

Sífilis do sistema nervoso¹

Pelo doutor Ulysses Vianna
Docente de Neurologia e Psiquiatria na Faculdade de Medicina e alienista da
Assistência a Alienados. (Rio de Janeiro).

Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2.trim. 1919, p.164-176.

uuuuUUU

Primeira Lição

Sumário – Importância da sífilis na produção das doenças nervosas e mentais. Frequência. Etiologia geral e particular da sífilis. Sintomas iniciais e classificações.

Importância da sífilis na produção das doenças nervosas e mentais – A sífilis do sistema nervoso constitui um dos capítulos mais interessantes da neuropsiquiatria e psiquiatria. O estudo da sífilis cerebral, cujo histórico nós pretendemos esboçar nas páginas que se seguem, vos mostrará o progresso que nestes dois últimos decênios temos realizado!

Ulrich de Hutten e Ambroise Paré assinalaram a influência do “vírus” como causa produtora de paralisias, apoplexias, cefaleias noturnas e convulsões. O exagero com que se pretendia naquela época capitular como pertencendo ao domínio da “lues” um vasto acervo de perturbações nervosas motivou da parte de Hunter emitir a opinião que o cérebro era imune para os ataques do “vírus”.

Fournier no seu excelente trabalho sobre a “Syphilis du Cerveau” enumera as síndromes do encéfalo, como a hemiplegia, a afasia, a epilepsia, as paralisias oculares, etc., em que incontestavelmente encontramos o fator luético como causa eficiente.

As relações de paralisia geral com a sífilis foram estabelecidas por Esmarch e Jessen em 1857 e mais tarde por Kjelberg em 1863.

Fournier no seu trabalho já citado afirmou que, em muitos casos de paralisia geral, a sífilis era causa determinante dessa doença. Também demonstrou Fournier que a sífilis cerebral podia apresentar-se com uma sintomatologia que por vezes lembrava a paralisia geral e que a esses casos, alguns de diagnóstico difícil, denominava-os de “pseudo paralisia geral sífilítica”.

A sífilis medular foi particularmente versada por Charcot e Gombault, os quais nos deram um interessante ensaio sobre as mielites sífilíticas.

N.E. – Sobre este artigo, ver, “A sífilis e o *aggiornamento* do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna”, de Sérgio Carrara e Marcos Carvalho, neste número de *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.

¹ A. Fournier, *La syphilis du Cerveau*, 1879; Max Nonne, *Syphilis und Nervensystem*; F.W. Mott, *Syphilis of the Central Nervous System*; Kraepelin, *Die syphilitischen Geistesstörungen Psychiatric Acht auflage*, 1910; Lamy, *Syphilis des Centres Nerveux. Traité de Médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud*. 9^o volume; Klippel, *Syphilis Cérébrale*, do *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert.

Erb isolou entre as mielites um novo tipo conhecido pelo nome de “paralisia espinhal luésica de Erb”.

As relações da “*Tabes dorsalis*” com a sífilis foram firmadas pelas pesquisas de Fournier em 1876 e de Erb em 1879. A paquimeningite cervical hipertrófica faz parte hoje do domínio da sífilis.

Léri, Nonne, Raymond e outros autores reconhecem que muitos casos de atrofia muscular de Duchenne-Aran são produzidos por um processo de meningomielite específica.

O Prof. Austregesilo em uma de suas lições sobre a sífilis nervosa mostrou uma doente com atrofia Duchenne-Aran em que a hipótese da sífilis era bem patente.

Em uma das sessões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, tive ocasião de apresentar um doente com a síndrome de Duchenne-Aran.

As reações de Nonne, positivas no caso, confirmaram a suspeita da sífilis.

A esclerose em placas ultimamente tem sido objeto de estudos acurados que procuram demonstrar que ela também pode ser a expressão de uma localização da sífilis. Os trabalhos de Lhermitte e entre nós os do Dr. Fabio Sodré mostram a possibilidade dessa hipótese. No entanto, parece-me que a verdadeira esclerose em placas nada tem que ver com a sífilis (Strümpell e outros).

O papel da sífilis na produção das psicoses só muito mais tarde mereceu a atenção dos alienistas. Os primeiros ensaios foram feitos por Lagneau, Wille, Erlenmeyer, Batty Tuke, etc.

As lições de Fournier sobre a sífilis do sistema nervoso ainda hoje despertam o maior interesse pela orientação e fidelidade de exposição de que se revestem suas descrições, repositório de fatos de maior interesse científico.

