

# CONSIDERAÇÕES SÔBRE UM CASO DE POLINEVRITTE LEPROSA

**LUIZ MARINO BECHELLI**

*Clinico do Asilo Colonia Cocais — Perito  
do Centro Internacional de Leprologia.*

São frequentes as polinevrites entre os doentes de lepra. A mais comum é a que compromete os dois cubitais, ficando tomados os músculos das mãos. Nos membros inferiores, com mais frequência, observa-se o ataque aos ciáticos popliteos externos, ficando paralisados os músculos da região antero-externa das pernas, do que resulta a queda dos pés ("pied tombant") e a marcha escarvante ("steppage")

Observamos ainda casos de polinevrite leprosa em que os nervos tomados pertencem, simultâneamente, aos membros superiores e inferiores; e assim que notamos nevrites múltiplas dos cubitais com os ciáticos popliteos externos ou internos.

Na observação que vamos referir, a lepra afetou, quasi ao mesmo tempo, os troncos nervosos dos ciáticos popliteos externos e dos cubitais, o nervo braquial cutâneo interno e os ramos subcutâneos do plexo cervical, representados pelo nervo auricular. Em um segundo surto de nevrite múltipla, alem de alguns dos nervos já citados, tambem, os ciáticos popliteos externos e o safeno externo direito foram comprometidos.

## OBSERVAÇÃO

*Luiz F.*, com 30 anos de idade, de forma clinica mixta, foi por nós examinado no dia 28/5/1938. E' doente de lepra desde 1930. Conta que nesse ano, não se recorda o mês, começou a sentir dor no ciático popliteo externo do lado esquerdo e, algum tempo depois, não precisa quanto, tambem no direito. Assemelhava-se A. queimação, sem irradiar-se, melhorando com a marcha e com os banhos frios. Durante o dia era pouco intensa, suportável, não lhe impedindo o

trabalho ; às 21-22 horas, as dôres intensificavam-se, chegando, às vezes, a impedir-lhe de conciliar o sono durante duas a três horas. No espaço de dois anos teve essas dôres, que duravam oito a dez dias. intercalando-se com igual período de acalmia. Durante esse tempo, voltamos a repetir, sómente sentia as dôres, trabalhando normalmente.

Em julho e agosto de 1932 fizera tratamento antisifilítico, com injeções de neosalvarsan intervaladas de oito dias, em vista de serem positivos os seus exames de Wassermann e Kahn. No dia oito de agosto tomou a ultima injeção da segunda série, dose de 0,75 centigrs. Na manha do dia seguinte, começou a sentir dôr no cubital direito e nos ciáticos pophteos externos, intensissima no lado esquerdo. Parecia que lhe estavam apertando fortemente o nervo, atrás da cabeça do perôneo ; a dôr era fulgurante, aumentando progressivamente até atingir intensidade extrema, ficando nesse acme durante 10-15 minutos ou meia hors então nada conseguia abrandar a dôr, que o fazia gritar. Depois ela se abrandava pouco a pouco, tornando-se mais tolerável por 15-30 minutos. Quando a dor era muito intensa, fletia as pernas sôbre as coxas ou andava um pouco e, com isso, passava melhor. Obtinha tambem ligeira melhora ao mergulhar os pés em água fria; a extensão completa dos membros era-lhe dolorosa. Não havia irradiação da dôr para as pernas e Os. No nervo cubital direito a dôr era forte, mas não tão intensa como a do ciático popliteo externo esquerdo ; assemelhava-se tambem com um apêrto no nervo, que se irradiava para o antebraço e mão, metade interna. Não sabe normar o que melhorava ou peorava essas dôres. Devido a reação leprótica que o acompanhava ha tempos, tinha febre que não aumentou com os fenómenos dolorosos.

Passou o dia 9 com dôres muito intpusas, não conseguindo dormir durante a noite, tendo andado continuamente, para ver se as d8res se aliviavam. No dia 10 de manha, cerca de vinte horas após o aparecimento dos fenómenos de nevríte múltipla, deitou-se e não mais conseguiu levantar-se, pois a perna esquerda ficara flectida sôbre a coxa direita, não podendo mais extendê-la; no máximo da extensão aquela fazia um angulo reto com esta ; notou, tambem, que não conseguia flectir bem o pé esquerdo sôbre a perna.

