

FACULDADES DE CIÊNCIAS MÈDICAS DE BUENOS AIRES
Cátedra de Clínica Dermatosifilagràfica — Prof. Dr. PEDRO BALIÑA

**ANESTESIA EM BOTA E INTENSAS LESÕES
TRÓFICAS PSEUDO-LEPROSAS DOS PÉS,
DEVIDA, APÓS LARGA OBSERVAÇÃO E
EXITO TERAPEUTICO, A UMA RADICULITE
BAIXA EREDO - SIFILITICA E SEPTICO -
NEURITE ASCENDENTE.**

GUILHERME BASOMBRIO
Chefe da Clínica.

I

Doente com sérias perturbações tróficas nos pés. Examinado numa clínica ortopédica, é constatada a anestesia. O dermatologista diagnóstica: anestesia por neurite periférica. Ingressa, para estudo, na Clínica de Pele.

Em 11 de setembro de 1939, chegava ao Serviço do Prof. BALIÑA, o doente Humberto E., de 22 anos de idade, argentino, solteiro, cabelereiro de profissão, domiciliado em Goya, Corrientes, donde chegara à Capital para tratamento de sua saúde. Predominando os transtornos tróficos dos pés, veio ter à clínica ortopédica do Hospital Durand, onde o Dr. PIQUE, que o assistiu pessoalmente, constatou anestesia em ambas as pernas e pés. Diante deste fato, foi encaminhado ao Serviço de Dermatologia, sendo ali atendido pelo Dr. MARCIAL I. QUIROGA. Este, depois de ra-

tificar a existencia das perturbações da sensibilidade, procede a prova da histamina, verificando tratar-se de uma neurite periferica.

O diagnostico de "Mal de Hansen" foi o primeiro que lhe ocorreu, maximé, dada a procedencia do enfermo: Goya — Corrientes. Porém, considerando a complexidade do caso, resolveu encaminha-lo a uma clinica que contasse com todos os meios para ser observado e estudado convenientemente. Por esta razão, de acordo com o Dr. PIQUÉ, foi encaminhado o doente a esta Cátedra. Um ano e sete meses são passados, desde que o paciente foi internado na clinica, e só ao cabo desse tempo, depois de continúa e minuciosa observação, nos é possível chegar a um diagnóstico, o qual, pomos à consideração dos leitores.

II

As lesões tróficas descobertas correspondem às descritas por FAVRE, sob a denominação de "Acidentes sífilo-tabéricos del antepié".

Desde lógo, o que mais chamou a atenção foram as perturbações tróficas das extremidades inferiores: a *perna esquerda*, é 3 cmts. mais curta que a direita. Esta diferença só foi observada, em 1937. Antes, ambas as pernas eram iguais e a marcha era normal. Além disso, a perna esquerda estava deformada em sua metade inferior, deformação devida ao aumento de volume dos óssos, tanto da perna como do pé. Falta o quinto artelho esquerdo, perdido como se verá em 1937. O grande artelho é mais curto, está achatado como se faltasse alguma das falanges. Os três artelhos restantes, estão sãos. A pele difusamente hiper-pigmentada, levemente escamosa e rugosa, sobretudo no dorso e nos bordos do pé. E' notavel tambem, a hipertricose da perna no lado esquerdo. (Fig. 1). A planta do pé está deformada: tem um abaulamento que, do bordo externo do pé, chega até a metade desta região, o que lhe dá um aspêto globuloso. A pele, tem muito aumentada a camada cornea, em verdadeira queratodermia, além do que, hiperhidrose. Na parte media desta região plantar, existia uma ulcera calosa, redonda, de uns 25 milímetros de diametro, cobêrta de crôstas escamosas, negras, corneas, rodeadas de um hálo difuso, caloso de 2 cms. de largura, verdadeiro mal perfurante plantar. (Fig. 2).

Ao nivel da articulação metatarso falangeana do grande artelho, existia outra lesão de mal perfurante plantar do tamanho de uma lentilha, tambem rodeada por um halo de 2 cms. de diametro.

Perna direita: Só no pé, existem anormalidades: o grande

artelho, parece normal, porem, um pouco valgo, fazendo angulo com o eixo do pé. O segundo artelho está desviado para o grande artelho; é largo e com sua extremidade distal hipertrofiada. A apalpação, demonstra que a falangeta se deslocou e flutua independente por entre as partes molas. No terceiro artelho, atrofico, a unha se reduziu a um côto puntiforme. O quarto artelho é normal. O quinto, está atrofico em sua extremidade distal, e a unha, reduzida á metade de seu tamanho. A planta do pé é normal, com hiperqueratose nos lugares de pressão.