A Virchow cabe incontestavelmente a primazia de ter sido o primeiro autor que pesquisou os caracteres da goma em todos os tecidos.

Haubner descreveu em uma monografia notável a endarterite dos grandes vasos.

Nissl e Alzheimer salientaram as alterações dos pequenos vasos que muitas vezes se acham lesados concomitantemente com o tipo de Heubner.

Nestes últimos tempos Nissl, Alzheimer e Kraepelin assinalaram a importância da arterite dos pequenos vasos na produção da epilepsia e das formas paranoides da sífilis.

O exame citológico do líquido cefalorraquidiano praticado por Widal, Sicard e Ravaut inaugurou uma época notável de fecundos progressos e inestimáveis consequências no desenvolvimento das doenças nervosas e mentais.

Muitos doentes que tinham o diagnóstico de psicoses funcionais foram melhor observados e o exame do líquido cefalorraquidiano em vários casos demonstrou que se tratava de uma doença orgânica específica. O domínio das doenças sífilíticas estendeu-se consideravelmente, devido sobretudo ao citodiagnóstico.

A reação do desvio do complemento empregada por Wassermann, Neisser e Bruck solidificou o edifício da sífilis mental.

Finalmente para terminarmos o nosso histórico avultemos os brilhantes relatórios que, a propósito da sífilis do sistema nervoso central, foram apresentados no último Congresso Internacional de Londres, da parte de A. Marie, Bechterew, Mott e Nonne. Neles debateram-se questões consoantes ao diagnóstico diferencial da sífilis e da parasífilis, da nova concepção desta, depois dos trabalhos de Noguchi e Moore, Marinesco e Minea, Levaditi, Marie e outros.

As perturbações mentais sífilíticas e parasifilíticas foram minuciosamente estudadas por A. Marie. No mesmo Congresso Juliano Moreira apresentou seu relatório sobre a paralisia geral no Brasil.

De acordo com as novas descobertas, Bechterew em colaboração com Poussepe e Wladytschko abordaram a questão do tratamento da parassífilis.

Frequência – Fournier constatou em 5.762 casos de sífilis que 1.851 mostravam alterações do sistema nervoso.

Entre os 1.851 casos de sífilis nervosa o cérebro era o órgão mais atacado: sendo 758 de sífilis cerebral, 86 de paralisia geral, 628 de tabes, 136 de sífilis medular e 110 de paralisias oculares.

Nonne achou nos anos de 1892 a 1901 entre 5.500 nervosos, 85 evidenciavam sintomas de uma doença nervosa específica. O mesmo autor viu nos anos de 1903 a 1907, 5.649 nervosos, dos quais 88 mereceram o diagnóstico de sífilis nervosa.

As estatísticas são muito incompletas sobre a frequência das perturbações mentais sífilíticas.

No nosso Hospital Nacional de Alienados durante os anos de 1905 a 1909, como o nosso quadro indica, entraram 4.922 doentes dos quais somente 38 foram diagnosticados sífilis cerebral, o que dá uma percentagem de 0,77%. Entre os anos de 1910 a 1914 o número de doentes entrados atingiu a 6.553, e o número de casos de sífilis cerebral foi de 275, o que dá uma percentagem de 4,19%. A comparação entre os dois quinquênios mostra claramente o aumento crescente da sífilis nervosa entre nós. Naturalmente a punção lombar e a reação de Wassermann têm prestado um grande auxílio no diagnóstico da lues do sistema nervoso.

QUADRO DE FREQUÊNCIA

Anos	Total de doentes entrados	Casos de sífilis cerebral	Porcentagem
1905	791	6	0,73%
1906	921	5	0,54%
1907	995	8	0,80%
1908	1.170	8	0,68%
1909	1.045	11	1,05%
Soma	4922	38	0,77%
1910	1.205	14	1,16%
1911	1.288	48	3,80%
1912	1.224	65	5,31%
1913	1.458	72	4,25%
1914	1.378	76	5,51%
Soma	6.553	275	4,19%
Total de 1905 a 1914	11.475	313	2,72%

Etiologia geral da sífilis – A sífilis é produzida por um micro-organismo descoberto por Schaudinn e Hoffmann em Abril de 1905.