Nos dias seguintes, a dôr do ciático popliteo externo parecia-se com um "choque elétrico", que descia para a face externa da perna e para o dorso do pé. No cubital deu-se a mesma coisa. Depois de 4 a 5 dias, tornou-se menos intensa a dar no ciático politeo externo esquerdo e então intensificou-se no do lado direito. Neste nervo ela se manteve intensa durante alguns dias e depois se abrandou. Logo em seguida a dar tornou-se mais forte no cubital, por 4-5 dias. Passado certo tempo, não se recorda quanto, primeiramente o auricular direito e depois o esquerdo tornaram-se dolorosos, mais o direito, irradiando-se a dôr para a orelha e sua vizinhança.

A dôr nos ciáticos popliteos extenos, no cubital e auriculares manteve-se intensa dessa maneira, ora em um ora em outro nervo, durante 3 a 4 meses, sendo que, neste período de tempo, pouco a pouco ficou impossibilitado de mover a perna e o pé direito, qsim como se estabeleceu garra cubital direita. Os pés tornaram-se edemaciados. Emagreceu muito. Não tinha boa memória como antes. Muitos medicamentos usou (salicilato de sódio, Veramon, Vacineurin, e outros), com efeito pouco benéfico.

Durante mais uns 5 meses as dôres se mantiveram com regular intensidade, não conseguindo dormir senão algumas horas durante

a noite, graças a medicamentos. As dores eram igualmente intensas nos nervos atacados, não se parecendo mais com um "choque" era mais intenso S. noite. Depois desse tempo as dores se abrandaram mais ainda e pouco o incomodavam ; o cubital direito deixou de ser doloroso em 1934, o auricular em fevereiro de 1937 e os ciáticos em janeiro de 1938. Ha 10-12 meses desincharam os pés.

Em maio de 1935, mais ou menos, começou a sentir dôr no cubital esquerdo, irradiando-se até os dedos, também intensíssima, como uma queimação e com os mesmos característicos das dores dos outros nervos, já atacados anteriormente. Até fevereiro de 1938 teve cltir nesse nervo, intensa durante uns 8-10 dias e desaparecendo depois por 2-3 meses. Não foi acompanhada de garra cubital.

Esteve acamado até ha oito meses atras (outubro de 1937), não conseguindo andar. De oito meses para cá, pouco a pouco e com exercicios, começou a estender mais as pernas sôbre as coxas e, agora, realiva quasi que completamente esse movimento. Há uns 4 meses esta dando uns passos, sendo a marcha dificultada pelo fato de não poder estender os pés.

O INTERROGATÓRIO SÔBRE OS DIFERENTES APARELHOS resultou negativo.

Nos seus ANTECEDENTES PESSOAIS refere não ser alcoolista; fuma regularmente. Diz ter tido paratifo em 1930 e em 1932. Nega moléstia venéreo-sifilíticas; a reação de Wassermann foi positiva, tendo sido medicado com injeções de Aspic, Valeol, Neosal-varsan, do qual tomou duas series.

Nada de interesse nos ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS.

Do EXAME FÍSICO GERAL destacamos que os gânglios epitrocleanos não estavam enfiados ; ausencia de esternalgia e de tibialgia. Os pelos estavam normalmente distribuidos.

Ao EXAME FÍSICO ESPECIAL nada observamos para o lado da cabeça, olhos, ouvidos, nariz pescoço, aparelho cárdio-respiratório, abdomen, aparelho genital externo e articulações; algumas caries dentarias. O que nos interessa é o exame do sistema nervoso.

*Exame do sistema nervoso.*

A — EXAME DA MOTILIDADE — Não verificamos nenhum disttirbio da motilidade ativa involuntária, como sejam alteração do tonus muscular, catalepsia, convulsões, espasmos, tremores, atetose, coreias, sincinesias. O exame da motilidade ativa voluntária ofereceu-nos interessantes achados: atrofia acentuada dos mtisculos da região ântero-lateral das pernas, sendo o relevo dos mesmos substituido por uma goteira mais pronunciada a direita. A circunferencia da perna, 13 ems, abaixo da interlinha articular, era de 22,5 cms, a esquerda e 21,7 a direita. Não observamos contrações fibrilares. Não consegue flectir os pés sôbre as pernas, assim como lhe é impossível estender os artelhos sôbre os pés. O movimento de lateralidade externa dos pés é pouco extenso, o mesmo não se dando com o de lateralidade interna. Estando o doente sentado, os pés ficam caídos ("pied tombant") ; aliás eles estão fixos nessa posição. (Fig. 1). Garra dos artelhos.