III

Estudo Radiografico. Conclusão: Artropatia de tipo tabético.

O estudo radiografico devemos à gentileza do Dr. BEGARIE.

Pé esquerdo: — (Fig. 3.A) Luxações medio-tarsicas. Deformidade do escafoide, cuboide e cuneiformes, que tambem estão luxados. Pé plano. Reabsorção de grande parte do quinto metatarsiano, extremidade distal do primeiro metatarsiano, primeira falange do grande artelho e das três falanges do quinto artelho. Existem varias esquirolas.

Pé direito: — (Fig. 3. B) Reabsorção da extremidade distal do primeiro metatarsiano e da primeira falange do grande artelho. Amputações da segunda e terceira falanges do terceiro artelho, terceira falange e parte da segunda do segundo artelho.

Perna esquerda: — Formações de tipo exostósico na tibia. Aumento do periosteo do perônio.

Diagnostico radiologico: — Artropatia Tabética.

IV

Descrição das perturbações da sensibilidade. Anestesia em bota-tipo radicular em ambos os lados: Finalmente, no dorso do pé esquerdo, anestesia no terreno do nervo musculo cutaneo.

As perturbações objetivas da sensibilidade são importantes: Como se vê no esquema abaixo, trata-se de um anestesia segmentaria (em bota) termo-dolorosa na perna direita, e na perna esquerda, anestesia termo-dolorosa no dorso do pé, zona do musculo cutaneo, ramo do ciático poplitéo externo. No restante, sómente anestesia termica.



ANESTESIA TÉRMICA



ANESTESIA TERMO-DOLOROSA



V

Antecedentes: Pai desconhecido. Residiu em zonas onde a lepra é frequente. Não ha antecedentes patológicos, profissionais, tóxicos. Membros inferiores perfeitos, até a doença atual.

Hereditarios: E' filho de pai desconhecido. A mãe não teve nenhum aborto; é sã.

Pessoais: Residiu sempre em Goya, Corrientes. Néga molestias venereas. Nem etilismo, nem tabagismo. Extremidades inferiores normais na infancia.

VI

Antecedentes da enfermidade atual. — **Pé direito:** — 1931: traumatismo seguido de sequestro osseo e logo, sensação de dormência. — **Pé esquerdo:** — 1933 a 1935: mal perfurante — expontaneo. 1937: traumatismo: começa a sensação de dormencia. 1939: reabre-se o mal perfurante.

Em 1931, quando jogava futebol, foi pisado no pé direito, recebendo um forte traumatismo que lhe esmagou o segundo e terceiro artelhos, deixando-os magoados e de cor violácea. Um medico procedendo ligeira desinfecção, lhe aplicou uma atadura. Durante dois meses, teve o pé inchado. O segundo artelho ficou desviado para dentro, enquanto que o terceiro supurava, eliminando um fragmento de osso. Só começou a notar a sensação de dormencia na perna direita, depois desse traumatismo.

Em 1933, apareceu espontaneamente, na articulação metatarso falangiana do grande artelho do pé esquerdo, face plantar, uma bolha de conteúdo hemático, de uns 20 milímetros de diametro, tão pouco dolorosa que permitia a marcha. Esta bolha não demorou a se abrir, dando vasão a sangue e pús; secundaria a ela, houve uma

linfangite e adenopatia inguinal. Consultou um medico, o qual lhe indicou applicações antisepticas, locais. Guardou repouso durante um mês, findo o qual se restabeleceu.

Todo esse quadro se repetiu exátamente da mesma forma e no mesmo pé, em 1935.

Em 1937, andando a cavallo, este tropeçou caindo ao sólo, comprimindo-lhe a perna esquerda. Apesar da violencia do traumatismo, poude levantar-se e ir a pé, até sua casa. Desta vez, um curandeiro o atendeu, felizmente com applicações inócuas: bandagens e banhos de agua e sal. O enfermo relate que teve então, intensas dores na perna e no pé, que incharam. O quinto artelho fraturou, ficando unido ao pé só por um fio de pele, o que o curandeiro seccionou. Lago poude levantar-se, e, caminhar um pouco dois meses após o accidente. Naquêla occasião observou dois fatos importantes: que, si bem que o pé esquerdo houvesse aumentado de volume, a perna se havia encurtado, obrigando-o a coxear. No fim desse mesmo ano de 1937, e já passado completamente o episodio acima descrito, reaparece-lhe uma ulceração plantar, no mesmo lugar onde antes se formara a bolha e, desde então, o doente notou como uma calosidade ao redor da mesma (Mal perforante). Foi nesses dias que começou a sentir a sensação de dormencia na perna esquerda, e alem disso, algumas caimbras e dores como descargas de electricidade, no tornozelo e no pé.

