos ha, como os citados por Melle. Condat e pelo professor Alfaro e que ja tivemos occasião de nos referir, em que foram encontrados mais de 200 lymphocytos por millimetro cubico, em processos meningiticos de origem syphilitica comprovada.

### **Exame bacteriologico**

O exame bacteriologico do liquido cephalo racheano nas meningites syphiliticas, se impõe como complemento do exame cytologico, si bem que só seja encontrado o espirocheta em 5 por 100 dos casos de meningite syphilitica (Carrière) ou mesmo, em porcentagem menor (Lezary Paillard).

Mas, si a pesquisa dos treponemas não é um indice seguro sinão em casos excepcionaes, a ausencia do bacillo de Kock e do meniogococcus de Weichselbaum, tem um interesse particular.

O exame directo para a pesquisa do bacillo de Kock, deve ser completado pelas inoculações ou pelas culturas, facilmente positivas nos animaes e nos meios proprios ao bacillo da tuberculose.

Outras pesquisas teem valor relativo no exame do liquido cephalo-racheano; assim é que uma hyperalbuminose acom-

panha sempre os processos syphiliticos, mas o augmento de albumina é tambem commum nas meningites tuberculosas.

A dosagem dos chloretos, parece ter algum valor: diminuindo de quantidade nas meningites tuberculosas (5,50 a 6,00) elles se conservam quasi normaes nas meningites syphiliticas (7,25 a 7,40).

As reacções de Nonne e Appelt e de Nogucchi, que teem tambem certo valor para o diagnostico de um processo syphilitico, deixam de ter importancia como caracter differencial, por isso que são encontrados positivos na meningites tuberculosas.

Finalmente, pode-se tirar da reacção de Wassermann resultados demonstrativos, sob o ponto de vista diagnostico.

Com effeito, parece estar estabelecido que a reacção de Wassermann no liquido é positiva em quasi todas as meningites syphiliticas, ao passo que é negativa quando ha apenas accidentes especificos, cutaneos ou viceraes.

Casos ha, entretanto, em que a reacção de Wassermann só é positiva depois de iniciado o tratamento especifico.

Eis ahi, muito resumidamente, os caracteres differenciaes do liquido cephalo-racheano nas meningites syphiliticas.

Do que ficou dito, conclúe-se que somente a reacção de Wassermann nos fornece indice seguro para a sua differenciação, si bem que as investigações complementares, tenham um valor relativo, indispensavel, ao diagnostico das meningites syphiliticas.



TRATAMENTO DAS MENINGITES SYPHILITICAS

## Tratamento das meningites syphiliticas

---

O tratamento das meningites syphiliticas consiste em *combater as reacções do organismo e fazer desaparecer a infecção causal.*

No que diz respeito ás reacções do organismo, innumerables são os meios de combatel-as e os mais usados são os seguintes:

A applicação de capacetes de gelo ou de compressas frias na cabeça da creança, para acalmar a cephaléa existente.

Ao contrario, os processos da revulsão; vesicatorios, sinapismos, pontas de fogo ao longo da columna vertebral, parecem não ter acção efficaz.

E' preciso, sobretudo, que o doente se conserve em repouso absoluto, evitando qualquer ruido que possa irrital-o.

Banhos mornos serão administrados de 3 em 3 horas.

Medicamentos calmantes, são usados com utilidade, contra a excitação do doente, assim, o chloral, o opio, a morphina, os brometos, etc., teem indicação nas meningites syphiliticas, assim como em toda meningite em geral.



Nos casos observados por nós, tivemos occasião de empregar o brometo de calcio, com resultado satisfatorio.

A punção lombar como meio therapeutico, é indicada nas meningites syphiliticas. Todos os autores são accordes em reconhecer o bom resultado da punção lombar e attribuem-n'a á decompressão mecanica e á drenagem dos agentes toxicos-infecciosos contidos no liquido cephalo-racheano.