O espiroqueta pálido, nome dado por seus descobridores, é caracterizado por seis a doze ondulações terminando em cílios e mede 6 a 15 micra. De acordo com a descoberta de Schaudinn, Metchnikoff define a sífilis uma espirose crônica devido ao espiroqueta pálido. O treponema pálido tem sido encontrado em todos os períodos da doença, sobretudo no período inicial, isto é,

no cancro sífilítico. Na roséola e na goma, a sua pesquisa é bastante difícil, pelo pequeno número de germes que ali se acham acantoados. Contudo Schaudinn comunicou ao Congresso de Lisboa que tinha encontrado cinco a seis espiroquetas na periferia de uma goma do fígado. Na sífilis hereditária, facilmente se demonstra a presença de espiroquetas, por meio de método de Levaditi. Ravaut e Ponselle² viram em cortes de meningites de indivíduos heredossifilíticos a presença de espiroquetas.

Igual fato viu Ranke³ nos cortes de meninges de heredossifilíticos.

Em fins de 1912, Noguchi e Moore⁴ constataram nos cérebros dos paralíticos gerais o treponema pálido.

Essas pesquisas foram confirmadas por Marinesco⁵, Levaditi, Marie e Bankowski⁶. Mario Pinheiro⁷, e ainda de um modo mais concludente por Forster e Thomaszewski⁸ que conseguiram por meio da punção craniana de Pollak e Neisser demonstrar o espiroqueta nas circunvoluções cerebrais de paralíticos gerais vivos.

A cultura do espiroqueta a julgar pelos últimos trabalhos de Noguchi⁹ é uma questão que entrou em franca solução.

Scherreschewski utiliza o soro de cavalo ou de outros animais solidificado, Noguchi emprega de preferência a água de soro ou agar-ascite com tecido animal fresco.

Transmissibilidade – A sífilis se transmite ao homem por contágio direto e indireto e por herança.

A transmissão da sífilis do homem ao macaco só foi demonstrada de um modo rigorosamente científico pelas pacientes pesquisas de Metchnikoff e Roux. Assim é que Metchnikoff, Roux e Neisser conseguiram provocar nos chimpanzés, por meio de serosidades retiradas do homem, lesões locais seguidas mais tarde de acidentes gerais. Com o produto sífilítico desses animais, esses autores puderam inocular outros macacos da mesma espécie.

Bertarelli obteve também a inoculação da sífilis ao coelho.

Imunidade – Um dos problemas que mais tem despertado a atenção dos sífilólogos é o da imunidade.

² P. Ravaut et Ponselle, *Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveaux nés syphilitiques*, Société Médicale des Hôpitaux, 12 Janvier 1906.

³ Otto Ranke, *Über Gehirnveraenderungen bei der angeborenen Syphilis. – Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des Jugendliechen Schwachsinn*, 1908.

⁴ Noguchi and Moore, *A demonstration of Treponema pallidum in the brain in cases of general paralysis. Journ. Exper. Med.*, 1913.

⁵ Marinesco et Minea, *Présence du tréponème pallidum dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale, C.R. de la Société de Biologie de Paris*, 1931.

⁶ Marie, Levaditi et Bankowski, *Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux morts em ictus, C.R. de la Société de Biologie de Paris*, 1913.

⁷ Mario Pinheiro, *Comunicação à Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*.

⁸ Forster (E) und omaszewski (E), *Nachweis von Lebenden Spirochaeten in Gehirn von Paralytikern, Deutsche Med. Woch.*, 1813.

⁹ Noguchi. *État actuel de la culture du tréponème pâle, Presse Médicale*, 1813.

Durante muito tempo julgou-se que desde o acidente inicial o organismo ficava imune.

Experiências repetidas vieram a provar que só a partir do duodécimo dia depois da existência do cancro, se opera a imunidade.

Antes desse prazo pode-se provocar o aparecimento de um outro cancro, cujo tempo de evolução será muito mais rápido e de tamanho mais reduzido.

Finalmente alguns sífilígrafos, entre os quais os Profs. Eduardo Rabello e Moreira, têm visto indivíduos curados com o neo-salvarsan, mais tarde serem acometidos de uma nova infecção.

Etiologia da sífilis nervosa – Devemos estudar separadamente a doença e o indivíduo. Sobre a sífilis convém em primeiro lugar saber se de fato há uma sífilis nervosa (syphilis à virus nerveux, dos franceses). A questão da existência de uma sífilis nervosa foi nestes últimos tempos abordada por Fischer¹⁰ com o título “Gibt es eine Lues nervosa?”

Mott e Nonne salientaram a ação neurotrópica de alguns espiroemas de Schaudinn; e Levaditi aventou a possibilidade de uma variedade de espiroqueta como responsável pela paralisia geral e *tabes dorsalis*.