Em junho de 1939, iniciou-se na planta do pé esquerdo a grande ulceração plantar, que se vê na fotografia n.º 1, e nessa mesma data começou a inchar a perna e o pé esquerdos.

Neste estado foi que se transferiu para a Capital Federal, internando-se no "Hospital Durand" como já ficou dito.

Exponho no seguinte quadro, em forma resumida, a ordem de manifestação da complexa sintomatologia deste enfermo, afim de que se observe claramente, as conexões entre os transtornos tróficos e os da sensibilidade.

ANOS	MEMBROS INFERIOR DIREITO			MEMBROS INFERIOR ESQUERDO		
	Esqueleto	Partes moles	Sensibilidade	Esqueleto	Partes moles	Sensibilidade
1931	Traumatismo: fratura do 5.º artelho.		Após o traumatismo sensação de dormencia.			
1933					Mal perforante	
1935					Reabre-se o mal perforante.	
1937				Traumatismo sequestro de um artelho.	Reabre-se o mal perforante.	Sensação de dormencia: Perna esquerda.
1939					Reabre-se o mal perforante.	

VII

Não ha sintomas cutaneos de lepra. Nervos normais. Pesquisa de bacilos acido-resistentes negativa.

Não existe em todo o tegumento desse doente lesão alguma que se possa atribuir à lepra. No torax, alguns nevus celulares e pigmentados. Nos joelhos, cicatrizes secundarias a traumatismo.

Os nervos perifericos accessiveis à apalpação são todos normais em suas dimensões e consistencia. Não ha rinite objetiva nem subjetiva.

A pesquisa do bacilo de Hansen foi reiteradamente infrutifera: em vão se pesquisou, por varias vezes, nos varios locais do esquema de "Carville", e no mal perfurante plantar. Num rigor de pesquisa, se trepanou o primeiro metatarsiano direito, procurando bacilos na medula óssea. Tudo foi inutil: não se obteve resultado positivo.

VIII

Exame do sistema nervoso. Descreve-se um síndrome nervoso que corresponde a uma radiculite inferior, e mais, neurite periferica, do nervo musculo cutaneo do lado esquerdo.

1) — *Psiquico*: — Normal.

2) — *Motilidade*: —

Tonus: Marcada hipotonia muscular na perna esquerda.

Trofismo: Além do já assinaládo, ligeira atrofia dos gêmeos da perna esquerda.

Força: Normal.

Esfíncteres normais: (Relativamente ao esfíncter vesical, o Dr. Juan Carlos Garcia, realizou estudos especiais, não encontrando anormalidade alguma).

Taxia: Normal.

Reflexos: Tendinosos todos normais, menos o rotuliano esquerdo, que era mais intenso.

Periosticos e cutaneos: diminuidos, porem, não patológicos.

3) — *Sensibilidade*: —

A. — Subjetiva — Em 1937, teve o paciente algumas dores na perna esquerda, que compara a descargas electricas. Esses incomodos desapareceram por completo.

B. — Objetiva.

a) Superficial — Já se falou das perturbações objetivas da sensibilidade. Como se vê, tais perturbações não

se enquadram, nem dentro do tipo central nem troncular. Correspondem a perturbações de tipo radicular, abaixo da 3.^a lombar. (3 L. parcial, 4 e 5 L. e 1 e 2 S). Finalmente, recordamos a anestesia descrita, correspondente, à zona do nervo musculo cutaneo, lado esquerdo.

- b) Profunda (ossea): Conservada. A sensibilidade profunda nos movimentos passivos dos artelhos, bastante conservada, porem, com pequenas perturbações. (Discretas alterações da quinestesia e estesia nos artelhos de ambos os pés).

Sensibilidade testicular muito diminuída, praticamente abolida.

IX

Outros exames clinicos: — Normais.

O exame clinico dos aparelhos: respiratorio, circulatorio e digestivo, não apresentaram anormalidades. Tensão arterial normal. Perfeita permeabilidade das artérias das quatro extremidades.