O doente marcha com extrema dificuldade, conseguindo dar apenas poucos passos : não consegue estender bem as pernas sabre as coxas e os Os, fixos em posição "equino varus", pousam no chão pela sua extremidade anterior e pelo seu bordo externo. Não

tem firmeza ao tomar contacto com o chão e, perdendo o equilíbrio, muda de direção.

Garra do dedo mínimo e anular direito ; nesse mesmo lado, amiotrofia ligeira dos interósseos e da eminencia hipotenar. Nada no lado esquerdo. O movimento de extensão e de flexão das mãos é feito com facilidade. Força muscular das mãos ao dinamometro ; mão D. 57, mão E. 70. Circunferencia do antebraço, ha 10 cms. do epicôndilo : a esquerda 21 cms., a direita 20 cms..

Reflexos tendinosos patelar e aquileano normais ; radial, cubito-pronador, bicipital e tricipital vivos, mas normais.

Dos nervos craneanos apenas o óculo-motor-comum (ou o facial) nos parece comprometido, no seu ramo que inerva o reto interno.

Os nervos cubitais estavam regularmente espessados ao nivel da goteira e bem mais acima da mesma, onde são mais grossos que um lapis, na extensão de 5 cms. a direita e cerca de 3 cms. a esquerda, sendo bastante consistentes mas não dolorosos. Nervos ciáticos popliteos externos e safenos externos regularmente espessados e indolores. O auricular direito é visível, bastante espessado ; o auricular esquerdo é visível sómente quando o doente vira a cabeça para a direita ; ambos ego indolores. Braquiais cutâneos internos espessados, mais o esquerdo, que se percebe á simples inspecção (Fig. 2).

Foram negativas as pesquisas dos sinais semilógicos que poderiam revelar-nos as incoordenações. Com efeito, 1) incoordenação atáxica : a) ataxia estática: o sinal de Romberg não pôde ser pesquisado ; b) ataxia dinâmica : não existe nos membros inferiores e superiores. A ataxia dinâmica pesquisamô-la nos dois membros, fazendo o doente tocar a ponta do nariz com a extremidade do dedo indicador e mandando-o tocar, com o pé, a nossa mao colocada a distancias várias da mesa de exame. 2) Incoordenação cerebelar : a) titubeação : não tem marcha em zig-zag: b) asinergia : não tem asinergia no andar e na atitude sentada ; c) hipermetria : não existe; d) adiadococinesia e catalepsia ausentes. 3) Incoordenação ataxo.cerebelar não existe.

B — EXAME DA SENSIBILIDADE. Anestesia térmica nas mãos, antebraços, metade inferior dos braços, pés, pernas e metade inferior das coxas. Anestesia dolorosa tomando o território de distribuição do cubital dos ramos posteriores do braquial cutâneo inferiores do braquial cutâneo interno e do músculo-cutâneo ; nos memterno e do músculo-cutâneo ; nos membros inferiores, pés e pernas. Anestesia tacfil na metade interna das mãos, nos pés e pernas.

Exame da sensibilidade profunda : sensibilidade visceral normal, assim como a sensação de pressão, o sentido estereognósico, o sentido muscular (noção das posições segmentares e noção de peso). O exame da sensibilidade óssea pelo diapasão não poude ser praticado.

EXAME ELÉTRICO: não pôde ser praticado.

EVOLUÇÃO: 2/7/1938: Ha dez dias começou a sentir dores fortissimas no cubital esquerdo e, de 3 dias para cá, está com dores, tambem intensissimas, em geral á noite, nos joelhos (na rótula e "por dentro") e na região poplitêia. Os fenômenos dolorosos atingem intensidade tal que, em certos momentos, chega a perder a consciencia e fala coisas sem nexos : refere o seu companheiro de quarto que o paciente delirou no dia em que as dares apareceram, falando sobre coisas do serviço. A dor chega a tornar-se intolerável, gritando bastante no seu acme. Assemelha-se ora a uma torsão ora a um choque elétrico, que se irradia para a face lateral e posterior das pernas,

atingindo a região plantar e dorsal dos pés, até os arelhos. Sua maior intensidade é nos joelhos. Abranda-se quando fica com as pernas flectidas sobre as coxas e em decubito lateral.