Os signaes todos soffredores do paciente, os signaes clinicos, como o de Kernig, a hypertensão dos musculos da nuca, etc., são atenuados quasi que immediatamente, apóz a punção.

Os phenomenos de agitação, irregularidade do pulso, etc. são symptomas sobre os quaes a punção lombar tem influencia rapida tambem.

Ao lado do tratamento symptomatico, ha o *tratamento da infecção causal*. Esse é feito pelo mercurio, sob diversas formas.

Como é muitas vezes necessario obter-se resultados immediatos, dá-se geralmente preferencia as injecções intravenosas ou intra-musculares de benzoato de mercurio ou de methylarsinato de mercurio (Enesol).

O arseno-benzol empregado com resultado por muitos clinicos, é de efficácia hoje discutida.

As fricções mercuriaes, embora de resultados mais demorados, dão tambem resultados satisfatorios nas meningites syphiliticas.

Nas nossas observações citamos um caso em que essas simples fricções bastaram para resolver um caso de franca meningite.

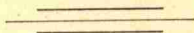
O effeito da medicação especifica é muito variavel.

Regra geral. em 2 ou 3 dias as melhoras se manifestam

para progredirem em seguida. estabelecido o tratamento especifico.

Casos ha em que é preciso muito tempo para se obter uma cura completa.

Mas, mesmo depois de passados os phenomenos meningiticos, o tratamento mercurial deve persistir, tendo em vista os estigmas de lues hereditaria que apresentam sempre os doentes atacados de meningite syphilitica.





OBSERVAÇÕES

## OBSERVAÇÃO I

---

C. F. branca, 6 mezes de idade, brasileira residente á rua Maia Lacerda 83. casa V.

*Antecedentes hereditarios* - Pae syphilitico. A mãe soffre de ataques epilepticos, tendo já tido dous abortos.

A doentinha é filha unica. — *Antecedentes pessoas* — Nasceu a termo e gosou saude até a presente data. E' alimentada com leite materno, dado, porem, irregularmente.

*Molestia actual* — Foi trazida á consulta no dia 20 de Setembro de 1920.

Ha uma semana vinha tendo convulsões repetidas, com intervallo de dous dias apenas, durante os quaes passou melhor depois de tomar um purgativo.

*Estado actual* — Apreseuta-se em um estado de completa indiferença. Tem ganglios epitrocleanos, arcada nasal ectasiada, macrocephalia.

Signal de Kernig francamente positivo nos dois lados, rigidez da nuca, risca de Trousseau, paresia e rigidez dos membros do lado esquerdo.



Pela anamnese soubemos ter a doentinha febre alta, maxime durante a noite, assim como vomitos frequentes e diarrhea abundante.

Feita a punção lombar, retirou-se liquido crystalino mas muito hypertenso e que foi mandado a exame.

Antes da punção, a grande fontanella se apresentava tensa, tendo-se deprimido apoz a retirada de 10 c. c. de liquido cephalo-racheano.

Foi-lhe receitada uma poção com brometo de calcio e mandou-se dar banhos mornos.

Dia 21 Mesmos signaes anteriores. Fontanella novamente tensa. Temperatura rectal: 39.º

O exame do liquido deu o seguinte resultado:

Pesquisa do meningococcus: negativa.

Pesquisa do bacillo de Kock negativa.

Reacção de Wassermann—positiva.

Lymphocytose abundante.

Applicou-se a primeira injeção de lyeto-soro (benzoato de mercurio) (1 c. c. ) por via intra-muscular. Continúa com a balneotherapia.

Dia 24 — Estado geral pouco melhorado. Vomitos frequentes. Kernig ainda positivo do lado esquerdo. Rigidez da nuca. Contractões menos intensas dos membros superiores. Tomou nova injeção de lyeto-soro.

Dia 29 — Tem obtido francas melhoras. Cessaram os vomitos Kernig apenas esboçado. Ligeira rigidez da nuca. A doentinha dormiu socegradamente, o que não fazia ha muitos dias.