X

Analises e exames realizados. Pesquisa negativa do bacilo de Hansen: Sorologia da Sifilis positiva. Liquido cefaloraquiano normal. Prova da Histamina; trata-se de neurite periferica. Mitsuda positiva. Radiografia: Não ha espinha bifida.

A) — *Laboratorio* — Os bacilos de Hansen foram minuciosamente pesquisados, como já foi dito: nas 24 regiões da pele, que assinála o esquema de Carville, na curetagem da mucosa nasal e no osso de uma falange do pé. O resultado foi sempre negativo.

A contagem globular, a formula leucocitaria e o exame de urina, foram todos normais. A eritrosedimentação alcançou a esta boa cifra: 4,50 p.h.

Reações de sifilis no, sangue: Wassermann positivo (++) Kahn standard positivo (++) Reação de Chediack positiva (++) Analise do liquido cefaloraquiano — normal.

B) — *Próvas experimentais* — Prova da histamina, efetuada nas zonas anestésicas das extremidades inferiores, só formou uma papula, sem halo algum. Portanto, essa próva demonstra que a anestesia existente é de origem periferica e não central.

Reação de Mitsuda: A terceira semana, foi positiva. Existe pois, alergia para a lepra.

Reações electricas: O electro diagnostico não manifestou nenhuma anormalidade.

C) — *Outros exames pedidos:* —

Fundo de olho, normal.

Radiografia da columna vertebral inferior: Não se vê espinha bifida.

XI

Diagnóstico — Excluida a lepra, siringomielia e perturbações nervosas por espinha bifida chega-se ao diagnostico de: meningoradiculite inferior, sifilitica e sépticoneurite ascendente.

LEPRA? — Foi o primeiro diagnóstico que se cogitou, pois a elle induzia: a residencia do enfermo, a sintomatologia nervosa com serias perturbações tróficas e perturbações da sensibilidade, perturbações perifericas corroboradas pela prova da histamina, e ainda: anestesia circumscrita a um nervo periferico, o musculo cutaneo do lado esquerdo.

Entretanto, os fatos que citamos a seguir, são contrarios a este diagnóstico:

- 1) - Não existe em todo o tegumento (incluindo as mucosas) lesão alguma imputável à lepra.
- 2) - O volume dos nervos perifericos accessiveis à apalpação, é normal.
- 3) - A pesquisa insistente de bacilos acido resistentes, segundo já se consignou, foi constantemente negativa. (Não se procedeu a punção ganglionar por não existir adenopatia).

Quanto á positividade da reacção de Mitsuda, que implica na existencia de allergia para lepra, se explicaria pela residencia do enfermo em uma zona onde essa enfermidade é frequente.

SERINGOMIELIA? — As perturbações da sensibilidade e os transtornos tróficos, fazem tambem pensar nesta afecção. Não obstante, afastam-na as seguintes observações:

- 1) - A raridade de uma localização inferior tão exclusiva.
- 2) - A falta de amiotrofias que condigam com as perturbações da sensibilidade.
- 3) - A ausencia de perturbações dos esfinctéres.
- 4) - A paralização, e ainda mais, a melhoria do processo com o tratamento, como veremos a seguir.
- 5) - A prova da histamina, que assinala uma anestesia periferica e não central.

ESPINHA BIFIDA? — Uma espinha bífida poderia

ser, eventualmente, a causa destas sérias perturbações tróficas e sensitivas. Todavia, não foi descoberta nas radiografias.

D I A G N O S T I C O — Excluidos pois, os citados processos mais prováveis, teremos em conta, para o diagnóstico, os seguintes fatos concretos:

1) - O doente tem sífilis. Assim o demonstra a sorologia: já foi dito que as reações de Wassermann, Kahn standard e presuntiva, e reação de Chediack, efetuadas no sangue, foram todas positivas. Não existindo antecedentes de enfermidades venereas, porem, sendo o enfermo filho de pai desconhecido, é mais provavel que se trate de uma sífilis hereditaria.

2) - Existe uma síndrome nervosa que, pelo tipo de distribuição das perturbações da sensibilidade e tróficas, corresponde a uma *radiculite baixa*.

3) - Embora o exame do liquido cefalo raquiano tenha sido normal, excluidas as demais razões, logico era atribuir-se esta meningo radiculite à sífilis. Assim o confirmou a evolução do processo que, como se verá, se beneficiou notavelmente com o tratamento anti-sifilitico.