Ciáticos popliteos internos e externos espessados, tendo aqueles a espessura de um lapis ; são extremamente dolorosos á pressão. Bastante espessado e doloroso o nervo safeno externo do lado direito; o esquerdo acha-se espessado mas no doloroso. Um pouco dolorosos são os cubitais e o auricular direito. Cianose dos pés, mais a direita, onde tambem existe ligeiro edema duro e a pele é regularmente descamante. Nada de anormal nos joelhos, a ao ser a hiperestesia da pele que o recobre.

4 de agosto de 1938: Tem feito tratamento com injeções de Atophanyl e de Betabion. Desde o dia 2 as dôres estão mais fracas, só o incomodando á noite, mas assim mesmo permite-lhe conciliar o sono.

Desde o primeiro dia em que teve o novo surto de polinevrite, tem tido febre.

Apareceram-lhe raras máculas erúptivas nos membros inferiores, que regrediram alguns dias após. Desapareceu o edema dos pés. Diminuição da força muscular : mão esquerda : 27; direita 38. O reflexo pilo-motor, pesquisado com o eter, estava ausente nos membros superiores e inferiores e tambem no tronco.

29 de agosto de 1938: Depois da ultima revisão as dôres abrandaram-se gradualmente e ha uns dez dias está sem dôres. Praticamos novo exame da sensibilidade superficial ; em relação ao exame anterior, nos membros superiores e inferiores aumentou um pouco a área com anestesia térmica, dolorosa e táctil. Repetimos os mesmos exames da sensibilidade profunda já mencionados no primeiro exame e novamente foram normais ; o mesmo aconteceu com o exame dos reflexos. Nada na articulação do joelho.

Pela leitura da observação impõe-se logo um diagnóstico : o de polinevrite aguda, manifestando-se por distúrbios sensitivos, motores, tráficos e vaso-motores, sendo tomados, em dois surtos sucessivos, os nervos cubitais, ciaticos popliteos externos e internos, safeno externo direito, auriculares e braquiais cutâneos infernos, e, quiçá, os filetes articulares, destinados aos joelhos, dos nervos obturador e ciático. Começaremos por descrever os,

*Distúrbios sensitivos:* Foram os que abriram a cena. A polinevrite começou com distúrbios sensitivos, traduzindo-se o compro-metimento das fibras sensitivas por uma dôr fulgurante ou assemelhando-se a um choque elétrico, intensissima, intolerável mesmo, ao nivel dos nervos já mencionados. No primeiro surto de nevrite múltipla, a dôr, embora presente em varios nervos, certos dias tornava-se mais intensa em um dêles ; nos dias seguintes, outro era o nervo mais dolorido e, assim, a dôr "passeava" de um ciático poplíteo externo para o outro, depois para o cubital, mantendo-se mais

intensa ora em um ora em outro nervo, fazendo nos nervos o que o reumatismo poliarticular costuma realizar nas articulações.

Deve notar-se que essas dôres se prolongaram durante anos, em alguns nervos, verdade que muito menos intensas que no início. No segundo surto, as dôres foram mais fugazes e atingiram intensidade maior nos ramos de subdivisão do ciático e, principalmente, no joelho, talvez pelo comprometimento dos ramos articulares dos nervos obturador, crural e ciáticos.

Característico da dôr, próprio dos fenômenos nervosos, era a sua exacerbação noturna, quando se tornava insuportável, no sómente impedindo ao paciente de conciliar o sono, mas também fazendo-o gritar.

Os medicamentos usados para combate-la, salicilato de sodio, Veramon, Vacineurin e outros, poucos benefícios trouxeram ao doente no primeiro surto de polinevrite. Na segunda vez, não sabemos se por ser ela menos intensa, o fato é que o Atophanyl e o Betabion agiram de maneira satisfatória, sendo muito mais curto o período que o paciente atravessou com dôres intensas.

Em consequência de terem sido tomadas as fibras sensitivas, o exame objetivo da sensibilidade superficial nos revelou extensos distúrbios da mesma. Tanto os membros inferiores como os superiores apresentavam-se com anestesia térmica que atingia quasi que a raiz dos mesmos. Depois da sensibilidade térmica era a dolorosa a que mais se encontrava alterada, sendo menos atingida a táctil. E importante essa verificação para o diagnóstico da natureza leprótica da polinevrite observada por nós : DEJERINE (3) faz notar que nas nevrites múltiplas a sensibilidade táctil é, em geral, muito comprometida, enquanto que as sensibilidades dolorosa e térmica também são alteradas, mas muito menos intensamente que a primeira ; ora, na nevrite leprosa, via de regra observa-se justamente o contrário.