Não teve mais convulsões. A temperatura tem se conservado a 37.º 5.

Tomou hoje a 5.ª injeção de mercurio.

Dia 6-10—Phenomenos meningeos desaparecidos.

Estado geral satisfatorio. Consideramol'-a curada da meningite. Continúa contudo a fazer o tratamento especifico.

## OBSERVAÇÃO II

A. C. 2 annos, branco, brasileiro, residente á rua Santa Luzia 210.

*Antecedentes hereditarios.*

Paes vivos, A mãe gosa presentemente saúde, tendo tido dous abortos. Pae syphilitico. 4 irmãos vivos e um fallecido de meningite.

*Antecedentes pessoasas*—É' uma creança pouco desenvolvida.

Não nasceu a termo. Teve sarampo com um anno de idade. Bronchites de repetição, corysa.

*Molestia actual* — O paciente cahio doente no dia 14 de Agosto de 1920. A molestia, teve inicio por uma forte convulsão, sobrevindo febre alta (41°) que se repetiu durante muitos dias á tarde.

Conduzido ao Ambulatorio no dia 24 de Agosto, constatamos o seguinte: posição em cão de fusil, vomitos repetidos, grande exagero dos reflexos.

Signal de Kernig positivo dos dous lados. Rigidez da nuca. Não ha photophobia. Temperatura a 40.°.

Feita a punção lombar, retiraram-se 15 c. c. de liquido transparente mas muito hypertenso. Esse liquido foi mandado a axame.

Dia 25 —Continuam os mesmos symptomas anteriores. O resultado do exame do liquido cephalo-racheano foi o seguinte :



*Ausencia de microbios pelo exame directo. Reacção de Wassermann positiva. Predominancia de lymphocytos.*

A reacção de Wassermann do sangue já havia sido fortemente positiva.

Iniciou-se nesse dia o tratamento especifico por injeções de Enesol (salicylarcinato de mercurio) por via intra-muscular. Foi-lhe receitada uma poção com brometo de calcio e aconselhada a balneotherapia.

Dia 27—Passou melhor o dia hontem; cessaram os vomitos e o doentinho não mais se queixa de cephaléa.

A febre que se mantinha a 40.º, baixou a 38.º conservando-se estacionaria desde hontem. Kernig ainda perceptivel no lado esquerdo. Rigidez da nuca. Tomou a 2.ª injeção de Enesol.

Dia 30—Estado geral pouco melhorado. Kernig ainda positivo. Rigidez da nuca.

O doentinho faz esforços para se sentar, o que não consegue por causa da grande prostração em que se acha. Contrações dos membros menos intensas.

Temperatura axillar a 37,5. Tomou a 3.ª injeção de Enesol.

Dia 10—9—Tem passado bem melhor. Não tem tido febre e as convulsões não se se repetiram; dorme bem durante as noites. Ausencia de Kernig; rigidez quasi desaparecida.

Tomou a 8.ª injeção de Enesol.

Dia 18—Veio á consulta sem apresentar mais phenomenos de meningite. Continua apesar disso o tratamento especifico.

### OBSERVAÇÃO III

G. C. branca 3 annos brasileira, residente á rua Itapirú n. 153.

*Antecedentes hereditarios* — Pae syphilitico e alcoolico inveterado. Mãe gozando aparentemente, saude. Não tem irmãos vivos. A mãe teve um aborto e uma filha nati-morta.

*Antecedentes pessoas* — Nasceu a termo; não teve doença alguma a não ser cephaléas que lhe acommettem de quando em vez.

*Molestia actual* — Foi trazida á consulta no dia 29 de Maio de 1920, por ter tido na vespera um embaraço gastrico, caracterizado por vomitos, diarrhéa e suores frios. No dia immediato teve, pela manhã, uma forte convulsão, quando foi levada então ao Ambulatorio de crianças.