4) - Além disso, no pé esquerdo foi verificada uma anestesia na zona do nervo musculo cutaneo, ramo do ciático popliteo externo. Por exclusão, acreditamos poder atribuir esta neurite periferica às grandes e repetidas supurações que o enfermo teve no pé esquerdo. Tratar-se-ia então, de uma *séptico-neurite ascendente*.

Em síntese, consideraremos que as causas do complexo processo de nosso paciente, tenha sido uma *meningo-radiculite baixa heredo-sifilitica e septico-neurite ascendente*.

XII

CONFIRMAÇÃO

Além do repouso no leito, e dos cuidados locais necessarios, o doente recebeu, como única medicação geral, tratamento anti-sifilitico: duas series mixtas conjugadas de Neosalvarsan e Bi. (Umas 2 gramas de cada serie e 18 injeções de bismuto). Não teve boa tolerancia para o iodeto de potassio, razão pela qual, este medicamento foi-lhe ministrado em muito pequena quantidade. Finalmente, o doente acaba de receber uma serie de 12 injeções de Arsenosán e 12 de bismuto.

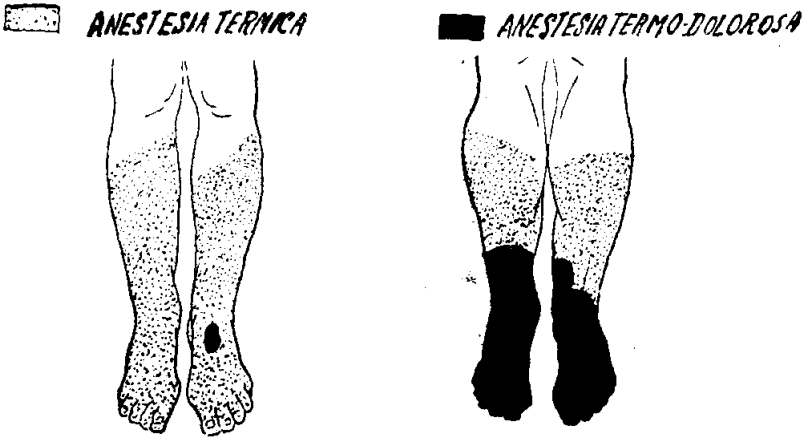
Foram as seguintes as modificações observadas:

1) - *Trofismo*: — Melhora notavel sobre as lesões do mal perfurante: (Ver a fig. 4, que corresponde a uma fotografia tirada em 25 de março de 1940). Esta, melhoria, continuou sem interrupção.

Ha dois mēses, que todas as úlceras plantares estão completamente cicatrizadas.

2) - *Reflexos*: — Os reflexos aquileanos, que antes eram normais, estão agora diminuídos, sobretudo no lado esquerdo. Duas hipóteses explicariam esse fato: ou houve, simplesmente, um atraso, apesar do tratamento, ou, teve, antes, uma perturbação vascular inferior sífilítica, que determinou uma maior vivacidade nos reflexos: estes teriam sido patológicos antes, e normais agora.

3) - *Perturbações da sensibilidade*: — A sensibilidade melhorou de forma manifesta: Na perna e no pé direitos, reapareceu a sensibilidade à dor, que estava abolida. No dorso do pé esquerdo, foi reduzida a zona de anestesia térmica e dolorosa, antes existente. Conforme o esquema abaixo.



4) - *Curva sorológica*: — A ação do tratamento sobre a curva sorológica, é de sumo interesse. Parece-nos instrutivo expô-la, ao lado da terapeutica efetuada.