Notamos ainda que, depois do segundo surto de polinevrite, aumentou um pouco a área de anestesia e, esse aumento, se fez a custa das sensibilidades térmica e dolorosa.

Quanto á sensibilidade profunda, pode ser atingida em qualquer polinevrite, pois ela depende dos nervos sensitivos fornecidos aos músculos, tendões, ossos e periósteo. Examinam-la duas vezes. No primeiro exame, cerca de seis anos após o surto inicial de polinevrite, observamos serem normais a sensação de pressão, o sentido

estereognóstico, a sensibilidade visceral, e o sentido muscular, (noção das posições segmentares e noção do peso). Por esse exame não podemos negar que não houvessem existido distúrbios das sensibilidades profundas, pois estas restauram-se mais rapidamente que as superficiais. Na segunda vez resultaram negativos os mesmos exames. Não deve constituir surpresa essa verificação, porquanto, como afirma DEJERINE ( ), observa-se frequentemente a "dissociação periférica", isto é, a integridade relativa ou completa das sensibilidades profundas em contraste com a presença de distúrbios das sensibilidades superficiais.

*Nervor tomados pelo processo de nevrite:* Apresentavam-se espessados os seguintes nervos : ciáticos popliteos externos e internos, cubitais, o safeno externo direito, os braquias cutâneos internos e os auriculares. Alguns dos nervos eram extremamente dolorosos e o simples toque determinava a aparecimento de dores fulgurantes. Os nervos cubitais apresentavam dilatação fusiforme no seu trajeto, acima da goteira.

*Distúrbios motores:* O aparecimento dos distúrbios motores foi brusco e surpreendente : depois de um dia do início da polinevrite, eis que se manifestam os fenômenos paralíticos nos músculos da região entero-lateral da perna esquerda, com todo o cortejo de sintomas característicos. São excepcionais, mesmo com as polinevrites não lepróticas, os casos em que as paralisias aparecem tão bruscamente, condição em que é justificável a expressão de "polinevrite apoplectiforme" empregada por alguns AA. Segundo DE BEURMANN e GOUGEROT (2), na lepra, devido L. sua evolução habitualmente longa, a fase sensitiva da nevrite dura muitos meses e algumas vezes muitos anos, antes que estabeleçam os distúrbios motores e tróficos. No nosso caso, no dia imediato ao da polinevrite, manifestaram-se os fenômenos motores (verdade que anteriormente existiam ligeiros distúrbios sensitivos nos ciáticos popliteos externos).

Ainda nos três primeiros meses de polinevrite, em que os fenômenos dolorosos eram intensísimos pouco a pouco ficou impossibilitado de mover o pé direito e de executar os movimentos de abdução dos dedos da mão e do movimento de oposição do polegar, no lado direito.

A paralisia dos músculos da região ântero-lateral das pernas evidenciou-se pelos seguintes distúrbios motores : impossibilidade

de flectir o pé e de levá-lo para fóra, impossibilidade de estender os artelhos.

Observamos pronunciada diminuição da força muscular ao dinamômetro. No primeiro exame registamos os seguintes números 70 para a mão esquerda e 57 para a direita. Por ocasião do segundo surto de polinevrite, diminuiu ainda mais a força muscular : 27 para a mão esquerda e 38 para a direita.

Os distúrbios da motilidade não se traduziram por modificações dos reflexos. Tanto no primeiro exame como no segundo, feito durante o último surto de nevrite múltipla, os reflexos patelar e achileanos eram normais; vivos, mas ainda normais, eram os reflexos bicipital, radial, tricpital e cúbito-pronador. Aliás, não podia ser diferentemente, pois êsses reflexos não dependem dos nervos atingidos pela polinevrite, a não ser o reflexo cubito-pronador que se prende ao nervo cubital.

*Distúrbios tróficos:* os mais importantes foram observados para o lado dos músculos. As amiotrofias foram verificadas nos músculos da região ântero-lateral das pernas, sendo o relevo dos mesmos substituído por uma goteira, mais acentuada a direita (Ver figura 1). Amiotrofia ligeira dos interósseos e da eminência hipotenar, no lado direito.