*Estado actual* — Emmagrecimento geral. Pallidez. Alopecia, Distrophias dentarias bem pronunciadas. E' uma criança de 3 annos que apenas fala *mamãe*. Temperatura axillar : 40.º.

Para o lado do systema nervoso constatamos o seguinte:

Signaes de Kernig, Brudzinski e Babinski positivos. Phenomenos vaso-motores espontaneos; risca meningitica, Rigidez da nuca. Estado de indiferença.

Feita a punção lombar, retiraram-se 15 cc. de liquido turvo, pouco tenso, que foi mandado a exame.

Foi-lhe então applicada uma injeção de oleo camphorado e receitada uma poção calmante.

Dia 2-6 — Febre estacionaria a 39.º Contracções intensas e generalisadas (nuca, tronco, membros). A doentinha tem estado excitada, queixando-se de dores na região cervical.

Phenomeños meningeos persistentes. Como não obtivesse-



mos ainda o resultado do exame do liquido cephalo-racheano, iniciamos o tratamento especifico pelo benzoato de mercurio.

Dia 4—Começou a melhorar; cessaram os vomitos que eram repetidos, temperatura baixou a 37.º8; dormiu durante toda a noite. Está agora irritadiça queixando-se constantemente de dores de cabeça. Kernig ainda positivo. Contrações menos intensas. Estrabismo.

Tomou nova injeção de mercurio.

Resultado do exame do liquido cephalo-racheano:

*Pesquisa do meningococcus—negativa.*

*Idem do bacillo de Kock—negativa.*

*Reacção de Wassermann—francamente positiva.*

Por serem as injeções muito dolorosas e por terem produzido escharas nas nadegas, substituímos o benzoato de mercurio pela solução millesimal de lactato neutro de mercurio (XXX gottas duas vezes ao dia).

Dia 18—Tem passado bem melhor; persistem contudo a cephalea e o estrabismo. Signaes de Kernig e Brudzinski abolidos, assim como a rigidez da nuca. Não tem febre.

Dia 26—Cessaram por completo os symptomas de meningite. A doentinha principia a andar, o que não fazia antes já do inicio da molestia. Continua com o tratamento especifico.

#### OBSERVAÇÃO IV

J. G. 6 annos, pardo, brasileiro, residente á travessa da Paz 29.

*Antecedentes hereditarios* — Paes vivos, ambos soffrendo de crises rheumaticas frequentes. A mãe teve tres abortos. Dos

oito filhos que teve, cinco falleceram antes dos 5 annos, de molestia ignorada.

*Antecedentes pessoaes* — Nasceu a termo. E' constantemente atacado de bronchite, de que soffre desde que nasceu. Teve ha dous annos broncho-pneumonia e em seguida coqueluche,

*Molestia actual* — Achava-se o paciente em tratamento de uma bronchite chronica neste Ambulatorio, quando no dia 15 de Fevereiro de 1920 foi acommettido de uma convulsão. Em seguida vieram-lhe os seguintes symptomas: rigidez da nuca, posição em cão de fusil. Kernig francamente positivo, vomitos, desigualdade pupillar, risca meningitica, constipação tenaz. Este estado durou dous dias, sendo nesse intervallo retirado o liquido cephalo-racheano para exame.

Feito este, não foi encontrado, nenhum microbio pelo exame directo, assim como a reacção de Wassermann foi negativa. A reacção de Wassermann da mãe do paciente havia sido contudo, positiva.

Tentamos mesmo assim o tratamento pelo benzoato de mercurio e nesse dia foi feita a primeira injecção de lyctosôro, ao lado do tratamento balneotherapico.

Dia 12—Estado geral pouco melhorado. Kernig ainda positivo; o doentinho vive n'um estado de torpor, balbuciando ás vezes palavras vagas. Teve hontem á noite nova convulsão. Perturbações da deglutição. Temperatura: 39,°5.

Foi feita nova injecção de benzoato de mercurio e recebida uma poção com brometo de calcio.