No primeiro Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal foram apresentados dois relatórios em que essas questões concernentes à parassífilis foram bastante discutidas.¹¹

Entre as causas que devem ser investigadas ressalta a influência que pode ter a benignidade ou malignidade da sífilis na produção dos fenômenos nervosos.

É muito conhecida a opinião de Broadbent que considera mesmo a benignidade dos acidentes primitivos e secundários como o prenúncio de uma lues nervosa.

Fournier, sem contestar as afirmações de Broadbent, todavia pensa que seja qual for o aspecto inicial da lues, os sintomas nervosos podem aparecer.

Qual a influência do tratamento?

A maior parte dos autores reconhece que um terço de seus doentes não sofreram tratamento específico ou o fizeram de um modo incompleto e pouco duradouro.

É muito natural supor que um tratamento enérgico e precoce evite as consequências de um ataque ao sistema nervoso.

Vamos fazer agora referências à data em que surgem os acidentes nervosos e mentais.

Segundo a opinião autorizada de Fournier, as perturbações nervosas aparecem em qualquer época do período terciário, algumas vezes podendo ser bastante tardios, isto é, depois de vinte anos do acidente inicial; outras vezes, porém, já se denunciam em pleno período secundário, sete, seis, cinco meses após o cancro.

Nonne cita vários casos de psicoses que surgiram quatro meses após infecção.

Vimos alguns casos de sífilis cerebral em que os sintomas nervosos se revelaram dentro do primeiro ano após o acidente inicial. Muito mais frequente é que a doença comece em franco período terciário.

¹⁰ Oscar Fischer, *Gibt es eine Lues nervosa?*, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 16 Band, 1913.

¹¹ Juliano Moreira e Ulysses Vianna, *Contribuição ao estudo da demência paralítica no Rio de Janeiro*, Trabalhos do Primeiro Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, 1916.

Waldemar Schiller, *Contribuição ao estudo das causas de paralisia geral no Rio de Janeiro, especialmente na Casa de Saúde Dr. Eiras*. Trabalhos do Primeiro Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, 1916.

O prof. Juliano Moreira tem em seu acervo de observações casos muito interessantes de neurosífilis precoce, e que ele pretende publicar em trabalho próximo.

O Dr. Gilberto Costa nos mostrou um doente, que se apresentou à consulta do Serviço de Sifilografia da Santa Casa pela primeira vez aos 6 de Junho de 1918, com um cancro sífilítico da glândula, datando de dois meses; a apalpação revelava gânglios epitrocleanos e inguinais sensíveis, dores ósseas com paroxismo noturno, tibialgia e esternalgia. Sifilide papulosa.

Em 7 de Outubro do mesmo ano voltava novamente o doente queixando-se de ataques epilépticos. Feito o tratamento específico, melhorou bastante.

As condições individuais do paciente devem merecer um estudo acurado. O papel da herança ainda não está bem comprovado; no entanto em alguns casos ela tem sido encontrada.

Entre as causas predisponentes salientaremos o alcoolismo, o traumatismo e o trabalho intelectual em excesso.

Raça – Para sífilis cerebral não há imunidade de raça. Dentre os 313 casos de nossa estatística, 187 eram brancos; 52, pretos; e 74, mestiços.

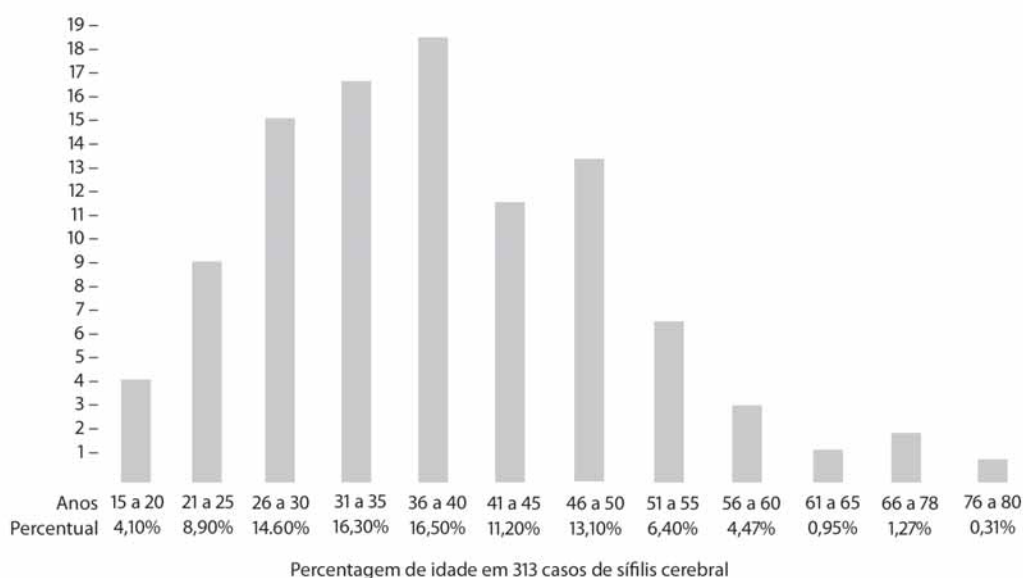
Nacionalidade – Dos 313, eram nacionais 224; e 89, estrangeiros