Em consequência das amiotrofias apareceram deformações nos pés e na mão direita, traduzindo-se por um equinismo pronunciado e pela mão simiesca com garra cubital. Essas deformações foram fixadas em posição viciada possivelmente pelas retrações fibrosas, aderências tendinosas da planta dos pés e retrações fibro-musculares, que constituem, também, fenômenos de ordem trófica.

Não observamos contrações fibrilares em nenhum músculo atrofiado, o que é natural, pois elas raramente ocorrem nas amiotrofias nevriticas, sendo, ao contrario, quasi constantes nas amiotrofias mielopáticas.

Para o lado da pele, os distúrbios tróficos constavam de edema dos pés, onde se apreciava também descarnação de regular intensidade. Nada podemos afirmar sobre a existência ou não de alterações tróficas ósseas e articulares, porquanto não puderam ser tiradas radio-grafias do paciente.

Devemos ainda referir que, como *distúrbio vaso-motor*, notamos cianose dos pés, mais intensa no lado direito. O *reflexo pilo-motor*

estava abolido nos membros superiores e inferiores e também no tronco, indicando que não somente as fibras sensitivas e motoras foram tomadas, mas, outrossim, as do sistema simpático.

*Distúrbios psíquicos:* O paciente referiu que, após o primeiro surto de nevrite múltipla, não tinha boa memória. Outras indicações não foram dadas, que permitissem fazer o diagnóstico da síndrome de Korsakoff (estado de excitação, distúrbios da memória com grave amnesia de fixação e estado de confusão). Por ocasião do segundo surto, o doente conservou sempre boa memória.

Uma vez considerados os distúrbios subjetivos e objetivos do caso, faremos comentários sobre o

*Diagnóstico:* Cremos não ser necessário discutir o diagnóstico da polinevrite. Entre outros sinais, as zonas de anestesia e as paralisias de tipo periférico, a persistência de fenômenos dolorosos durante muitos anos, o espessamento e a dolorabilidade dos nervos depeem a favor da polinevrite, em detrimento da poliomielite anterior. Quanto às radiculites, estas atacam mais o neurtmio radicular posterior que o anterior, e este ultimo só excepcionalmente, de modo a predominarem os distúrbios sensitivos; portanto, bem diferentemente do que verificamos no nosso caso.

O diagnóstico da causa etiológica da polinevrite observada não oferece dificuldades. O doente não era alcoolista, nem estavam presentes outras infecções ; também o saturnismo pede ser afastado. Merecem referência as polinevrites sifilíticas e arsenical, pela possível coexistência de lues com lepra e pelo fato do paciente ter feito uso do neosalvarsan, coincidindo o inicio dos distúrbios nevriticos com a administração da última dose da serie, 0,75 centigrs.

Em relação á sífilis, são pouco frequentes as polinevrites por ela determinadas, podendo observar-se paralisias dos nervos cranianos no período secundário ou nevrites, geralmente localizadas, no período terciário (Rossi, 11).

Quanto á polinevrite arsenical, ela é em geral sensitivo-motora, sendo mais própria da intoxicação aguda que da crônica. Ela pode aparecer nas pessoas que receberam injeções de 914 com um intervalo menor de 5 dias (LEREDDE, 9), o que se não deu no nosso caso. O fato do paciente ter tomado a dose de 0,75 centigrs., não é elemento que fale a favor da natureza arsenical da polinevrite; como escreve MILIAN (10), as doses fracas são mais nocivas que as intensas, ha-

vendo mais acidentes mortais com as doses de 0,15 centigrs., do que com as doses superiores. "As doses insuficientes, diz êle, estimulam os microorganismos de uma maneira momentânea e são capazes de produzir os "acidentes interterapeuticos", que se não teriam desenvolvido com isso e que podem ser de uma grande gravidade, como uma hemorragia medularou cerebral. É assim que podem desenvolver-se, no decurso das injeções, acidentes tais como icterícias, nefrites, lesões nervosas, que se consideram tóxicas, quando são simplesmente sifilíticas. Decorre disto, que as doses perigosas são não as fortes mas sim as fracas". Acrescentamos a estas considerações, que doses fortes e mesmo massiças (mais de 3 grs.), aplicadas erroneamente, têm sido bem toleradas. De outro lado FINLAY (4) afirma que a polinevrite e, felizmente, uma complicação muito rara do tratamento arsenical.

Por êsses dados podemos apreciar melhor o nosso caso e considerar como simples coincidência o aparecimento e a acentuação dos fenómenos nevriticos em seguida á última injeção deu ma segunda serie de neosalvarsan.