Dia 23—Tem obtido ligeiras melhoras. Febre estacionaria em 37,°5. Constipação.

Desse dia até o dia 27 continuaram persistentes os phe-



nomenos de meningite. Feita então nova punção lombar, foi encontrada, pelo exame do liquido cephalo-racheano uma lymphocytose abundante e reacção de Wassermann positiva.

No dia immediato foi-lhe applicada uma injeção de 0,10 de Néo-Salvarsan.

No dia 7 de Março fomos informados pela mãe do paciente, estar este passando bem, sem mais aquelles symptomas alarmantes de meningite.

Dia 15—Tomou 15 centigrammas de Néo-Salvarsan.

Dia 28—Volta á consulta completamente curado da meningite:

#### OBSERVAÇÃO V

Manoel da Fonseca Pinto, 10 mezes, branco. residente á Praça D. Antonia n. 8.

*Antecedentes hereditarios* — Pae em tratamento de uma gomma syphilitica. A mãe teve quatro concepções anteriores, sendo: a primeira, um aborto de mez e meio; a segunda, um feto a termo, nati-morto; a terceira, um feto a termo que durou apenas 24 horas; a quarta, o doente presente. prematuro, de 7 mezes.

*Antecedentes pessoas* — Quando nasceu era extraordinariamente franzino. Com dессeseis dias começou apresentar rigidez na nuca e nos membros superiores, rigidez que obrigava a extensão forçada permanente da cabeça, Ao mesmo tempo a creança começou a sentir dores, conforme se podia deprehender do choro e da agitação permanente em que se conservava.

*Molestia actual* — Ha uma semana vinha tendo convulsões repetidas e seguidas de vomitos.

A creança se apresenta ao exame no dia 20 de Setembro de 1915 com aquelles mesmos phenomenos de rigidez tão accentuada que se podia levantar-a como um só bloco, pegando pelos calcanhares ou pela cabeça. Olhar desvairado, olhos em ligeiro strabismo convergente, com esboço de instagnus. Irritação continua, reflexos tendinosos exageradamente augmentados, principalmente o reflexo rotuliano.

Feita a punção lombar, não foi possível a retirada do liquido cephalo-racheano, apezar de varias tentativas feitas com toda a technica.

Convem assignalar que havia certa resistencia anormal offerecida á agulha pelos ligamentos, depois de transposto o planeo osseo.

A hypothese de uma hypertensão do liquido cephalo-racheano foi afastada, desde que se não conseguiu a retirada desse liquido pela punção; alem disso, a fontanella anterior se apresentava deprimida, o que contribue tambem para afastar aquella hypothese.

Na anamnese ainda ha a notar a existencia anterior de um corrimento purulento no ouvido direito da creança.

Em vista dos antecedentes hereditarios e pessoas e dos phenomenos apresentados pelo doente, instituiu-se o tratamento mercurial por meio de fricções diarias de 2 grammas de unguento napolitano.

Dia 25-9-1915. Volta á consulta extraordinariamente melhorado. Já não ha quasi rigidez; a creança já consegue manter a cabeça em posição normal.



O olhar mais expressivo segue as pessoas, mostrando assim interesse pela vida exterior.

Reflexos tendinosos menos exagerados. Conseguiu-se hoje retirar o liquido cephalo-racheano que foi mandado a exame.

Continúa com as fricções de unguento napolitano.

Dia 12-10-915. Phenomenos de meningite desaparecidos. O exame do liquido deu como resultado a ausencia de microbios pelo exame directo, reacção de Wasserman fortemente positivo. Continúa com o tratamento especifico.

#### OBSERVAÇÃO VI

A. 9 annos, moradora nesta Capital.

*Antecedentes hereditarios* — Pae soffre de bronchite asthmatica, tendo um eczema no couro cabelludo.

A mãe teve um aborto. Irmãos achacados a eczemas, furuncullos, etc. O mais moço conta 6 mezes e nasceu com eczema generalizado a todo corpo. Esse eczema, localizado agora no couro cabelludo, curou-se completamente, após ter sido submettida a criança ao tratamento mercurial, por fricções.