Sexo – Os homens geralmente são mais atacados que as mulheres: 236 eram do sexo masculino e 77 eram do feminino.

Profissão – Em primeiro lugar vêm os trabalhadores depois os comerciantes, empregados públicos, militares, etc.

Estado civil – 163 eram solteiros; 93, casados; e 30, viúvos.

Idade – O nosso gráfico evidencia que até os 25 anos a sífilis cerebral é rara e que a partir dessa idade ela vai se tornando cada vez mais frequente para baixar novamente dos 50 em diante.



Sintomas iniciais – As dores de cabeça constituem um dos sintomas mais precoces da doença. Elas dão a sensação de uma dor profunda e interna. Os doentes têm sensação de peso, de compressão como se a cabeça estivesse encerrada em um estojo; outras vezes elas exprimem a sensação de

fortes marteladas. Essas sensações caracterizam os três modos tão bem descritos por Fournier: *dor gravativa*, *dor constrictiva*, *dor em forma de marteladas*. No ponto de vista da localização elas preferem a região frontal ou occipital, ou então se espalham por toda a cabeça.

Em alguns doentes as dores atingem tal acuidade que até provocam atos de desespero.

A cefaleia aparece sobretudo de tarde e diminui pela madrugada.

As vertigens podem existir ora associadas à cefaleia, ora como a única manifestação da doença. Às vezes é um simples atordoamento com leve obnubilação da consciência, outras vezes os pacientes chegam a cair.

Dois dos meus doentes tiveram durante muito tempo somente manifestações vertiginosas, que cederam com o tratamento específico.

As perturbações da motilidade manifestam-se pela hesitação na pronúncia de uma palavra e na execução de qualquer ato que o doente tente realizar.

Os distúrbios de sensibilidade denunciam-se por sensações de entorpecimento nas pernas, nos braços, nos dedos, etc. Fournier denominou essas dores de “cerebrais”; elas prenunciaram muitas vezes um ataque apoplético.

Os reflexos rotulianos são vivos, o reflexo pupilar está abolido com conservação da acomodação.

O líquido cefalorraquidiano apresenta a Fase I de Nonne positiva e aumento de linfócitos.

A reação de Wassermann no sangue é positiva em 65% dos casos e no líquido com o emprego de elevadas quantidades (Auswertungsmethode) é quase sempre positiva segundo Hauptmann¹², Ulysses Vianna e Moses¹³.

As perturbações intelectuais se caracterizam por uma diminuição da atividade cerebral.

Frequentemente observa-se um quadro neurasteniforme que se objetiva por humor deprimido, queixas do paciente, ideias de suicídio, etc.

As alterações para o lado da memória preocupam muito os doentes, elas se exteriorizam por esquecimento de fatos referentes aos últimos acontecimentos da vida do doente.

Em alguns casos, sobretudo por ocasião dos ataques apoplectiformes, as perturbações da memória manifestam-se por verdadeiros surtos que traduzem um déficit brusco de função mnésica. Mais raramente a memória pode sofrer de um modo repentino chamado por Fournier “ictus amnesico”.

Um bom exemplo de “ictus amnesico” é o que se passou com um indivíduo de certa cultura intelectual, no momento em que visitava um amigo, de repente no meio da conversa esqueceu-se durante dois a três minutos de fatos que se relacionavam com sua vida familiar.

Classificação dos sintomas nervosos e mentais — Nós podemos dividir as formas clínicas da sífilis de vários modos.

Jacquin e Régis descrevem as alterações sífilíticas, atendendo ao período em que elas aparecem, psicoses do período secundário e terciário.