A natureza leprótica da polinevrite nós a admitimos e firmamos por certos característicos, tais como: 1) grande frequência do comprometimento dos nervos na lepra ; 2) modificação da forma dos nervos, que apresentam dilatações no seu trajeto (na sífilis pode observar-se tumefações dos troncos nervosos, mas menores, sendo inconstante a anestesia — JEANSELME, 6) ; 3) duração extremamente prolongada da polinevrite e aparecimento de extensas áreas de anestias ao lado dos distúrbios motores e tróficos ; 4) reaparecimento de fenómenos de nevrite muitos anos apes, sem o doente haver-se sujeitado a novo tratamento arsenical; 5) persistência da atrofia muscular e mais intenso comprometimento das sensibilidades térmica e dolorosa em confronto á táctil, o que de regra não se observa nas polinevrites por outras causas.

## RESUMO

O A. comenta a observação de um doente de lepra em que foram afetados, em um primeiro surto de nevrite multipla, os troncos nervosos dos ciáticos popliteos externos e dos cubitais, o nervo braquial cutâneo interno e os ramos sub-cutâneos do plexo cervical (nervo auricular) ; no segundo surto, além de alguns dos nervos já citados, tambem os ciáticos popliteos internos e o safeno externo direito foram comprometidos.

Os distúrbios sensitivos é que abriram a cena do quadro clínico, referindo o doente dores fulgurantes de intensidade extreme. O aparecimento dos distúrbios motores foi brusco e surpreendente, manifestando-se no dia seguinte ao do início da polinevrite. Foram observados também distúrbios tráficos (amiotrofias, retrações tendinosas, deformações, edema) e simpáticos (acrocianose, ausência de reflexo pilomotor). Não verificou modificação do estado psíquico do doente.

E' discutido o diagnostico diferencial da polinevrite observada, sendo admitida a sua natureza leprótica.

### SUMMARY

The A. comments the observation of a leper that have been affected in a first manifestation, of a multiple neuritis in the nervous trunks of the external sciatic popliteals and cubitals, intradermal cutaneous brachial nerve and the subcutaneous branches of the cervical plexus (auricular nerve); in the second manifestation, beyond some of the already named nerves, the inner sciatic popliteals and the right "safeno", have also been exposed.

The sensitive disturbances were the first symptoms that opened the clinic picture, and the patient have refered to terrible pains of an extreme intensity.

The moving disturbances' appearance were abrupt and surprising, and have been manifested in the second day after the beginning of the poly-neuritis.

Trophic disturbances have also been observed (amiotrophie, tendinous retraction, deformities, edema) and sympathetics ("acrocianose"), "pilo-motor" reflexes absence. Differences, were not verified in the psychic state of the patient.

The diferencial diagnosis of the observed poly-neuritis is discussed, having been admitted the leprotic origin.

### BIBLIOGRAFIA

1. — CHTESS — Un can de polynevrite lepreuse. Rev. Franc. Derm. et Vener., 1929, vol. V, pag. 169.
2. — DE BEURMANN e GOUGEROT — Forme sensitive, douloureuse de la polynevrite. Bibliot. Intern. Lepra. Vol. VII, pag. 64, 1908.
3. — DEJERINE — Semiologie des affections du systeme nerveuse. Masson & Cie. Edit. 1936.
4. — FINLAY — Recientes adquisiciones en quimioterapia. Madrid. 1932.
5. — GOUGEROT — Polynevrite lepreuse. Nouv. Prat. Derm. Vol. III, pag. 876.
6. — JEANSELME — La lèpre. G. Doin & Cie. Edit. 1934.
7. — JEANSELME — Troisième leçon. Manifestations nerveuses de la lèpre. Artigo avulso.
8. — KLINGMULLER — Die Lepra (col. Jadasshon), pag. 452.
9. — LEREDDE — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis. Paris. 1921.
10. — MILIAN — Nouv. Prat. Derm. , Vol. III, pag. 114.
11. — Rossi — Polineuritide. Trat. Ital. Med. Interna, Vol. II, pag. 822, Soc. Edit. Libr. Milão. 1931.
12. — STRUMPELL — Trat. di Pat. speciale medica e terap. , Vol. IV, Casa Edit. Vollardi, Milão, 1931.
13. — VIOLA — Trat. di semiotica. Vol. III. Casa Edit. Vallardi. Milão. 1933.