SÔROLOGIA DA SIFILIS

TRATAMENTO EFETUADO		Sêrologia				
		DATA	Wasser- mann.	Kahn Standard	Kahn Presum.	Chediack
De 9-IX-939 até 26-XII-939	Tratamento mixto de: Neo- salvarsan 7,85 grs. Iodo bismutado de quinina, 2cc. por injeção. 19 injeções. Iodureto de potássio, 92grs. Serie realizada insatisfato- riamente: 2 interrupções: 1 para a punção raquiãna, outra pela intolerancia ao iodureto.	14-9-39	+	+		+++
		26 set.	+	+	++	
		18 out.	+	+		
		4 nov.	+	±	++	
		23 nov.	±	±	++	
		14 dez.	+	-	+	
Descanso de 26-XII-39 a 29-1-1940		22 dez.	+	-	+	
De 29-1-940 até 29-3-940	Trat. mixto de Neosalvar- san 8,10 grs. e Iodo bismu- tado de quinina (2cc) 28 injeções.	11-1-40	+	-	++	
		10 fev.	+	-	++	
		7 março	++	-	++	
Descanso de 29-III-40 até 12-V-40.		30 março	+	-	++	
De 13 de maio a 15 de julho: 19 injeções de bismuto (doses varias)		11 abril	+	+		
Descanso de 15 de julho a 2 de out. de 1940, de 2 de out. a 18 de nov. de 1940, 15 injeç. de Carbonato de Bi (2cc). Descanso de 18-XI-40 a 17-I-1941.		27 junho	+	-	+	
De 17 de jan. a 7 de março de 1941, 15 inj. BI lipo soluvel (2cc.)		25 julho	-	-	++	
De 7 de março a 7 de maio de 1941 — Descanso.		1.º Ag.				+
De 7 de maio a 13 de junho de 1941 — Arsenosan (0,02x2, 0,04x2 0,06x8) 12 in- jeções e bismuto lipo soluvel 2cc. 12 in- jeções.		25 set.				+
		26 Nov.	-	-	++	-
		5-V-41	-	-	+	-
		10 junho	-	-	-	-

E' sabido que a sôrologia positiva, facilmente reduzivel na sífilis adquirida, quando de inicio da enfermidade, não o é, porem, na sífilis antiga e na heredo-sífilis. A dificuldade com que conseguimos negativar o sangue de nosso doente, se explicaria pelo fáto de se tratar, muito provavelmente, de um heredo-sifilitico, ignorado até então.

A cura das lesões ulcerosas, a notavel recuperação da sensibilidade, a negativação da curva sífilítica, tudo consequencia do tratamento especifico, confirma, a nosso vêr, a etiologia sífilítica e não leprosa, dos serios transtornos neurologicos de nosso doente.

Agradecemos ao nosso amigo professor JULIO HANÓN sua valiosa contribuição no estudo do presente caso.



Fig. 1

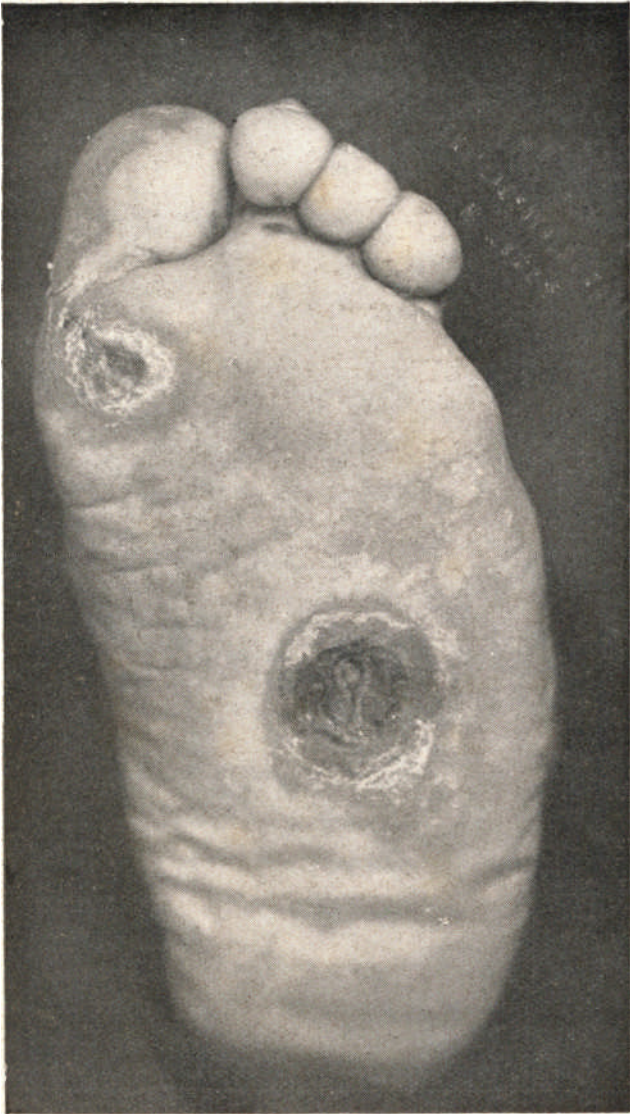


Fig. 2



Fig. 3 A



Fig. 3 B



Fig. 4