¹² Hauptmann, Die Vorteile der Verwendung grösserer Liquormengen (Auswertungsmethode) bei der Wassermannschen Reaktion für die Neurologische Diagnostik, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkund*, 1911.

¹³ Ulysses Vianna e Arthur Moses, Diagnóstico das afecções nervosas e mentais pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cefalorraquidiano (Método de Reforço), *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria*, Ano I, 1º trimestre.

Fournier visa sobretudo os sintomas. Ele admite 6 formas:

- 1ª forma – cefalálgica.
- 2ª forma – congestiva.
- 3ª forma – convulsiva.
- 4ª forma – afásica.
- 5ª forma – mental.
- 6ª forma – paralítica.

Kraepelin estuda a neurastenia sífilítica a meningoencefalite (pseudoparalisia geral sífilítica), a forma apoplética, epiléptica, gomosa e paranoide.

Ziehen adota 4 formas:

- 1ª forma – somática sem alteração psíquica.
- 2ª forma – com sintomas psíquicos sem demência.
- 3ª forma – com demência sem outros sintomas psíquicos.
- 4ª forma – com demência e outros sintomas psíquicos.

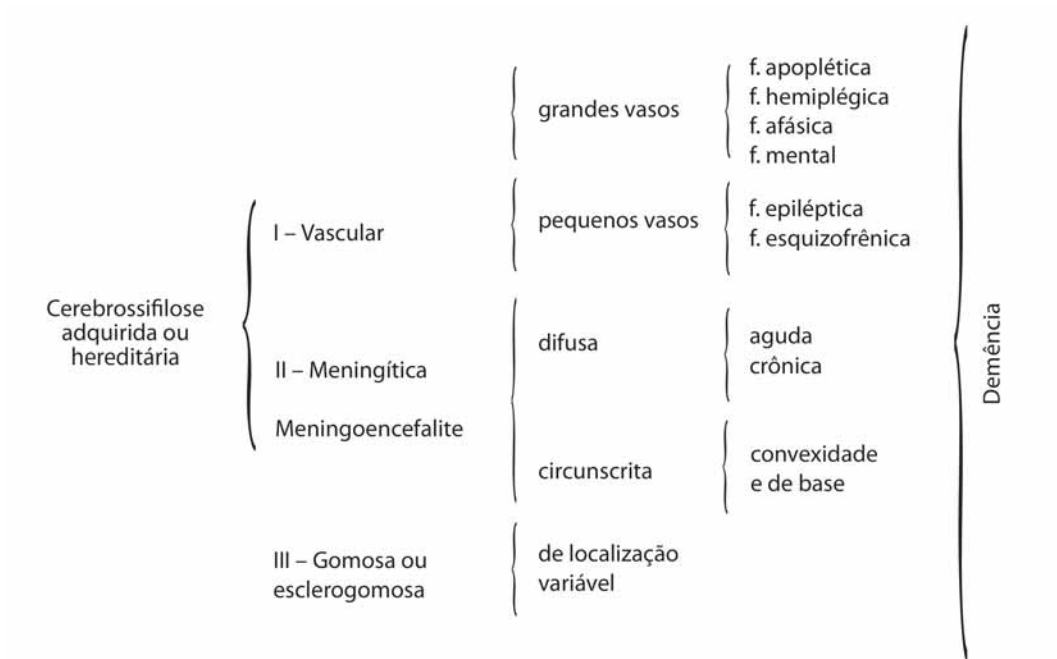
Laignel-Lavastine no Congresso de Londres estudando as demências dos sífilíticos adotou a seguinte classificação:

- 1º tipo – paralisia geral.
- 2º tipo – demência com sintomas em foco.
- 3º tipo – demência precoce de causa sífilítica.
- 4º tipo – demência de tipo senil.

Segundo o autor, a cada um desses tipos corresponde um determinado substrato anatômico assim:

- 1º tipo – paralítico ou inflamatório, meningoconjuntivo vascular.
- 2º tipo – precoce, atrófico neuroepitelial.
- 3º tipo – em foco ou encefalomalácico, volumoso ou miliar.
- 4º tipo – senil ou cérebro escleroso atrófico.

Aproveitando a casuística valiosa dos numerosos doentes por nós observados, propomos com a colaboração do Docente F. Esposel a seguinte classificação que procura conciliar a clínica à anatomia patológica.



Em resumo, a nossa classificação abrange numerosos doentes com perturbações mentais ora apresentando o quadro de arteriosclerose cerebral, ora o da demência precoce, da epilepsia e da paralisia geral.

f F