*Antecedentes pessoais* — Não teve em seu passado morbido doença alguma grave. E' de constituição fragil, pesando pouco para a idade.

Teve ha tempos uma otite com corrimento purulento.

*Molestia actual* — Ha seis mezes vinha tendo vomitos repetidos e era presa de cephaléa intensa, a qual lhe impedia de sentar-se no leito, porque tinha tonteiras, vertigens e augmento da dor de cabeça quando fazia esforços para se levantar. Esse estado se prolongou assim durante seis mezes, com interrupções apenas de 2 a 4 dias.

O exame minucioso revelou o seguinte:

Ventre depressivel, retrahido, nada apresentando de anormal quanto ao estomago, figado e baço, os quaes não ultrapassavam os seus limites normaes.

Apparelho respiratorio normal.

Havia diplopia e diminuição da acuidade visual. Pupillas reagindo á luz e á accomodação mais ou menos regularmente.

Reflexos rotulianos abolidos totalmente. Ausencia do signal de Babinsky; signal de Kernig presente nos dons lados; ausencia de perturbações vaso-motoras. Sensibilidade conservada.

Urina pouco abundante, muito densa, corada em excesso, turva e com grande deposito.

Feita a punção para a retirada do liquido cephalo-racheano, foi este levado a exame, dando o seguinte resultado:

Tensão : ligeiramente augmentada.

Aspecto : crystallino.

Lymphocytose — pequena.

Globulinas — presentes.

Uréa — 0,022 por mil.

Reacção de Wass. — francamente positiva.

O diagnostico estabelecido foi o de meningite syphilitica.

O que mais attrahia a attenção eram os vomitos permanentes e a cephaléa.

A hypothese de uma dyspepsia foi abolida, não só pelos resultados do exame clinico, como tambem porque toda a medicação feita por outros facultativos, anteriormente, e que visava o aparelho digestivo, não deu resultado algum. Demais a mais, basta salientar que esses vomitos nunca tiveram re-



lação com a ingestão de alimentos: eram vomitos de origem cerebral.

Iniciado o tratamento específico por fricções mercuriaes, alternadas com injeções de lyeto-sôro (2 centig. 2 vezes por semana) começou a doente a apresentar sensíveis melhoras no fim de 8 dias: a cephalea diminuiu consideravelmente, os vomitos cederam quasi completamente e o doente começou a ganhar forças.

Entretanto complicação para o lado do aparelho visual: diminuição cada vez mais accentuada da visão, tornou preciso leval-a a um especialista, que declarou ter havido uma nevrite do optico, absolutamente insanavel, tanto que no fim de poucos dias a criança se achava completamente cega.

Em conclusão: Abandonado o tratamento pela familia da criança diante da sentença do oculista, veio ella a peiorar consideravelmente, e a fallecer pouco tempo depois.



## CONCLUSÕES



### CONCLUSÕES

Ha na infancia uma forma de meningite especifica, que se descreve sob o nome de meningite syphilitica.

---

A meningite syphilitica infantil é relativamente commum entre nós, não sendo necessario o conhecimento da generalogia della para o seu diagnostico.

---

A herança luetica actúa como causa predisponente nas meningites syphiliticas da infancia. Nas nossas observações, nenhum dos observados deixou de manifestar a influencia desse factor morbido.

---

Sendo uma forma de meningite com probabilidade de cura, deve-se insistir no tratamento especifico nas meningites syphiliticas, embora com resultados tardios.

---

O tratamento da meningite syphilitica deve ser instituido em todo o processo meningitico em que se verifique uma herança luetica.

---

A reacção de Wassermann do liquido cephalo-racheano é um elemento de grande utilidade para o diagnostico das meningites syphiliticas.

---

*Visto* — Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 9 de Julho de 1921.

*Dr. Brito Silva*

SUB-SECRETARIO.

---